



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Pratique des jeunes médecins généralistes  
remplaçants ou installés dans le suivi de grossesse des patientes**

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2017 à 16h00 au  
Pôle Formation de la Faculté de Médecine Henri Warembourg à Lille  
**Par Pauline Troufléau**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur HOUFFLIN-DEBARGE Véronique**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur CATTEAU-JONARD Sophie**

**Monsieur le Docteur BAYEN Marc**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur OLARIU Vanessa**

**Travail de l'institut Catholique de Lille**

---

## **AVERTISSEMENT :**

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## ABREVIATIONS

ATCD : Antécédents

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

ECBU : Examen Cyto Bactériologique des Urines

ECN : Examen Classant National

FCU : Frottis Cervico Utérin

FMC : Formation Médicale Continue

GEU : Grossesse Extra Utérine

HTA : Hypertension Artérielle

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

ISNAR IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAP : Stage Auprès du Praticien

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

## TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b>	9
<b>INTRODUCTION</b>	10
I) Le déroulement du suivi de grossesse	10
II) Epidémiologie	12
<b>MATERIEL ET METHODE</b>	15
I) Objectifs	15
II) Méthode qualitative	15
1) <i>Elaboration du guide d'entretien</i>	15
2) <i>Population étudiée</i>	16
3) <i>Recueil des données</i>	16
4) <i>Analyse des données</i>	16
<b>RESULTATS</b>	17
I) Profil des participants	17
II) Le médecin généraliste	17
1) <i>Les rôles</i>	17
2) <i>Prise en charge de la femme en médecine générale</i>	20
3) <i>Attentes des patientes</i>	22
III) <i>Expérience du suivi de grossesse</i>	24
1) <i>La formation</i>	24
2) <i>En remplacement</i>	32
IV) <i>Pratique du suivi de grossesse</i>	35
1) <i>Spécificités du suivi de grossesse</i>	35
2) <i>Ressenti du suivi de grossesse</i>	39
3) <i>Sur le terrain</i>	40
4) <i>Vision de la pratique future</i>	48
V) <i>Propositions d'amélioration de la formation</i>	55
1) <i>Analyse de la formation</i>	55
2) <i>Stage hospitalier</i>	58
3) <i>Stage ambulatoire</i>	60
4) <i>Formation auprès des sages-femmes</i>	62
5) <i>Souhaits des anciens internes</i>	63
<b>DISCUSSION</b>	64
I) Limites méthodologiques	64
1) <i>Liées au cursus</i>	64
2) <i>Liées au recrutement</i>	64
3) <i>Liées au recueil des données</i>	64
II) Forces de l'étude	65
1) <i>Méthode qualitative</i>	65
2) <i>Critères de scientificité</i>	65
3) <i>Analyse des résultats</i>	65
III) <i>Analyse des résultats</i>	66
1) <i>Autoapprentissage du suivi de grossesse</i>	66
2) <i>Suivi des recommandations</i>	67
3) <i>Ressenti sur la pratique en médecine générale</i>	68
4) <i>Les freins</i>	70
5) <i>Propositions d'amélioration</i>	71
<b>CONCLUSION</b>	74
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	75

<b>ANNEXES</b>	79
<i>Annexe 1 : Guide d'entretien</i>	79
<i>Annexe 2 : Formulaire de consentement des participants</i>	80
<i>Annexe 3 : Propositions d'objectifs de stage ambulatoire</i>	81

## **Résumé :**

**Contexte :** La pénurie de gynécologues médicaux et obstétriciens devrait amener les médecins généralistes à suivre plus de grossesses. Notamment lorsque celles-ci sont simples comme le décrivent les recommandations de la Haute Autorité de Santé, cependant peu de médecins réalisent ce suivi. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la pratique professionnelle du jeune médecin généraliste concernant le suivi de grossesse en cabinet de ville. Les objectifs secondaires sont de proposer une révision de la formation initiale des internes adaptée aux besoins du terrain et de décrire des objectifs de stage en ambulatoire.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés de jeunes médecins généralistes, installés ou remplaçants. Analyse thématique par triangulation via Nvivo 11.

**Résultats :** Certains jeunes médecins interrogés évoquent un réel intérêt pour le suivi de grossesse et pensent avoir acquis les connaissances adaptées pour prendre en charge les femmes enceintes en parallèle des gynécologues. Cependant, pour la plupart, la formation au suivi de grossesse pendant l'internat est principalement de l'autoapprentissage. Ce qui pose une limite à sa réalisation en ambulatoire par ces jeunes médecins qui se contentent du tout début de grossesse avec le sentiment de ne pas être à la hauteur. De nombreux autres freins viennent s'ajouter dont la prise en charge commune de la mère et de l'enfant qui apparaît comme source de stress faisant ressortir l'aspect médico légal de la prise en charge obstétricale.

**Conclusion :** Les jeunes médecins ont majoritairement l'envie de suivre des grossesses mais ils n'ont pas les atouts nécessaires. Ceci doit aboutir à une adaptation de leur formation initiale comme par exemple la validation obligatoire de consultations prénatales pendant leurs stages de gynécologie et auprès du praticien.

## INTRODUCTION

### I) Le déroulement du suivi de grossesse

Le suivi de grossesse se caractérise par des consultations mensuelles ayant chacune leurs spécificités. Ces consultations permettent d'évaluer le bon déroulement de la grossesse en recherchant les facteurs de risques obstétricaux.

Lorsqu'une femme exprime l'envie d'une grossesse, le praticien doit reprendre ses antécédents médicaux et obstétricaux, intoxications tabagiques ou alcooliques, autres addictions et thérapeutiques afin de préparer au mieux l'environnement de santé dans lequel va évoluer la future grossesse. Lors de cette consultation pré-conceptionnelle il doit être réalisé un examen gynécologique avec un frottis cervico utérin si celui-ci date de plus de trois ans. Les prescriptions obligatoires sont la détermination du groupe sanguin, du rhésus, la recherche d'agglutinines irrégulières, les sérologies toxoplasmose et rubéole ainsi que les sérologies Syphilis et VIH avec l'accord de la patiente. Il est recommandé une supplémentation en acide folique à la dose de 0,4 milligrammes par jour pour toutes les femmes jusqu'à 8 semaines d'aménorrhées hormis les patientes aux ATCD neurologiques à la dose de 5 milligrammes.

Cette consultation et les suivantes peuvent être réalisées par le médecin généraliste et ce jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse. La réalisation des échographies et la prise en charge des complications relèvent du gynécologue.

La première consultation prénatale doit avoir lieu avant 10SA, elle permet le diagnostic et la datation de la grossesse. L'examen clinique évalue la tension artérielle et l'Indice de Masse Corporelle. L'examen gynécologique consiste en la palpation mammaire bilatérale et en la réalisation d'un FCU si celui-ci date de plus de trois ans. Les sérologies décrites pour la consultation pré-conceptionnelle doivent être réalisées, associées à une sérologie de l'Hépatite B. Un dosage de la glycémie à jeun doit être réalisé en cas d'ATCD de diabète au 1<sup>er</sup> degrés, de diabète gestationnel, d'âge supérieur à 35 ans ou d'IMC supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>.

Une étape importante de cette première consultation est l'information sur le dépistage combiné de la trisomie 21 qui doit être obligatoirement proposé à la patiente. Il consiste en un dosage biologique des marqueurs sériques du 1<sup>er</sup> trimestre (PAPP-A et BhCG libres) associés à la mesure de la clarté nucale sur l'échographie de datation réalisée entre 11 et 13+6 SA. La recherche de glycosurie et protéinurie ainsi qu'un ECBU en cas d'ATCD de diabète ou d'infections urinaires seront effectués chaque mois.

La deuxième consultation prénatale est réalisée avant 15SA. Il est réalisé la déclaration de grossesse avant 16SA. S'ajoutent à l'examen clinique la mesure de la hauteur utérine et la recherche de l'activité cardiaque fœtale. La sérologie toxoplasmose, si elle est négative, doit être mensuelle jusqu'à la fin de la grossesse. Il en est de même pour la sérologie rubéole jusqu'à 18 SA. Le dépistage de la trisomie 21 peut encore être proposé s'il n'a pas été fait, avec les marqueurs sériques du 2<sup>ème</sup> trimestre (HCG, alphafoetoprotéine et/ou oestriol couplés à l'âge maternel). L'entretien individuel du 4<sup>ème</sup> mois et les cours de préparation à la naissance sont proposés.

Au 4<sup>ème</sup> mois sont recherchés à l'interrogatoire les mouvements actifs fœtaux ainsi que les contractions utérines. L'échographie morphologique du 2<sup>ème</sup> trimestre doit être réalisée à 22 SA.

La visite du 5<sup>ème</sup> mois ne présente pas de spécificités particulières.

A 6 mois une nouvelle recherche des agglutinines irrégulières est nécessaire si la femme enceinte est rhésus négatif ou rhésus positif avec un ATCD transfusionnel. Il doit également être réalisé une numération formule sanguine et une épreuve d'Hyperglycémie Provoquée par voie Orale à la recherche d'un diabète gestationnel.

Au 7<sup>ème</sup> mois l'échographie de croissance doit être réalisée à 32 SA. Il convient de supplémenter la femme enceinte par vitamine D à 100 000 UI en prévention de l'hypocalcémie du nouveau né.



La première rencontre avec le gynécologue peut se faire au 8<sup>ème</sup> mois si la grossesse s'est déroulée sans complication. Ce dernier évalue la présentation fœtale et recherche la présence de streptocoque B sur un prélèvement vaginal entre 35 et 38SA. Il doit être réalisé une deuxième détermination du groupe sanguin si celle-ci n'a pas été faite ainsi qu'une nouvelle recherche d'agglutinines irrégulières. La patiente doit rencontrer l'anesthésiste.

Au 9<sup>ème</sup> mois la prise en charge consiste en l'évaluation du pronostic obstétrical, l'information de la patiente sur le déroulement de l'accouchement et la vérification de l'environnement familial. (1)

## **II) Epidémiologie**

A ce jour la France subit une pénurie de gynécologues médicaux, entre 2007 et 2016 chaque département français a subi une perte de gynécologues médicaux allant jusqu'à 47% de leur effectif.(2) Le taux de départ en retraite des praticiens en gynécologie médicale et en gynécologie obstétrique du Nord Pas de Calais était de 23% à 5 ans et de 43% à 10 ans en 2013.(3) En 2015 la France comptait 3311 gynécologues médicaux et 4577 gynécologues obstétriciens.(4) Il en est de même du côté des médecins généralistes qui ont perdu jusqu'à 18,7% de leur effectif.(2) Selon une étude de la DRESS de 2009 il a été réalisé un scénario de référence montrant que le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau qu'en 2030 avec une baisse des effectifs moins marquée pour les généralistes que pour les spécialistes, mais des évolutions très contrastées d'une spécialité à l'autre.(5) Déjà en 1999 la France comptait un gynécologue pour 3700 femmes (6), aux vues des chiffres précédents le suivi gynécologique de la femme dont le suivi de grossesse tant à être déporté vers les médecins généralistes.

Le nombre de postes ouverts à l'Examen Classant National en 2017 était de 68 pour la Gynécologie Médicale (7) et 244 pour la Gynécologie Obstétrique (8) contre respectivement 48 et 214 en 2014 (9), un chiffre qui même croissant ne semble pas suffire à combler les besoins.

Les internes de médecine générale doivent à ce jour pour valider leur maquette de Diplôme d'Etudes Spécialisées respecter l'annexe V de l'arrêté du 22 septembre 2004 qui oblige le passage par un service de gynécologie et/ou pédiatrie.(10) Selon la faculté de rattachement les internes passent un semestre soit de 3 mois en gynécologie et 3 mois en pédiatrie soit 6 mois dans une des deux spécialités selon leur choix ce qui peut donc entraîner une lacune d'expérience en gynécologie.

Il y a actuellement en France plus de 780 000 accouchements par an.(11) Les médecins généralistes interrogés pour une étude de la DRESS en 2014-2015 étaient 84% à considérer que le suivi de grossesse faisait bien partie de leurs missions mais n'étaient que 57% à en avoir reçu au moins une fois par trimestre.(12) En 2009 la grossesse venait en 42<sup>ème</sup> position des 50 diagnostics de consultation les plus fréquents en médecine générale.(13) En 2016, 87% des médecins généralistes interrogés pour l'étude précédente indiquaient avoir vu en consultation au moins une fois par trimestre une patiente pour ce motif au cours de l'année. (12)

En 2010, 24% de patientes ont consulté au moins une fois un médecin généraliste pour leur suivi prénatal contre 15% en 2003.(14) Pourtant la plupart des patientes s'orientent directement vers un gynécologue pour le suivi de leur grossesse. (15) Le spécialiste est associé à un « meilleur suivi ». (16) Elles reprochent principalement aux généralistes leur manque de formation et d'équipement.(17) Elles se tournent vers le spécialiste qui fait leur suivi gynécologique habituel. En effet elles manquent d'informations sur les capacités du médecin généraliste. De plus l'activité de consultations prénatales des sages femmes croient, elles ont notamment le droit à ce jour de réaliser la 1<sup>ère</sup> consultation. (14) En Angleterre les patientes sont relativement satisfaites de la prise en charge prénatale par le médecin généraliste et l'accroissement des demandes d'accouchement à domicile met en avant le possible futur rôle des médecins généralistes dans les soins prénataux. (18)

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé mises à jour en mai 2016, lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque le suivi peut être réalisé par un médecin généraliste sous conditions d'une formation théorique et pratique adaptées au suivi de grossesse et d'un exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales. (19)

Les médecins généralistes fraîchement diplômés suivent-ils des grossesses ? Quel est leur ressenti et leur pratique ?

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la pratique professionnelle du jeune médecin concernant le suivi de grossesse en cabinet de ville. Les objectifs secondaires étaient de proposer une révision de la formation initiale des internes adaptée aux besoins du terrain et de décrire des objectifs de stage en ambulatoire.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **I) Objectifs**

Le but de ce travail a été d'évaluer la pratique professionnelle du jeune médecin remplaçant ou installé concernant le suivi de grossesse en cabinet de ville.

Les objectifs secondaires étaient de proposer une révision de la formation initiale des internes adaptée aux besoins du terrain et de décrire des objectifs de stage en ambulatoire.

### **II) Méthode qualitative**

Cette étude s'est intéressée au ressenti des jeunes médecins sur leur pratique du suivi de grossesse en cabinet de ville. Il s'agissait de mettre en évidence la pratique de quelques jeunes médecins dans cette situation et non d'effectuer une généralisation des résultats. L'enquête qualitative s'est donc présentée comme la méthode la plus appropriée pour réunir ces objectifs et les entretiens individuels permettaient aux sujets interrogés de s'exprimer librement.

#### **1) Elaboration du guide d'entretien**

Le guide d'entretien réalisé comprenait 5 questions destinées aux jeunes médecins (Annexe 1). Ces questions portaient sur leurs expériences personnelles du suivi de grossesse, leurs pratiques présentes et à venir à partir de leur formation durant l'internat. Ces questions ont également permis de mettre en avant les attentes qu'à une femme enceinte de son suivi selon eux et leurs souhaits de formation. Des questions de relance ont permis d'approfondir leurs réponses sur les différents sujets. La réalisation de cette étude a été déclarée au comité interne d'éthique et validée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

## 2) Population étudiée

Les critères d'inclusion pour l'étude étaient : jeunes médecins remplaçants ou installés ayant fini leur cursus d'interne il y a moins d'un an, ayant effectué durant leur cursus un stage de gynécologie et un stage chez le praticien.

Les critères d'exclusion étaient : l'obtention d'une formation complémentaire en gynécologie obstétrique.

Les jeunes médecins généralistes interrogés ont été recrutés par mails sans leur spécifier le sujet de l'étude afin d'obtenir un échantillon à variation maximale.

## 3) Recueil des données

Le recueil a été réalisée du 21 mars au 1<sup>er</sup> mai 2017 par entretiens semi dirigés individuels dont un entretien téléphonique après signature d'un consentement (Annexe 2). Les entretiens ont fait l'objet d'un double enregistrement vocal. L'étude a été menée jusqu'à saturation des données.

## 4) Analyse des données

Après anonymisation des données, chaque entretien a été retranscrit dans WORD mot à mot puis encodé à l'aide du logiciel Nvivo 11 en différents nœuds regroupant les idées des interrogés par thème et permettant une synthèse des résultats. Le codage des deux tiers des entretiens a été réalisé en triangulation.

Un entretien a été exclu de l'analyse des données car l'interrogé avait obtenu le Diplôme Inter Universitaire de Gynécologie Obstétrique quelques mois auparavant.

# RESULTATS

## I) Profil des participants

Les personnes qui ont participé à l'étude étaient toutes de jeunes médecins généralistes ayant fini leur internat en novembre 2016.

Sur les 13 personnes interrogées il y avait 8 femmes et 5 hommes, 11 avaient réalisé leur cursus d'interne à la faculté de Médecine et Maïeutique et 2 à la Faculté de Médecine de Lille 2.

Tous ont réalisé un stage de gynécologie obstétrique en milieu hospitalier durant leur internat sauf un au planning familial, les terrains de stages de gynécologie pour les deux facultés étant les mêmes.

## II) Le médecin généraliste

### 1) Rôles

#### a) Référent

Le médecin généraliste assure la continuité des soins :

*5. Dans ces cas là j'imprime un examen clinique et je lui donne pour qu'elle le mette dans son dossier de grossesse et qu'elle puisse le donner la prochaine fois qu'elle un gynéco ou une sage-femme.*

#### b) Prise en charge globale

Le médecin généraliste connaît la patiente dans sa globalité :

*4. Dans ma pratique future si je m'en sens capable je leur proposerai dès le début, je serais leur médecin traitant, leur référent, les choses seront un peu plus simples.*

c) Prise en charge du couple

Le médecin généraliste prend en charge le couple dans le désir de grossesse :

*10. Par contre des gens en médecine générale qui viennent nous voir pour nous dire qu'il n'arrive pas à avoir d'enfant il y en a quelques un, qui vont peut-être commencer par nous le dire à nous parce que c'est un problème plus de couple.*

d) Dépistage et prévention des complications

Le généraliste est le premier acteur du suivi :

*11. Ensuite le suivi de tout ce qui est tensionnel, poids, on est plus facilement accessible que les gynécos à l'hôpital ou même en libéral où parfois les rendez vous sont assez longs à prendre et ça permet de dépister déjà quelques facteurs de risque qui auraient été dépistés au 4e ou 5e mois si elles étaient passées directement par le gynécologue.*

*12. Après ce que j'essaye de faire c'est détecter des anomalies, s'il y a des choses, pour que les patientes soient après suivies auprès de sages-femmes ou gynécos si ça dépasse mes compétences.*

e) Information et conseil

Le médecin doit être capable d'informer et de conseiller :

*11. Je pense qu'on a vraiment un rôle de conseil au départ pour que la grossesse se passe bien, sur le tabac, sur l'alcool aussi il y a beaucoup de questions.*

f) Orientation et respect du choix des patientes

Le médecin généraliste doit savoir orienter ses patientes lorsqu'il ne se sent pas capable de les prendre en charge :

*11. Oui, après dès le moindre souci j'oriente, s'il y a des ATCD qui sont compliqués, si c'est des patientes qui ont des problèmes de thrombopathie où là j'oriente*

Information sur la possibilité ou non de prise en charge de la grossesse au cabinet de médecine générale :

*5. Leur proposer le suivi oui quand la grossesse se passe bien, je ne peux pas leur imposer mais en tous cas systématiquement leur dire, leur expliquer.*

g) Réassurance

Rassurer les patientes :

*6. J'essaye d'être rassurant et d'être rassuré.*

h) Tact et sincérité

Savoir présenter des résultats avec des mots adaptés :

*8. Il faut savoir mettre des gants tout simplement*



i) Proximité et disponibilité

Le médecin généraliste paraît plus abordable que le spécialiste pour la réponse à des problèmes aigus :

*6. Troisième chose je dirais être rassurée et puis d'être disponible aussi je pense parce que les patientes enceintes c'est les patientes que l'on a quand même quand on est au cabinet, qu'on remplace, assez facilement au téléphone parce qu'il y a tout un tas de signes, modifications, physiologiques la plupart du temps, pathologiques parfois, qui les inquiètent et du coup il faut être disponible par téléphone, éventuellement les voir rapidement et puis organiser les choses.*

**2) Prise en charge de la femme en médecine générale**

a) Spécialité de médecine générale

La médecine générale est reconnue comme spécialité :

*2. on est une spécialité de médecine générale*

b) Gynécologie et médecine générale

Avec le temps le suivi de la femme a évolué :

*8. Ils n'en font plus surtout. Rires.*

*8. Il y a quand même une certaine pudeur en médecine générale envers le médecin généraliste peut être plus importante qu'avant.*

c) Fréquence des consultations gynécologiques

Peu de femmes viennent spontanément en consultation pour leur suivi de grossesse :

*7. Après les médecins chez qui j'étais en stage, il y en a 2 qui n'étaient pas trop gynéco donc ça limitait et je pense que les patientes le savent dans ce cas là.*

*10. Après je n'ai pas beaucoup d'expérience mais aucune patiente ne m'a encore demandé de suivre sa grossesse, pas du tout.*

d) Suivi de grossesse ou gynécologie médicale

Les deux domaines peuvent être rencontrés en médecine générale :

*7. Je pense que les patientes vont souvent voir le médecin généraliste pour des problèmes gynéco, que ce soit suivi de grossesse ou autre problème gynéco.*

e) L'allaitement

Les suites de couches sont fréquemment vues en consultation :

*7. Par contre j'ai vu plus de femmes qui allaitent.*

f) Pédiatrie

Gynécologie et pédiatrie sont étroitement liées :

*1. Je pense qu'il y a plus de suivi de nourrissons que de suivi de grossesse.*

*5. Faire 6 mois de pédiatrie et 6 mois de gynéco parce qu'en pratique de ville on fait énormément de ces 2 populations.*

### 3) Attentes des patientes

#### a) Suivi attentif et médecin impliqué

Les patientes souhaitent que leur médecin suive les recommandations :

*1. Si j'étais enceinte et que j'allais voir mon médecin j'aimerais bien qu'il sache de quoi il parle*

#### b) Un interlocuteur à l'écoute

Il est important de ne pas multiplier les interlocuteurs :

*1. Ce qu'ils attendent de nous c'est d'être à l'écoute enfin je pense*

#### c) Liberté de décision

Les patientes doivent pouvoir exprimer leur choix librement après avoir reçu toutes les informations :

*6. je pense qu'il y a des éléments sur lesquels elles attendent, peut être pas toutes, et peut être pas partout, pas toutes en tous cas, des éléments de liberté de décision, enfin je pense notamment au dépistage de la trisomie 21, il faut une explication claire ce n'est pas évident du tout*

#### d) Relation de confiance

Le contact avec le médecin est important pour le reste de la prise en charge :

*9. Je pense que déjà il faut qu'elle se sente en confiance, si elle se sent en confiance après...*

e) Accompagnement jusqu'à l'accouchement

Les patientes aiment être informées des différentes étapes de la maternité :

*12. Je pense qu'elles attendent des médecins qu'on les prenne en charge, qu'on les informe, qu'on les prépare aussi à l'accouchement je pense aussi et ça c'est plutôt du côté des gynécologues qu'elles trouveront ça.*

f) Première grossesse

Les attentes sont intensifiées en cas de première grossesse :

*4. Elle a besoin d'être rassurée surtout si c'est une première grossesse.*

g) Questions

Leurs principales questions portent sur les règles hygièno diététiques et les thérapeutiques possibles :

*11. elles ont beaucoup de questions au début sur leur alimentation, sur leur hygiène de vie, qu'est ce qu'elles peuvent faire encore.*

h) Choix de la maternité

Les patientes veulent être guidées dans les choix de la maternité d'accouchement :

*8. Quelque chose que moi forcément je n'ai pas en tant que remplaçant c'est vers qui orienter ou quel gynécologue je pourrais conseiller, quelle maternité, ça je pourrais leur dire quoi ? « J'en sais rien ». Rires*

### III) Expérience du suivi de grossesse

#### 1) La formation

##### a) Formation théorique

Les principales notions du suivi de grossesse ont été apprises dans les cours pour l'Examen Classant National :

*8. Mes connaissances principales elles viennent de l'ECN.*

Peu ou pas de cours ont été dédiés au suivi de grossesse pendant l'internat :

*12. Et en théorie là c'est zéro parce que il n'y a pas de cours dédiés à la fac*

La durée du cursus des étudiants en médecine les freine à faire des formations complémentaires :

*7. je n'ai pas envie de faire le DU parce que je trouve que les formations il y en a un peu marre. Rires.*

Certains cours ont abordé la sexologie :

*7. (...) des cours sur la sexologie aussi (...)*

La théorie s'éloigne de la pratique notamment concernant l'examen clinique :

*1. mais la pratique le faire sur un mannequin c'est pas comme le faire sur une personne, mettre un speculum sur un mannequin ça n'a rien à voir pour moi...*

La gynécologie est présentée aux étudiants comme faisant partie de la médecine générale :

*3. avec ce qu'on nous apprend à la fac, enfin je n'ai pas l'impression qu'on nous force à faire de la gynéco mais on nous dit quand même que la gynéco c'est de la médecine générale.*

b) Formation pratique

- A la faculté

Des ateliers sur mannequins ont été proposés :

*11. Au niveau de la formation, des cours à la fac, on a des ateliers sur des mannequins, comment apprendre à palper et tout ça*

- En stage

Les terrains de stage de gynécologie obstétrique sont limités :

*1. Mais sur 300 personnes tout le monde ne peut pas passer en même temps son stage de gynéco donc ça reste un problème.*

Le stage d'externe permet une première approche enrichissante du suivi :

*7. je pense que la consultation prénatale qui m'a le plus marquée c'est quand je suis passée en stage de D2 je pense, ça devait être mon premier passage en service de gynéco*

La présence plus ou moins fréquente des séniors permet de poser des questions :

*1. les chefs étaient plus ou moins disponibles.*

Le stage n'a pas apporté de connaissances sur les spécificités mensuelles du suivi :

*9. Franchement le stage en gynéco on n'a pas fait du tout de suivi.*

### **A l'hôpital :**

Le stage de gynécologie obstétrique est couplé à la pédiatrie, chacun 3 mois :

*10. Le stage en tant qu'interne, les 3 mois de gynéco où j'ai fais pas mal de consultations donc ça c'était intéressant avec un peu de tout.*

La possibilité de se former est stage dépendant :

*8. Je pense que c'est quand même tributaire du lieu où tu te retrouves en stage.*

*11. C'est vrai que comme il n'y a pas beaucoup de places souvent on le fait en dernier ou avant dernier semestre mais ça dépend dans quel stage on tombe aussi, il y a des stages où les médecins généralistes sont complètement absents ; d'autres où ils font un peu trop d'obstétrique.*

*12. déjà ça dépend du stage, mais il y a des stages où l'on ne va faire que des suites de couches et on ne va rien apprendre sur la grossesse*

La plupart des internes sont cantonnés aux urgences, l'interne de médecine générale est le premier recours :

*2. souvent les internes de médecine générale se retrouvent surtout aux urgences gynéco*

*3. Moi j'ai fais 3 mois d'urgence*

*4. Il y avait beaucoup de femmes enceintes qui venaient, avant 24 SA après c'était les sages-femmes qui s'en occupaient, on était le premier recours on faisait l'examen gynécologique.*

Aux urgences gynécologiques l'interne de médecine générale prend en charge les femmes enceintes jusqu'à 24 SA :

*4. il y avait beaucoup de femmes enceintes qui venaient, avant 24 SA après c'était les sages femmes qui s'en occupaient*

Les urgences forment à repérer les complications :

*4. ça m'a permis de savoir quelles étaient les situations délicates, ce qui était normal, quels étaient les conseils que l'on pouvait leur donner, savoir repérer les urgences.*

Les gardes sont formatrices pour l'examen gynécologique de la femme enceinte :

*4. Les gardes aux urgences m'ont permis d'apprendre certaines choses en gynécologie, ne serait ce que l'examen gynécologique qui est la base. Rires.*

Les suites de couches n'apportent rien pour le suivi de grossesse, la plus grande partie de l'activité est administrative :

*1. mais je sais très bien qu'il y a des gens qui ont vu que des suites de couches par exemple donc pour eux la formation c'est zéro*

*10. Deux jours en suite de couches ça suffit largement, c'est toujours la même chose alors que le suivi de grossesse et même la gynéco en général plus on fait plus on voit plus on sait faire.*



*4. Pendant l'internat j'ai été trois mois en suites de couches donc ce n'est pas terrible pour se former parce qu'on ne fait que remplir des papiers de sortie, des prescriptions de sortie, on n'examine même pas les patientes.*

L'interne n'est pas formé à la prise en charge des grossesses pathologiques :

*1. Je ne saurais pas gérer la situation en même temps je ne suis pas formée à savoir la gérer*

Les services semblent avoir besoin des internes de médecine générale :

*7. après je pense qu'ils ont besoin de nous et que c'est bien de voir comment ça fonctionne mais, encore une fois je parle du stage que j'ai fais ce n'est peut-être pas comme ça dans tous les stages*

Les actes effectués en stage étaient l'examen gynécologique et les échographies :

*3. ce n'est pas que je n'ai pas appris grand chose mais c'est moi qui faisait les échos c'est moi qui faisait les examens*

*9. Quand tu es méd gé, te laisser te débrouiller à faire des échos, ce n'est pas ça que l'on va faire après.*

La présence et disponibilité des séniors dépendent du lieu de stage :

*2. il y a un médecin attiré aux urgences gynéco donc on ne se retrouve pas tout seul.*

*9. Autant ça ne me dérange pas la gynéco j'aime assez bien mais clairement qu'on nous demande de faire des échos et qu'il n'y a jamais personne derrière nous je trouve ça aberrant.*

La formation auprès des seniors en consultation apporte beaucoup malgré des étapes relevant de la spécialité de gynécologie obstétrique :

*10. Pendant l'internat, mon stage, le fait d'avoir fait des consultations, de ne pas être cantonnée soit au bloc soit aux urgences gynécologiques toute seule, ça je trouve que c'est vraiment bien parce que je faisais des consultations d'urgence mais aussi des consultations avec les gynécos et donc je voyais bien comment ils faisaient et après je faisais et avec différents gynécos donc j'avais leurs différentes manières de faire.*

*10. Même les échographies j'étais là, après j'en faisais aussi, rires, c'est vrai que ce n'était pas forcément ce que je voulais moi, calculer des trucs en échographie... rires J'ai oublié de toute façon mais c'était intéressant de voir comment c'était.*

*12. Donc forcément à l'hôpital c'est vrai que ça va être plus spécialisé c'est compliqué mais toute la formation dépend tellement des médecins que... après il faut sélectionner les médecins avec qui on peut apprendre. Donc ce n'est pas facile.*

La présence des internes de gynécologie permet d'être épaulé :

*10. Etre avec un sénior ou un interne on apprend quand même mieux. Ça débrouille.*

Assister aux consultations permet de voir les différentes étapes du suivi de grossesse :

*10. J'avais un peu tous les stades du début à la fin de grossesse donc c'est vraiment bien.*

*4. La formation idéale serait de, mais c'est toujours le problème dans les hôpitaux, serait de pouvoir assister à beaucoup plus de consultations.*

Les consultations avec les sages-femmes sont spécifiques au suivi de grossesse :

*5. On a eu la chance d'avoir pendant une semaine, enfin 3 jours, d'être en consultation sage-femme pour les suivis de grossesse.*

L'interne de médecine générale est livré à lui même et en autoapprentissage :

*11. Les points positifs en fait je n'en ai pas vraiment pendant l'internat c'est vrai que pour le suivi de grossesse on se débrouille, on apprend aussi sur le tas j'ai l'impression.*

*9. Mais on a appris tout seul, c'est parce qu'on n'a pas eu le choix, on s'est retrouvés tout seul à faire des examens.*

L'interne est en autonomie dans la prise en charge des patientes :

*10. Finalement personne n'a trop vérifié ce que l'on fait, soit ils refont derrière. Donc est ce qu'on apprend bien ?*

### **Chez le praticien :**

Le stage ambulatoire est orienté sur la pratique future :

*3. après le coté un peu plus médecine générale ce que j'ai appris en SAP et en SASPAS surtout.*

Il y a une transmission directe des connaissances en SAP et par le débriefing en SASPAS :

*3. Après tout ce que j'ai appris en SAP, en SASPAS, entre guillemet sur le terrain directement, en discutant avec mes praticiens parce qu'au début je n'étais pas forcément très à l'aise.*

*5. L'avantage c'est que derrière on peut débriefer avec le médecin et s'assurer que l'on a bien fait, que l'on n'a rien oublié*

L'apprentissage du suivi de grossesse est praticien dépendant :

*11. Moi les médecins en SAP et en SASPAS ne faisaient pas de suivi de grossesse du tout donc je n'ai pas pu apprendre avec eux.*

La découverte du suivi de grossesse en médecine générale se fait surtout pendant le SAP :

*12. en stage auprès du praticien il y en a très peu donc si on en voit 2 ou 3 femmes enceintes sur les 6 mois c'est bien et en SASPAS on est tout seul donc on n'a pas vraiment de... on se fait son expérience soit même ce n'est pas très formateur.*

En SASPAS les patientes ne viennent pas toujours voir l'interne qui est seul en consultation :

*1. Et en SASPAS après tu es tout seul donc tu te débrouilles aussi.*

*10. Ou bien un MSU qui a le DU de gynéco en sachant que si c'est du SASPAS ça ne va pas nous changer grand chose parce que soit elles ne viendront pas nous voir nous soit il les gardera en consultation avec lui et on ne verra pas forcément plus de gynéco et on n'apprendra pas avec quelqu'un*

## 2) En remplacement

### a) Jeune médecin

Le jeune médecin a des connaissances très structurées mais parfois lointaines :

*3. Je pense que l'on sort de l'internat, que l'on est hyper carré et j'espère rester carrée comme ça.*

*3. Je pense que ça serait bien que je me remette à jour là dessus. Rires. C'est un peu moche de dire ça alors qu'on finit l'internat quand même. Rires.*

### b) Capacité à suivre une grossesse

Il faut être préparé au suivi de grossesse :

*6. ça demanderait de la préparation*

Le médecin doit connaître ses limites et orienter si ça dépasse ses compétences :

*5. Ce qu'il faut c'est ne pas faire de conneries donc c'est là où il faut respecter ses limites et orienter s'ils s'en sentent ou pas capables.*

Il est nécessaire d'être à l'aise avec la pratique du suivi de grossesse pour bien le faire :

*7. C'est quand même un truc qui est fréquent, on sera amené à en suivre, et c'est vrai que pour l'instant je me sens un peu désarmée. Rires.*

Le suivi d'une grossesse normale est possible :

*3. Oui à partir du moment où ça reste dans le cadre d'une grossesse normale, non pathologique, ça ne me dérange pas trop.*

Le suivi de grossesse est une source de stress professionnel :

*7. Je pense que je n'ai pas été hyper bien formée en gynéco et que du coup ça me fait un peu peur. Je pense que c'est un sujet qui me fait un peu peur.*

c) Lacunes et manque de réflexes

Le suivi de grossesse nécessite des réflexes différents de ceux habituels :

*6. il suffit d'avoir les bonnes aides mémoire, les bons réflexes au bon moment et puis se former à repérer les choses qui peuvent être graves et tourner mal, qui ne sont clairement pas les mêmes que les réflexes que l'on a habituellement*

d) Autoapprentissage

Les remplacements permettent de se former au suivi de grossesse :

*11. Moi j'ai plutôt vraiment appris avec mon rempla, vraiment sur le tas pour finir, alors j'avais les bases bien sûr mais c'est vrai que c'est plutôt sur le terrain qu'après j'ai appris à mieux les prendre en charge.*

e) Possibilité de formation limitée

Après l'internat la formation pratique au suivi de grossesse semble limitée :

*1. La maintenant c'est trop tard*

f) Formation médicale continue

Il est nécessaire de se former régulièrement pour faire une bonne pratique :

*12. Si je le fais je ferai en sorte, si je le propose vraiment aux patientes en disant « n'allez pas voir ailleurs, venez chez moi vous serez bien suivies » je pense que je me formerai, pour plus de rigueur, pour ne rien oublier, avec des formations continues à l'occasion de congrès ou choses comme ça, plutôt aller cibler des thèmes gynéco.*

g) Diplôme Universitaire de Gynécologie Obstétrique

Une formation complémentaire en Gynécologie Obstétrique oriente la pratique :

*10. il n'y en a pas beaucoup où si chez des médecins qui ont dit qu'eux ils faisaient de la gynéco parce qu'ils ont fait le DU.*

## IV) Pratique du suivi de grossesse

### 1) Spécificités du suivi de grossesse

#### a) Recommandations du suivi de grossesse

Les recommandations du suivi de grossesse sont nombreuses :

*2. Il y a énormément de recommandations sur lesquelles je suis capable de me baser rien que pour les bilans, le suivi clinique, le suivi de la tension.*

#### b) Médicalisation du suivi

De nombreux examens sont nécessaires au suivi :

*12. Je pense qu'elles ne sont pas toutes au courant qu'il y a pas mal d'examens surtout si après elles sont toxoplasmose négative ou quoi, que tous les mois il va falloir recontrôler, qu'il va falloir faire attention à l'alimentation, ça c'est plus connu.*

La grossesse n'entraîne pas toujours un état pathologique :

*3. Les gens en plus ne sont pas forcément malade à cause de la grossesse*

#### c) Suivi mensuel et structuré

Le suivi de grossesse est standardisé pour chaque mois :

*3. Je ne pense pas que j'aurais appris beaucoup plus en faisant 6 mois complets de gynéco en tous cas sur la grossesse car c'est quand même assez standardisé*

*7. mais je pense que le soir en rentrant chez moi je vérifierai les recommandations et bien tout ce qu'il faut faire pour avoir une prise en charge bien carrée.*



Spécificités mensuelles du suivi :

*6. il y a quand même beaucoup de choses qui sont de l'ordre du calendrier, c'est du timing et du que faire à quel moment*

Examens paracliniques prénataux :

- Détermination du groupe sanguin et du rhésus :

*12. Toutes les histoires de Rhésus, et toutes ces choses là, faire bien attention, il faut être vigilant pour pleins pleins de choses je trouve que c'est dur en 15 minutes entre un dépressif et une suspicion d'infarctus de se concentrer et de ne rien oublier. Donc je trouve que ce n'est pas facile.*

- Vérification mensuelle des sérologies :

*12. Si c'est simple, c'est la revoir à peu près tous les mois avec toujours la vérification des sérologies, vérifier que tout a été bien fait au départ.*

- Dosage de la glycémie à jeun en début de grossesse :

*11. souvent je fais la glycémie dès le départ et je les oriente si jamais la glycémie est un peu au dessus.*

- Bilan urinaire :

*11. Après la protéinurie c'est un peu galère parfois mais bon ça va*

*7. après la première consultation avec les sérologies, la BU et compagnie c'est à nous de le faire je pense*

- Echographie des 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres :

*10. les échographies quand les faire ça ça va.*

Il est important de savoir prendre en charge le 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse :

*3. avoir des connaissances surtout pour le 1<sup>er</sup> trimestre*

Le carnet de suivi de grossesse permet d'avoir une vision globale du suivi mais est rarement entre les mains du généraliste :

*12. ça je l'ai découvert aux urgences et même en gynéco c'est leur carnet de grossesse où l'on a tout le suivi de grossesse et on a juste à remplir les petites cases pour voir si tout va bien. Ça je ne l'ai jamais eu en cabinet de ville.*

La première rencontre avec le gynécologue se fait en fin de grossesse :

*4. Pour une grossesse qui se passe bien je pense que ça peut aller jusqu'à 6-7 mois.*

*1. Il faudrait, d'ailleurs je vais revoir ça je pense, savoir exactement à quel moment je dois passer la main.*

#### d) Complications de la grossesse

- Métrorragies :

*11. Après c'est des métrorragies ce genre de choses, là on l'envoi aux urgences*

- Fausse couche :

*3. Le jour où je vois quelqu'un pour une suspicion de fausse couche en cabinet je ne vais pas m'amuser à faire le suivi moi même.*

- Grossesse extra utérine :

*6. par exemple des métrorragies elle vient de découvrir sa grossesse nous au cabinet on est vite limité, il va falloir une écho pour éliminer une GEU*

- Diabète gestationnel et hypertension artérielle gravidique :

*1. s'il y a un gros souci par exemple si c'est un diabète gestationnel je pense que je l'enverrai a quelqu'un, je ne pense pas que je me lancerai dans la prise en charge ou même dans l'HTA gravidique ou quelque chose comme ça.*

- Hypothyroïdie

*11. les hypothyroïdies chez la femme enceinte je demande vite un avis endoc*

- Cytomégalovirus et toxoplasmose

*10. Je suis allée à une thèse il n'y a pas longtemps sur le cytomégalovirus pendant le suivi de grossesse et en fait on ne parle pas assez de la prévention alimentaire et d'hygiène et tout ça, c'est fou. (...) On se dit que les dames, on ne leur dit pas assez, nous on a l'impression que c'est logique, c'est vrai que la toxoplasmose on va tout de suite le dire mais tout ce qui est à côté on ne le rappelle pas forcément.*

#### e) Activité féminine

Ce sont principalement les médecins généralistes femmes qui font du suivi de grossesse :

*2. j'ai travaillé avec un médecin qui était à mi-temps avec une femme et c'était elle qui faisait toute la partie gynéco-obstétrique*

*10. En tant que femme on est peut-être un peu plus sensibilisé à la gynéco ?*

## 2) Ressenti du suivi de grossesse

### a) Prise en charge de la mère et de l'enfant

Il y a une appréhension à la prise en charge des deux :

*6. Pendant la grossesse ça peut vite, enfin je ne sais pas, ça fait peur dans le sens où il y a la mère et l'enfant, il y a des risques qui sont différents clairement*

*9. Pour une grossesse, il faut faire attention, c'est une plus grosse responsabilité encore, tu n'as pas envie de te planter.*

### b) Source de stress

Le suivi de grossesse engendre du stress :

*6. j'avais des fois l'impression de traverser la consultation en essayant de survivre et de pas faire de bêtises et le soir au débriefing de m'assurer que je n'avais pas fait de conneries.*

*1. moi du coup j'ai un peu peur de me dire que je vais mal faire*

### c) Faible expérience

L'expérience sur le terrain apporte peu pour la réalisation du suivi :

*5. Par l'expérience personnelle on n'a pas grand chose en bagage.*

L'expérience personnelle permet d'acquérir des connaissances sur le suivi :

*4. La meilleure expérience c'est le suivi de la grossesse de ma femme.*

### 3) Sur le terrain

#### a) Evolution de la formation et des pratiques en médecine générale

Les générations précédentes de médecins faisaient les accouchements :

*4. Quand il y a 30 ou 40 ans les médecins généralistes pratiquaient les accouchements forcément ils étaient bons en gynéco*

#### b) En remplacement

L'activité du remplaçant pour le suivi de grossesse dépend du médecin remplacé :

*3. Si on remplace quelqu'un qui à tendance à le faire assez facilement ça ne les choque pas de venir en consultation pour avoir un suivi jusqu'à 5 ou 6 mois.*

Les patientes viennent moins facilement voir le remplaçant :

*3. Je ne sais pas si c'est parce que je suis remplaçant et donc pas leur médecin à eux et qu'ils viennent un peu plus difficilement me voir ou pas.*

L'examen clinique gynécologique est reporté à la consultation suivante :

*4. Je préfère me simplifier la vie et reporter l'examen avec le médecin que je remplace s'il à l'habitude de suivre les grossesses*

Le remplaçant n'est pas souvent confronté au suivi de grossesse :

*4. Après au niveau des remplacements j'ai été confronté à cette situation pas énormément de fois, moins de 10 fois au total.*

En remplacement la durée du suivi est limitée :

*9. C'est vrai qu'un vrai suivi du début à la fin pour l'instant je n'en ai pas vraiment fait parce que forcément je remplace et je bouge.*

Le matériel est parfois limitant pour le suivi :

*10. Le matériel qu'on a à disposition, dans les cabinets quand on remplace on n'a pas tout le temps tout ce qu'il faut, la table qu'il faut...*

c) Prise en charge au cabinet de médecine générale

Les patientes ne viennent pas en consultation de façon ponctuelle pendant leur grossesse :

*8. on ne peut pas vraiment appeler ça un vrai suivi personnel parce que je les ai vu une fois, je les ai vu à un moment donné de leur grossesse mais après je n'ai pas le souvenir de les avoir revues plusieurs fois pour leur suivi de grossesse.*

d) Différents types de suivi

Suivi exclusif par le médecin généraliste peu fréquent :

*1. Je ne sais pas s'il y a des femmes enceintes qui sont juste suivies par les médecins jusqu'au bout ? Ça me paraît...*

Suivi partiel sur quelques consultations :

*1. Je trouve qu'on suit la grossesse mais on la suit de loin*

Aucune activité de suivi de grossesse :

*3. ça ne me choque pas outre mesure de dire « je ne fais pas de gynéco, je ne fais pas de suivi de grossesse »*

*8. Je constate qu'il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes qui font des examens gynécologiques, en tous cas pas de manière courante.*

e) Début de grossesse

Le suivi par le médecin généraliste se fait principalement en début de grossesse :

*1. Après le suivi de grossesse en médecine c'est quand même vachement au début, je trouve, enfin pour les médecins généralistes, ça se fait beaucoup au début*

Suivi avant 24 semaines d'aménorrhée et principalement au 1<sup>er</sup> trimestre :

*1. Je pense que ça m'allait bien de les voir déjà jusqu'à 24 SA parce que je m'en sentais capable*

*3. Je fais facilement les 3-4 premiers mois*

Grossesse non désirée :

*2. que l'on pose le pour et le contre de cette grossesse avec elle.*

f) Entretien du 4<sup>ème</sup> mois :

L'entretien du 4<sup>ème</sup> mois marque un changement d'interlocuteur pour le suivi :

*11. On dépasse rarement le 4e mois, après on leur conseille de prendre contact avec la maternité où elles vont vouloir accoucher donc souvent elles rencontrent une sage femme pour l'entretien du 4e mois et après le suivi se fait à l'hôpital.*

g) Fin de grossesse

Les médecins généralistes sont rarement confrontés aux fins de grossesses :

*1. On ne voit pas beaucoup de fin de grossesse*

Barrière du terme :

*8. Après 6 mois de grossesse je serais plus tenté de renvoyer les patientes vers leur gynécologue parce que je n'ai pas assez d'expérience pratique et d'expérience clinique pour me sentir suffisamment à l'aise.*

h) Grossesse normale

Les jeunes médecins se voient suivre des grossesses non compliquées :

*9. si c'est une grossesse qui se passe bien ok.*

i) Activité du médecin généraliste

- Diagnostic de grossesse :

*3. Plutôt on va dire les gens qui viennent confirmer leur grossesse*



- Déclaration de grossesse :

*7. sur mes remplacements, j'ai fais quelques déclarations*

- Arrêt de travail :

*4. ou alors des femmes qui étaient au deuxième ou troisième trimestre qui étaient déjà suivi parallèlement par leur sage- femme ou leur gynéco et du coup il n'y avait pas grand chose à faire c'était plutôt pour faire les arrêts de travail*

- Information sur le dépistage de la trisomie 21 :

*3. je parlais surtout du suivi en général, notamment le dépistage de la trisomie 21*

- Supplémentation de la grossesse :

*1. si c'est pour supplémenter quelque chose comme s'il manque du fer la ok je peux lui faire ça*

- L'examen clinique :

- Le poids :

*10. Dans tous les cas je vérifie le poids*

- Prise de la tension artérielle :

*1. je prends la tension artérielle*

- Auscultation cardio pulmonaire :

*1. ausculter*

- L'examen gynécologique :

La réalisation :

*10. ça va je suis plutôt à l'aise.*

La récurrence des gestes :

*1. Moi j'ai fait mon stage en 3<sup>ème</sup> semestre et du coup ça se perd*

- La hauteur utérine :

*1. hauteur utérine je pense que je saurais.*

- La palpation abdominale :

*1. tu examines le ventre*

- L'activité cardiaque foetale :

*1. il y a des choses auxquelles je ne suis pas bien formée par exemple écouter le cœur du bébé et tout ça...*

- Le speculum :

*8. Si la question c'est est-ce que je suis à l'aise à introduire un spéculum, faire un TV, ba pfff... techniquement ça va mais après c'est plus dans le cabinet de médecine générale ce n'est pas quelque chose que l'on fait de manière courante, en tous cas là où j'ai été...*

- Le frottis cervico utérin :

*4. je m'assurais qu'elles avaient bien fait un frottis dans les trois dernières années*

- Le toucher vaginal :

*1. Je pense que je saurais dire s'il est fermé, mais de dire s'il est ouvert à combien de doigts etc...*

- Prescription des examens complémentaires :

*1. nous on doit être formés à tout ce qui est examens biologiques...de demander telle chose à tel moment donc ça ça va*

j) Outils d'aide au suivi

- Gestaclic :

*12. Je me réfère beaucoup au site GESTACLIC. Rires.*

- Aides mémoires :

*11. Au début j'avais imprimé ma petite feuille de chaque consultation mensuelle*

- CRAT :

*3. Le CRAT aussi, il y a pas mal de réponses sur les thérapeutiques*

k) Pathologies aiguës et grossesse

Les problèmes intercurrents sont plus fréquents que le suivi en lui-même :

*2. Plus des consultations ponctuelles et pas de suivi du début à la fin.*

Thérapeutiques et douleurs :

*1. parce qu'elles ont un peu mal*

*4. ce n'est jamais évident chez la femme enceinte de pouvoir prescrire des médicaments, on est assez limité*

l) La femme enceinte

La prise en charge dépend de la population rencontrée :

*4. cela dépend de la patientèle en médecine générale, si on a juste une femme enceinte par un forçement on ne va pas savoir bien la prendre en charge.*

Les patientes ne précisent pas toujours leur grossesse :

*12. C'est plutôt des patientes qui viennent et qui ne disent même pas dès le départ qu'elles sont enceintes, elles vont dire qu'elles ont mal au dos ou autre, elles viennent pour un problème médical*

Il peut y avoir de la pudeur vis-à-vis du médecin :

*4. ça peut être un peu gênant, car on touche à l'intimité de la femme, d'avoir un examen gynécologique du médecin que l'on connaît depuis 20 ans.*

*5. il y a des femmes qui préfèrent que ce soit absolument une femme*

Les patientes ne sont pas toujours prêtes à avoir un examen gynécologique :

*3. Je suis peut-être un peu plus limité pour l'examen en ville pour l'examen gynéco qu'en milieu hospitalier où les gens viennent pour ça, on est dans un service de gynéco on fait des examens gynéco.*

La femme enceinte ignore l'intégralité du suivi :

*12. elles doivent découvrir quand c'est leur premier enfant qu'il y a tant d'examens à faire, qu'il y a tant de surveillance à avoir, je pense qu'elles ne se rendent pas compte au moment où elles découvrent qu'elles sont enceintes que ça va être très surveillé, très suivi. Je pense qu'elles sont assez surprises de ça.*

L'éducation de la femme enceinte :

*5. Ce n'est pas toujours facile qu'elles entendent bien les messages hygièno diététiques*

#### **4) Vision de la pratique future**

a) Quelle pratique ?

- En fonction du lieu d'installation :

*10. Tout dépendra de là où je m'installe et avec qui, dans quelle structure...*

- En fonction de l'envie :

*4. Dans ma pratique future je pense que j'essayerai d'aller un petit peu plus loin dans la prise en charge des femmes enceintes surtout pour les grossesses où il n'y a pas de souci.*

10. *Quand je m'installerai je me dirais peut-être qu'il faut que je refasse une petite formation et du coup je le ferai peut-être.*

8. *Voilà je pense que je serai toujours capable d'en faire mais je n'ai pas forcément envie que se soit une grosse part de mon activité, ce n'est pas quelque chose dans laquelle je suis suffisamment à l'aise ou que j'aime assez pour avoir envie de la faire tous les jours.*

- En fonction du terme :

11. *Moi j'aime bien donc je vais continuer à en faire, je pense pareil le 1er trimestre il n'y a aucun soucis, 2e et 3e trimestre je préfère qu'elles prennent contact avec la maternité où elles vont accoucher après*

- En fonction de l'état de la grossesse :

6. *Après, comme souvent en médecine générale, si on ne se sent pas capable de prendre en charge les choses trop compliquées, trop pathologiques, on peut toujours s'entourer, demander et passer la main donc oui je crois que je me lancerai.*

b) Les freins au suivi de grossesse en médecine générale

- Manque d'information des patientes :

10. *C'est vrai que j'ai l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de dames qui pensent qu'on peut être suivi par son médecin généraliste pour une grossesse.*

- Charge de travail :

7. *le médecin généraliste a déjà beaucoup de boulot.*

- Consultations longues :

*10. Les freins je trouve c'est plutôt le temps que l'on a pour une consultation donc il faudrait vraiment des consultations dédiées par ce que je trouve qu'en un quart d'heure c'est un peu compliqué de faire l'examen gynéco de la femme enceinte.*

- Manque de formation :

*12. ça manque beaucoup de pratique sur le suivi.*

- Nécessité d'une pratique régulière :

*1. Je pense que comme ce ne sont pas des choses récurrentes du coup ça se perd un peu.*

- L'examen gynécologique en médecine générale :

*12. on est en cabinet de ville, examiner vraiment une patiente c'est faisable mais ce n'est pas aussi facile je pense qu'aux urgences gynéco où elles savent qu'elles vont y passer*

- Spécificités de la femme enceinte :

*12. Toutes les histoires de Rhésus, et toutes ces choses là, faire bien attention, il faut être vigilant pour pleins pleins de choses je trouve et c'est dur en 15 minutes entre un dépressif et une suspicion d'infarctus de se concentrer et de ne rien oublier.*

- Grossesse compliquée :

*9. si grossesse compliquée, à risque ou ATCD de grossesse à risque là oui ça me poserait problème*

*11. Grossesses gémellaires tout ça par exemple*

- Retentissement de la prise en charge de la grossesse
- Application des recommandations :

*6. J'ai besoin d'aide mémoire internet et autres, je n'ai pas tout en tête et je ne suis pas très serein vis à vis de ça non plus, je suis un peu paniqué.*

- Appréhension des complications :

*12. Il ne faut pas passer à côté de quelque chose.*

- Implication dans le suivi :

*6. ça serait le défi*

- Eviter les prises de risque

*5. Ce qu'il faut ce n'est ne pas faire de conneries donc c'est là où il faut respecter ses limites et orienter s'ils s'en sentent ou pas capable.*

- Responsabilité médicale :

*8. Pour une grossesse, il faut faire attention, c'est une plus grosse responsabilité encore, tu n'as pas envie de te planter.*

- Matériel et investissement :

*6. Après il faut peut-être plus de matériel j'en sais rien, les bruits de cœur tout ça et ça ça mettra une limite parce que c'est un investissement*



- Domaine de la spécialité de gynécologie obstétrique

- Certains aspects du suivi de grossesse relèvent de la gynécologie obstétrique:

*1. je pense que ce n'est pas ma spécialité*

*3. c'est vrai que faire les échographies ce n'est pas de mon ressort*

- Les limites du médecin généraliste sont parfois atteintes :

*3. Parfois elles me posent des questions un peu compliquées où je n'ai pas toujours la réponse et donc elles ne sont pas forcément très rassurées et donc dans ces cas là je passe assez vite la main.*

- Prise en charge par les gynécologues

Devancer par l'hôpital :

*5. C'est frustrant quand les femmes vont rapidement avec leur gynéco ou qu'elles sont happées par l'hôpital à partir du moment où elles rencontrent les sage-femmes pour les préparations à l'accouchement, généralement on perd le suivi car c'est l'hôpital qui fait le relai.*

*5. Et bien non. Rires. C'est ça aussi qui est frustrant ! c'est à l'hôpital ! Et l'hôpital le garde !*

*3. Je ne sais pas si c'est eux qui veulent obligatoirement être suivis en maternité ou si c'est une fois qu'ils se sont déclarés dans leur maternité ils leur disent « voilà on vous donne des rendez-vous pour les 5, 6, 7e mois... » et c'est parti comme ça, je ne sais pas trop...*

Les patientes vont d'emblée voir un gynécologue ou une sage-femme pour leur grossesse :

*1. j'ai l'impression que toute les femmes que j'ai vues m'ont dit : « je suis suivie par un gynéco ou j'ai une sage-femme »*

Les sages-femmes suivent des grossesses en ambulatoire :

*7. Mais il y en a beaucoup en libéral.*

- Intérêt pour la gynécologie :

La pratique du suivi de grossesse dépend de l'implication de chaque médecin :

*1. Je pense qu'il y a plein de gens qui n'ont pas du tout envie de faire de gynéco et qui dans leur pratique n'en feront pas*

L'implication dans le suivi dépend de sa maîtrise :

*5. Souvent on dit que ça ne nous passionne pas parce qu'on ne se sent pas à l'aise avec ça.*

Les médecins ayant le Diplôme Universitaire de Gynécologie Obstétrique font des suivis de grossesse :

*11. en ce moment je remplace une médecin qui a un DU de gynéco et qui fait donc pas mal de gynéco et pas mal de suivis de grossesse*

Intérêt de la formation continue pour suivre une grossesse en médecine générale :

*4. Pour ça il faudrait aussi développer de la formation continue là dessus pour que chaque médecin généraliste soit capable de pouvoir suivre une femme enceinte.*

c) Travail en réseau

Il y a peu de réseaux pluridisciplinaires pour le suivi de grossesse :

*5. Je trouve qu'il n'y a pas assez de communication entre l'hôpital, tout ce qui est plutôt sages-femmes et nous.*

La diminution du nombre de gynécologues va amener le médecin généraliste à voir plus de grossesse :

*10. Je pense que l'on aura de plus en plus de suivi de grossesse à faire s'il y a de moins en moins de gynéco en ville comme ça à l'air d'être le cas.*

Les gynécologues sont disponibles et rassurants :

*2. On a des spécialistes qui ne sont pas loin donc je pense qu'en cas de besoin on peut les adresser rapidement donc ça aide aussi à se sentir à l'aise de savoir qu'on n'est pas tout seul qu'il y a des gens s'il y a le moindre problème qui sont là pour intervenir pour prendre en charge les patientes.*

Le médecin peut passer la main au gynécologue quand il est confronté à un problème :

*6. Après c'est comme dans toutes les situations médicales on peut passer la main et dire oulala ça devient bizarre je ne comprends plus, je demande l'avis du gynéco.*

Il est possible d'envisager un double suivi par le médecin généraliste et le gynécologue :

*2. Moi ça ne me dérange pas de suivre la patiente jusqu'au bout mais s'il y a un autre suivi en parallèle avec son gynécologue.*

## V) Propositions d'amélioration de la formation

### 1) Analyse de la formation

#### a) Maquette du DES de médecine générale

L'obligation de réaliser un stage en gynécologie est un point fort :

*7. Le point positif c'est que nous déjà à Lille on est obligé de faire un stage de gynéco sachant que dans beaucoup de fac ils font gynéco ou pédiatrie.*

Le moment de réalisation du stage influe sur la pratique :

*1. Moi je pense que je l'ai fait trop tôt, donc je ne me souviens plus assez bien de la pratique pour faire comme je voudrais*

*3. La chose qui n'était peut-être pas optimale c'est que j'ai fais mon stage de gynéco en dernier, ça serait bien d'avoir la chance de le faire avant le SASPAS.*

#### b) En général

La formation au suivi de grossesse n'a pas permis d'acquérir une expérience suffisante :

*6. Voilà donc au cours de l'internat peu de stimulation à être serein et à me lancer dans le suivi de grossesse. Voilà, constat négatif.*

#### c) Le stage de gynécologie à l'hôpital

Le stage permet d'avoir une première approche de la prise en charge de la femme enceinte :

*2. A la sortie du stage je me sentais plus à l'aise avec les femmes enceintes*

La durée de 3 mois est suffisante pour avoir des connaissances sur le suivi de grossesse :

*3. 3 mois de gynéco je trouve ça un peu court pour la gynéco globale mais pour le suivi de grossesse non pathologique je pense que ça suffit.*

Le suivi mensuel de grossesse n'est pas abordé pendant le stage :

*8. Pour revenir sur la dernière question je trouve que justement à l'hôpital du suivi de grossesse on n'en fait pas vraiment, en fait c'est même pas du tout l'objectif du stage j'ai l'impression et c'est dommage.*

#### d) Intérêt du stage

Le stage permet d'acquérir des connaissances bien que tous les internes n'ont pas le même projet professionnel :

*11. Après on a que 3 mois de stage en étant interne, je pense que c'est suffisant surtout que la plupart enfin tout le monde ne va pas faire de gynéco en libéral.*

#### e) Freins à un bon apprentissage

La prise en charge des derniers mois de grossesse se fait plutôt par les gynécologues :

*2. on ne voit pas beaucoup de fin de grossesse car c'est les internes de gynéco obstétrique qui les prennent en charge*

La durée de formation en gynécologie est limitée par rapport à la durée totale du cursus :

*4. Le seul point positif était que parallèlement il y avait des gardes aux urgences gynécologiques donc c'est la seule fois dans tout mon cursus en 9 ans d'études où j'ai pu faire des examens gynécologiques et apprendre des choses pratiques en gynécologie.*

Les stages en suites de couches limitent l'apprentissage pratique :

*4. Pendant l'internat j'ai été trois mois en suites de couches donc ce n'est pas terrible pour se former parce qu'on ne fait que remplir des papiers de sortie, des prescriptions de sortie, on n'examine même pas les patientes.*

L'interne de médecine générale est souvent livré à lui même :

*10. même les urgences c'est pas mal mais quand on est tout seul et qu'on nous dit : « tiens voilà l'appareil d'écho », voilà Rires. Comment on l'allume ? Rires.*

Il y a peu d'enseignement assuré par les séniors :

*8. A l'hôpital on nous a rien appris sur le suivi de grossesse, à part quelques données par ci par là acquises au cours des gardes mais voilà*

f) La gynécologie en ambulatoire

Les maîtres de stage ne sont pas toujours experts dans le domaine :

*10. Les points négatifs c'est qu'en dehors des 3 mois on n'en fait plus beaucoup et même en stage chez le praticien il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes qui font des suivis de grossesse et même de la gynéco, en tous cas des médecins généralistes maîtres de stage après peut être que...*

g) Différence des pratiques hospitalières et ambulatoires

La pratique hospitalière n'appréhende pas la future pratique des internes :

*2. Je pense que l'on ne verrait pas les choses de la même façon parce que là on est dans un milieu hospitalier, suivant les maternité dans différents niveau (1, 2, 3), ce n'est pas la vraie vie du médecin généraliste qui suit une grossesse classique.*

h) Femmes enceintes non informées de la formation des internes

Le manque de formation des internes sur le terrain n'est pas connu des patientes :

*4. je n'avais pas envie d'aller dans un centre hospitalier où je savais que les internes de médecine générale faisaient les échographies sans formation, c'est quand même hyper dangereux, si les femmes enceintes savaient ça... rires... Elles ne mettraient jamais les pieds dans un centre hospitalier comme celui là.*

## **2) Stage hospitalier**

a) Les consultations

Faire uniquement des consultations pendant le stage serait plus approprié à la pratique future :

*9. Je pense que pour un méd gé ça serait plus utile.*

Rendre les consultations obligatoires serait plus formateur :

*4. Que les centres hospitaliers, s'ils veulent qu'on leur envoie des internes, qu'ils aient l'obligation de proposer à chaque interne 20 demi journées de consultations sur le stage.*

b) Le suivi de grossesse

Un stage dédié au suivi de grossesse permettrait d'acquérir plus de connaissances :

*5. Je suis persuadée qu'il faudrait faire 6 mois de gynéco et 6 mois de pédiatrie pendant l'internat ou une partie de stage dédiée au suivi de grossesse.*

c) Durée du stage

Faire un stage de 6 mois en gynécologie obstétrique permettrait une meilleure pratique future :

*5. Faire 6 mois de pédiatrie et 6 mois de gynéco parce qu'en pratique de ville on fait énormément de ces deux populations.*

d) Quand faire le stage

Il serait utile de faire le stage de gynécologie obstétrique avant le SASPAS :

*4. si on remplace en SASPAS et que l'on n'a pas eu la chance d'avoir été formé à la gynéco avant c'est compliqué parce que le SASPAS c'est bien mais on débrieife à la fin de la journée donc concrètement quand la patiente est là il faut savoir quoi faire, bien le faire.*

e) Suppression du stage hospitalier

Remplacer le stage hospitalier par un stage de gynécologie en ambulatoire serait plus approprié à la pratique en cabinet :

*8. Vu que moi je suis médecin généraliste, je travaille en cabinet donc ça serait plus intéressant de voir le suivi de grossesse ou même la gynécologie, ça serait plus intéressant pour moi de le voir au cabinet plutôt qu'à l'hôpital*



Et permettrait d'avoir plus accès au suivi de grossesse :

*8. Tu fais un stage en ambulatoire de 3 mois en gynéco, tu fais forcément du suivi de grossesse tous les jours donc ça serait vraiment bien.*

f) Gynécologie médicale

Etre formé à la pose d'implant et stérilet serait intéressant ainsi qu'à la réalisation de frottis :

*11. ça serait bien de faire un peu de libéral pour nous ça serait plus intéressant même pour les pratiques, bon la on est dans le suivi de grossesse mais pour les petits gestes, les frottis tout ça.*

*12. C'est vrai que l'on pourrait apprendre à poser un implant, à le retirer, à poser un stérilet, à le retirer, ce n'est pas une mauvaise idée.*

### **3) Stage ambulatoire**

a) SAP/SASPAS avec une activité gynécologique

L'association au stage ambulatoire de médecine générale se rapprocherait de la pratique future :

*9. ça serait plus adapté à notre pratique de méd gé en gynéco pour un suivi de grossesse ou autre d'avoir soit un méd gé qui a un DU de gynéco ou suivre un gynéco méd oui clairement.*

b) Trinôme du stage chez le praticien avec un gynécologue

Le trinôme du SAP ou SASPAS pourrait accueillir un gynécologue :

*11. j'étais plutôt assez d'accord pour faire le SASPAS avec par exemple deux médecins généralistes et que le troisième soit en alternance par exemple un rhumatologue pour apprendre à faire les infiltrations, pourquoi pas un gynécologue et un dermatologue, enfin des choses vraiment qui nous permettent de mieux apprendre et ça vraiment ça serait super.*

Le gynécologue devrait s'ajouter et non remplacer un médecin du trinôme :

*5. De mélanger gynéco et SASPAS je ne suis pas sûre sauf si on rajoute un 4ème jour au SASPAS car pour la pratique de ville on n'a que le SAP et SASPAS et l'air de rien ce n'est pas énorme pour vraiment se roder à la ville*

Le stage libre de la maquette peut aussi permettre d'améliorer ses connaissances dans une spécialité :

*6. Est ce que ce n'est pas la place plutôt du stage libre de la maquette ?*

c) Stage au planning familial

Un stage au planning familial plutôt qu'à l'hôpital serait plus proche de la pratique libérale du médecin généraliste :

*3. Si c'est possible pour tout le monde de faire un stage en planning familial plutôt qu'aux urgences gynéco c'est vrai que ça serait quand même mieux bien sûr pour les gens qui veulent faire du libéral après.*

d) Stage en Protection Maternelle et Infantile

Introduire la PMI dans le stage ambulatoire apporterait des connaissances supplémentaires :

*6. Après effectivement offrir la possibilité dans le trinôme de SASPAS un tiers temps sur du planning, de la PMI ou de la gynéco méd ça ne serait probablement pas mal, ça permettrait d'apporter une expérience là-dessus, pourquoi pas.*

e) Projet professionnel personnel de l'interne

Il est intéressant que les stages puissent être en adéquation avec le projet professionnel :

*5. Je comprends que ce soit intéressant d'avoir des lieux de stage où ce soit de la PMI ou autre en fonction du projet personnel de l'interne.*

f) Contraception

La partie ambulatoire permettrait d'avoir des connaissances en contraception :

*10. ça serait génial d'être avec un gynéco méd parce qu'il fait de la consultation de tous les jours, de la contraception, du suivi de grossesse, aussi un peu d'endoc donc hyper intéressant.*

**4) Formation auprès des sages-femmes**

Une formation avec les sages-femmes qui sont directement concernées par le suivi de grossesse impliquerait plus dans le sujet :

*7. il faudrait peut-être que l'on soit plus avec les sages-femmes, car les sages femmes elles le font le suivi de grossesse.*

## 5) Souhaits des anciens internes

### a) Vision globale du suivi de grossesse

Assister aux consultations permettrait de voir les spécificités mensuelles du suivi de grossesse :

*2. même si ce n'est pas suivre une patiente du début à la fin mais voir différentes étapes du suivi obstétrical.*

### b) Suites de couches

Diminuer la durée du stage en suites de couches laisserait plus de place au suivi de grossesse :

*4. S'il fallait améliorer les choses ça serait de supprimer les stages de suites de couches ou les diminuer.*

### c) Durée de l'internat

L'augmentation du temps passé en ambulatoire peut s'intégrer dans les 3 ans de cursus :

*4. Mais ça peut se faire pendant les 3 ans du cursus d'internat et pas comme certains projets de devoir rajouter une 4eme année pour faire plus d'ambulatoire.*

## **DISCUSSION**

### **I) Limites méthodologiques**

#### **1) Liées au cursus**

Une des limites pouvant être mise en évidence était la faculté de rattachement des jeunes médecins lors de leur cursus d'interne. En effet ceux ci avaient la possibilité de choix des mêmes terrains de stage de gynécologie obstétrique mais des cours théoriques différents à la faculté.

Un des sujets interrogés avait obtenu le Diplôme Inter Universitaire de Gynécologie Obstétrique, celui-ci a donc été exclu de l'étude.

#### **2) Liées au recrutement**

La participation des jeunes médecins de la faculté de Médecine et Maïeutique était plus importante du fait de la proximité de cursus avec leur interlocuteur.

La durée de certains entretiens a été limitée par la pauvreté du dialogue même après avoir utilisé des questions de relance.

#### **3) Liées au recueil des données**

La méthode de recueil des données par enregistrement pouvait limiter les réponses des jeunes médecins les mettant sur la réserve.

Un des entretiens a été réalisé par téléphone ce qui a pu masquer les expressions non verbales.

## **II) Forces de l'étude**

### **1) Méthode qualitative**

La méthode qualitative en entretiens individuels permettait aux sujets interrogés de s'exprimer librement sur le thème choisi en excluant toute question fermée.

### **2) Critères de scientificité**

L'étude a été menée avec un échantillon à variation maximale et jusqu'à saturation des données.

La retranscription et le codage ont été réalisés rapidement après la réalisation des entretiens afin de limiter la perte d'information.

Le codage des deux tiers des entretiens a été réalisé en triangulation afin d'éviter tout risque d'interprétation.

### **3) Analyse des résultats**

La saturation de données a été obtenue pour la réalisation de cette étude ce qui a permis une analyse complète des résultats.

### **III) Analyse des résultats**

#### **1) Autoapprentissage du suivi de grossesse**

Selon un article de la revue *Exercer* sur les objectifs des stages hospitaliers pour les internes de médecine générale en gynécologie obstétrique, il apparaît : « la 1<sup>ère</sup> consultation de grossesse avec le diagnostic de grossesse et l'explication du dépistage de la trisomie 21, les complications du 1<sup>er</sup> trimestre, le suivi et l'utilisation du dossier partagé, le repérage d'un risque ou urgence obstétricale ». (20) Cependant la formation au suivi de grossesse mise en évidence dans les résultats paraît minime d'un point de vue pratique. Les internes ont été pour la moitié d'entre eux cantonnés au rôle administratif des suites de couches ou aux urgences gynécologiques, seuls face aux patientes alors que c'était leurs premiers pas en gynécologie. Ces situations ont engendré des lacunes pour leur future activité.

L'activité des urgences permet d'appréhender des problèmes aigus. Le suivi sur plusieurs mois de situations normales, physiologiques est au second plan voire absent. Quelques un d'entre eux ont assisté à des consultations prénatales leur permettant de prendre connaissance de quelques points clés du suivi de grossesse mais de façon insuffisante pour le pratiquer seul. De même en ambulatoire avec des praticiens peu à l'aise dans le domaine parfois par manque de formation également. Ce cercle vicieux empêche la transmission des connaissances pour une pratique adéquate. Ceci explique que les jeunes médecins considèrent apprendre sur le tas dès leurs premiers remplacements et accumulent un manque d'expérience important.

Le travail de thèse de Sandrine Humeau-Aubin en 2004 montrait déjà que les internes de médecine générale ne se sentaient pas à l'aise pour réaliser des suivis de grossesse dès leurs premiers remplacements dû à une formation insuffisante pour 65% des interrogés. (21) Il en est de même dans le travail de thèse de Sophie Sentilhes-Graemiger en 2016 jugeant la formation clinique en stage de gynécologie insuffisante avec deux tiers des étudiants ne se sentant pas à l'aise pour suivre une grossesse en ambulatoire.(22)

Au Québec il est mis en évidence l'importance de la présence des séniors dans la formation des internes, un exemple orientant leur exercice futur.(23) Une présence qui apparaît rare dans nos entretiens ou uniquement en cas d'urgence mais non dans le but d'apprendre aux jeunes médecins généralistes l'exercice de leur futur métier. Le futur jeune médecin livré à lui même tant à se désinvestir et à ne pas préparer son rôle ambulatoire du suivi de grossesse.

## **2) Suivi des recommandations**

Les jeunes médecins interrogés semblent connaître les différents examens de dépistage proposés en début et pendant la grossesse. Les sérologies reviennent souvent dans leurs propos ainsi que l'information sur les règles hygiéno-diététiques et le dépistage de la trisomie 21. Ils n'ont pas évoqué la sérologie syphilitique et de l'hépatite B qui sont obligatoires ainsi que la réalisation d'une numération formule sanguine. Le dépistage du diabète gestationnel, examen clé du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse n'a pas été mis en évidence. A ce terme peu des médecins interrogés s'imaginent encore suivre la grossesse ou n'ont probablement jamais fait cette prescription. Ils sont nombreux à dire que s'ils rencontrent un oubli sur ces prescriptions ils ont facilement accès à des outils internet tels que les recommandations HAS qui rappellent les spécificités mensuelles. (19)

Un travail mené en 2005 sur le suivi de la femme enceinte au 1<sup>er</sup> trimestre montrait que seuls 9% des généralistes suivaient ces recommandations.(24) Selon eux la plupart de leurs connaissances sont théoriques provenant de l'apprentissage pour l'ECN qui reprend par étape chaque mois de grossesse. Les connaissances apportées par le stage de gynécologie, qui auraient dû être pratiques, pour mieux appréhender l'examen gynécologique de la femme enceinte et les résultats des examens complémentaires semblent restreintes.

Le carnet de grossesse est très rarement utilisé par les interrogés. En grande partie par le manque d'accessibilité, ce carnet semble pièce gardée de la maternité qui rend plus difficile le suivi en médecine générale.



Selon une étude de la DRESS, 90% des généralistes ne l'utilisent pas ou peu car les patientes viennent rarement avec en consultation, 23% le connaissent mais ne l'ont jamais utilisé, 24% ne le connaissent pas. (12) Une meilleure éducation des patientes et médecins sur l'utilisation de ce carnet permettrait une prise en charge plus souvent menée par le médecin généraliste.

Les généralistes ont bien à l'esprit qu'en cas de grossesse compliquée ils doivent passer la main au gynécologue et c'est d'ailleurs la condition pour que la plupart d'entre eux accepte de débiter un suivi. (19) Alors que les recommandations sont claires et ne les impliquent pas dans le suivi des grossesses à risque.

### **3) Ressenti sur la pratique en médecine générale**

Le plan de périnatalité de 2005-2007 prévoit de valoriser les compétences des professionnels de la naissance en renforçant la formation des médecins généralistes pour le suivi des femmes enceintes. (25) Les patientes viennent rarement les consulter pour commencer le suivi avec eux et ils les orientent vers d'autres professionnels à leur initiative ou à celles des femmes. (12) Une étude réalisée en 2012 dans le département du Rhône montre que 59% des médecins généralistes adressent leurs patientes aux obstétriciens avant la fin du 2<sup>ème</sup> trimestre alors que 97% des sages-femmes les adressent au 3<sup>ème</sup> trimestre. (26) Le peu d'aisance des médecins généralistes dans ce domaine est accentué par l'activité grandissante des sages-femmes libérales qui vient court-circuiter leur pratique.

Les interrogés sont peu nombreux à se sentir prêts à suivre une grossesse et encore moins sur la durée de par leur manque d'expérience. Les spécificités de l'examen clinique de la femme enceinte, les multiples surveillances mensuelles et la prise en charge combinée de la mère et de l'enfant sont des points qui les effraient parce qu'ils n'y ont pas été préparés. Certains affirment qu'ils ont peu d'intérêt pour cette pratique mais n'est ce pas simplement parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise avec elle ?

Ils sont par contre habitués aux demandes de diagnostic et déclaration de grossesse bien que certains évoquent le fait qu'ils ont parfois rempli la déclaration avant la 1<sup>ère</sup> échographie. Une étude de 2016 de la DRESS sur les attitudes et pratiques des médecins généralistes montre que les diagnostics de grossesse représentent une part non négligeable de leur activité puisqu'ils en ont effectué au moins un par semaine pour près d'un praticien sur 10. 30% d'entre eux indiquent avoir vu au moins une fois par mois des patientes pour des déclarations de grossesses. (12) Cette part importante de leur activité s'explique par leur accessibilité et disponibilité. De ce fait ils pourraient l'être également pour le reste du suivi s'ils avaient toutes les clés en mains.

Pour eux la plupart des consultations liées à la grossesse touchent des problèmes intercurrents en rapport ou non avec la grossesse, durant ces consultations ils se cantonnent à résoudre le problème de l'instant « T » sans réaliser l'examen spécifique de la femme enceinte. Une étude sur les motifs de consultations obstétricaux en médecine générale dans le Rhône en 2006 montre que les patientes se présentent essentiellement pour des problèmes intercurrents alors qu'elles sont suivies à 72% par un gynécologue obstétricien et à 16% par un gynécologue médical. Parmi ces consultations 37% de grossesses à risque ont été dépistées par le médecin généraliste, ce qui renforce son rôle de dépistage dans le suivi de grossesse et la nécessité de connaissances adaptées. (27)

Certains des interrogés déclarent se sentir capable de suivre une grossesse jusqu'au 6<sup>e</sup> mois. Pour la plupart le suivi semble s'arrêter après les prescriptions de la 1<sup>ère</sup> consultation prénatale ou la fin du 1<sup>er</sup> trimestre. Peut-on appeler ça un suivi ? Puisque selon les recommandations de l'HAS le suivi peut être assuré par le médecin généraliste jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois s'il n'y a pas de complications, sous condition d'une formation adaptée et c'est ce qu'il semble leur poser problème. (1) Le tout début de la grossesse semble pour eux évoquer moins d'enjeux de prise en charge et donc générateur d'un stress moins important.

#### 4) Les freins

Le premier frein mis en évidence, et non des moindres, est le manque de formation pratique. Ces lacunes sur le terrain sont un obstacle pour les jeunes médecins débutant leur carrière. Après un autoapprentissage durant leur stage d'interne, l'histoire se répète sur leurs lieux de remplacement. Le suivi d'une grossesse est donc maîtrisé « à leur façon ». Ils reprochent le manque de liaison et réseaux de périnatalité qui leur permettraient d'être plus en confiance.

Une enquête de l'ISNAR IMG en 2013 montre que la formation des internes ne répond pas aux missions qui leurs sont attribuées en tant que médecins généralistes.(28) Ce manque de formation apparaît également au premier plan dans le travail de thèse de Vanessa Deshays en 2016 concernant les freins au suivi de grossesse en médecine générale. (29) Celui-ci devient une source de stress auprès des patientes que certains décrivent même comme un défi.

Lors d'une consultation de suivi de grossesse l'enjeu incluant la prise en charge de l'enfant et le dépistage de complications rend leur travail plus complexe. Le stress de la future maman ajouté au stress du médecin majorent l'exigence du suivi. Cette situation déstabilise la relation de confiance qui devrait régner entre le médecin et sa patiente. Certains pourtant mettent en évidence la facilité d'application des recommandations et de l'examen clinique. La remise en cause de leur compétence dans le domaine de la grossesse n'apparaît donc pas comme rationnelle. Les jeunes médecins énumèrent bien les différentes étapes de l'examen clinique obstétrical mais avouent leurs lacunes quant à sa réalisation. Ces lacunes rendent parfois difficile la proposition de l'examen gynécologique à la patiente. Ceci étant renforcé par la réticence des patientes pour qui, la représentation de la consultation chez leur généraliste n'inclue pas l'examen gynécologique. Les principaux obstacles à l'examen semblent être l'appréciation du toucher vaginal et la recherche de l'activité cardiaque foetale. Deux éléments indispensables à la prise en charge de la suite de la grossesse.

Ils évoquent l'aspect médico-légal associé à une importante médicalisation de la grossesse. L'exemple de l'Affaire Perruche, échec d'un diagnostic de rubéole maternelle ayant entraîné l'handicap du nouveau né, met en évidence l'importance du suivi des recommandations et examens de dépistage. (30)

Leurs manques de connaissances pratiques noient la consultation de suivi de grossesse chronique parmi la variété des consultations de médecine générale qui représentent une charge importante de travail. Vient s'ajouter la faible demande des patientes qui ne motive pas le jeune médecin à s'impliquer et à se former à la grossesse. Cette faible demande entretient les lacunes d'expérience et le sentiment de peur.

Un article de Pédagogie Médicale met en évidence que les besoins de formation en gynécologie des médecins généralistes sont influencés par la demande des femmes et par les contraintes de conditions d'exercice. (6) Un des objectifs du Collège des médecins de famille au Canada est d'éduquer la population sur les rôles du médecin de famille. (31) Du souci de bien faire associé à la faible demande résultent des médecins peu équipés pour la réalisation d'un suivi de grossesse notamment l'achat de spéculums ou doppler foetal indispensable à l'examen à partir de la 2<sup>ème</sup> consultation prénatale.

## **5) Propositions d'amélioration**

Le principal souhait des interrogés est d'assister de manière systématique à des consultations prénatales afin d'avoir une vue d'ensemble sur le suivi de grossesse normal qu'ils pourraient être amenés à rencontrer. En permettant l'accès aux consultations avec les sages-femmes cet objectif pourrait être rempli. En 2002 une étude parue dans la revue Pédagogie Médicale avait proposé un modèle d'organisation du stage hospitalier de gynécologie comprenant deux plages et demi de consultations hebdomadaires et une plage d'enseignement au lit du malade, ce qui, au regard des résultats ne semble être appliqué que dans très peu de terrains de stage. (32) Les secteurs d'urgence et suites de couches ne doivent pas empiéter sur l'apprentissage en consultations si l'on veut répondre à la baisse du nombre de gynécologues.

Le deuxième souhait est la réalisation d'un stage de gynécologie en ambulatoire, soit en remplacement du stage hospitalier soit en incluant une pratique gynécologique au stage ambulatoire chez le praticien lors du SAP ou SASPAS avec un médecin généraliste ayant une capacité en gynécologie, un gynécologue médical ou une consultation de planning familial. Ils sont plus réticents à la deuxième proposition car ils considèrent leur expérience en médecine générale déjà très limitée par la maquette du DES et pensent que d'autres spécialités pourraient remplacer la gynécologie dans ce trinôme. La formation ambulatoire occupe une très petite place dans le cursus de l'interne mais il faut prendre conscience que la grossesse normale relève des compétences du médecin généraliste là où d'autres spécialités en sont plus éloignées.

Ce qui est appuyé par l'obligation de passage des internes en gynécologie. (10) Une étude de 2013 sur la pratique clinique en gynécologie obstétrique des internes de médecine générale montre que l'activité de suivi de grossesse est rencontrée dans 20% en gynécologie libérale contre seulement 32% à l'hôpital. (33)

L'arrêté du 10 août 2010 permettant la réalisation du stage mère-enfant en ambulatoire semble n'être peu ou pas du tout accessible à la population interrogée même si certains évoquent la possibilité d'une demande écrite.(34) Cette expérience a été réalisée à la Faculté de Médecine de Toulouse avant même la parution de ce décret, et a montré une augmentation des aptitudes des internes concernant la grossesse notamment sur la iatrogénie, le dépistage de la trisomie 21, les obligations médico-administratives, les bases alimentaires de la femme enceinte et les internes se sentaient globalement plus compétents à la réalisation du suivi de grossesse. (13) Cette possibilité apparaît nettement dans le programme 2016 du DES de médecine générale de l'Université de Poitiers et ce depuis 2011.(35) (36)

Dans les pays francophones comme au Canada des projets afin d'aider les médecins généralistes à fournir le soin obstétrical indiquent que la formation des résidents doit être en adéquation avec leur pratique future. Pour eux les médecins doivent effectuer des soins prénataux même si ceux-ci ne planifient pas d'en effectuer, « ils doivent posséder la connaissance des complications médicales de la grossesse et évaluer les soins nécessaires ». (37) (38)

Aux Etats-Unis les facultés sont sollicitées pour apporter à leurs résidents de médecine générale une formation plus approfondie concernant les soins prénataux. Ceci dans le but de renforcer les prises en charges de grossesses normales, les connaissances sur les grossesses compliquées et l'accouchement. (39)

Une étude descriptive de 2011 par autoévaluation des internes de médecine générale de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe montre qu'avec une formation adaptée il n'y a pas de différence de compétence entre médecins généralistes et gynécologues obstétriciens pour le pronostic des suivis de grossesses normales. (40) Ceci renforce la responsabilité sociale des facultés de médecine sur la nécessité d'adapter la formation aux besoins en ambulatoire avec des objectifs précis à savoir les caractéristiques et la pratique de l'examen gynécologique obstétrical, les spécificités mensuelles et leur prise en charge, l'information de la femme enceinte et l'utilisation du carnet de grossesse.

Une part importante de la formation post internat doit reposer sur la Formation Médicale Continue comme le montre une étude de 2013 sur l'amélioration des pratiques des médecins généralistes après un programme de Développement Professionnel Continu intitulé « Suivi de grossesse à bas risque » qui a permis d'améliorer le taux de bonnes pratiques professionnelles et le rôle d'information dans le suivi des grossesses à bas risque.(41) La possibilité d'une telle formation semble difficile à réaliser car elle demanderait une formation plus pratique et du temps dont les jeunes médecins ne disposent pas toujours, elle est cependant obligatoire. La part des médecins généralistes ayant réalisé un DU ou DIU de gynécologie obstétrique ou suivi une FMC sur ce sujet dans les deux dernières années est deux fois plus importante chez les médecins de moins de 40 ans. (12) Ils montrent un intérêt et une prise de conscience sur l'enjeu du suivi de grossesse grandissant aux vues de la démographie des gynécologues.

## CONCLUSION

L'avis de jeunes médecins généralistes ayant fini leur cursus récemment permet d'avoir une idée de la pratique qu'ils ont et sont prêts à avoir concernant le suivi de grossesse. Ces résultats mettent en lumière les améliorations pouvant encore être apportées à la formation, notamment pratique. Ces médecins ne paraissent pas encore prêts à une prise en charge optimale des grossesses normales en ambulatoire. Ces améliorations doivent être appuyées par la motivation de certains au suivi de grossesse en ville qui pourrait leur revenir si une formation ambulatoire dédiée leur était offerte. Si les jeunes médecins généralistes se déclarent compétents pour suivre des grossesses les patientes s'adresseront plus facilement à eux. Cette compétence pourrait passer par un carnet de validation d'une dizaine consultations prénatales pendant le stage de gynécologie hospitalier ou auprès du praticien répondant à des objectifs précis tels que l'information de la femme enceinte, les prescriptions mensuelles et la conduite à tenir en fonction des résultats, l'utilisation du carnet de grossesse et l'examen clinique de la femme enceinte. Le projet d'ajouter un 4<sup>ème</sup> jour de stage au SASPAS afin d'y accueillir une autre spécialité est en cours à Lille. Il sera donc intéressant de voir l'évolution des pratiques quant au suivi de grossesse dans les générations à venir suite à cette réforme.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016 Mai.
2. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2016 ; 10 : 1-326.
3. Roux M, Devouge P. La démographie des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens dans le Nord-Pas-de-Calais (quel avenir pour la profession dans la région en 2013 ?). [Thèse de doctorat en médecine]. Lille : Université Droit et Santé ; 2013.
4. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (Page consultée le 23/01/2017). La démographie des médecins. [Internet]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
5. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales - er. 2009 Fév ; (679):1-8.
6. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? Pédagogie Médicale. 2002 Fév ; 3(1):19-24.
7. Remede.org communauté médicale. (Page consultée le 02/06/2017). Nombre de Postes et Rangs en Gynécologie médicale pour l'examen national classant (ENC) 2017 [Internet]. <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>
8. Remede.org communauté médicale. (Page consultée le 02/06/2017). Nombre de Postes et Rangs en Gynécologie obstétrique pour l'examen national classant (ENC) 2017 [Internet]. <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html>
9. Portrait des professionnels de santé, Médecins : les épreuves classantes nationales (ECN). DRESS. 2016. 94-9.
10. Legifrance. (Page consultée le 20/06/2017). Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. [Internet]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>
11. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2016, à nouveau en baisse, la fécondité atteint 1,93 enfants par femme en 2016. Insee Première. 2017 Jan 17 ; (1630).



12. Buyck JF, Lelièvre F, Truffeau F, et al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de grossesse. *Er DRESS*. 2016 oct ; (0977)
13. Bismuth M, Brillac T, Freyens A, Delahaye M, Latrous L, Manilève M, et al. Stage ambulatoire en soins primaires en gynécologie. Une formation professionnalisante. *Médecine*. 2015 sept 1 ;11(7):315-9.
14. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, INSERM-U.953. 2011 Mai ; 1-132.
15. Sahin D. Femmes enceintes (quels sont leurs critères de choix du professionnel assurant leur suivi ? Enquête réalisée sur la maternité de Sens). [Thèse de doctorat en médecine]. Dijon : Université de Bourgogne ; 2012.
16. Baybaud I. Critères des femmes enceintes pour le choix du praticien de leur suivi de grossesse à bas risque. [Mémoire du Diplôme d'Etat Sage-Femme]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2013.
17. Petitprez S. Comment favoriser le suivi de grossesse par le médecin généraliste ? Ressenti des femmes enceintes dans le département de l'Aisne [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie ; 2015.
18. Smith LF. Views of pregnant women on the involvement of general practitioners in maternity care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 1996 Fev ;46(403):101-4.
19. Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016 Mai.
20. Ibanez G, Chatelard S. Objectifs de stage hospitalier pour les internes de médecine générale. *Exercer*. 2013 ;106(suppl 2):60S-1S.
21. Humeau-Aubin S. Gynécologie médicale et médecine générale (état des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes). [Thèse de Doctorat en médecine]. Nantes : Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2004.
22. Sentilhes-Graemiger S. Evaluation de la formation initiale des internes rennais de médecine générale sur le suivi de grossesse, au cours du troisième cycle des études médicales. [Thèse de Doctorat en médecine]. Rennes: Université Rennes 1; 2016.
23. Côté L, Maheux B, Beaudoin C. Les modèles de rôle des finissants en médecine familiale et dans différentes spécialités au Québec. *Can Fam Physician*. 1997 Mai ;43:907-13.

24. Lebas D. Suivi de la femme enceinte au premier trimestre de grossesse par le médecin généraliste. [Thèse de Doctorat en médecine]. Paris: Université Diderot Paris 7; 2005.
25. Plan de périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité. Plan de périnatalité. 2004 Nov 10.
26. Monleon C. Suivi de grossesse en ville par les médecins généralistes et sages femmes libérales. [Mémoire du Diplôme d'Etat de Sage Femme]. Lyon: université Claude Bernard Lyon 1; 2012.
27. Agnès A, Le Goaziou MF. Les motifs de consultations obstétricaux en médecine générale. Etude descriptive réalisée dans le département du Rhône. Exercer.2006 mai/juin ; (78):90-7.
28. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Enquête sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2013
29. Deshays V. Les freins au suivi de la grossesse en médecine générale: étude quantitative auprès des médecins généralistes installés en Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
30. Legifrance. (page consultée le 17/07/17). Cour de Cassation, Assemblée plénière, du 17 novembre 2000, 99-13.701, Publié au bulletin | Legifrance [Internet].  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007041543>
31. Gutkin C. Les objectifs du Collège des médecins de famille du Canada pour les années à venir. Can Fam Physician. 1997 Sept ;43:1687-8.
32. Bidault F, Leveque J, Broux P-L, Grall J-Y, Honnorat C. Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennais. Pédagogie Médicale. 2002 mai 1;3(2):74-80.
33. Par Bres AL. Pratique clinique en gynécologie obstétrique des internes de médecine générale lors des stages annexes du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien. [Thèse de Doctorat en médecine]. Toulouse : Université Toulouse III Paul Sabatier ; 2012.
34. Journal officiel de la République française. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. 2010 Août 28. Texte 38 sur 141.

35. Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie, Département de médecine générale. Programme du DES de médecine générale, Promotion 2016. 2016 Nov 1.
36. Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie, Département de médecine générale. Livret de l'interne de médecine générale, Promotion 2011. 2011 Nov 1.
37. Price D, Howard M, Shaw E, Zazulak J, Waters H, Chan D. Family medicine obstetrics. Collaborative interdisciplinary program for a declining resource. *Can Fam Physician Med Fam Can.* 2005 Janv ;51:68-74.
38. Miser WF, Tuggy M, Bhuyan N, Dickson GM, Jarvis JW, Maxwell L, et al. The Council of Academic Family Medicine procedural and maternity care training guidelines: a better path to consistency in competency assessment in family medicine. *Ann Fam Med.* 2015 Juin ;13(3):285-6.
39. Coonrod RA, Kelly BF, Ellert W, Loeliger SF, Rodney WM, Deutchman M. Tiered maternity care training in family medicine. *Fam Med.* oct 2011;43(9):631-7.
40. Baranger-Royer L, Baron C. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire. *Exercer.* 2011; 22 (97):90-1
41. Monpert L. Amélioration des pratiques des médecins généralistes après un programme de Développement Professionnel Continue intitulé « Suivi de grossesse à bas risque ». [Thèse de Doctorat en médecine]. Tours: Université de médecine de Tours; 2014.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien

- 1) Quelle est votre expérience dans le suivi de grossesse ?
- 2) Quelle est votre pratique concernant le suivi de grossesse en cabinet lors de vos remplacements ? Et comment voyez vous cette prise en charge dans votre future installation ?
- 3) Selon vous quelles sont les attentes d'une femme enceinte de votre prise en charge de sa grossesse ?
- 4) Quels sont les points positifs et négatifs de votre formation en gynécologie obstétrique durant votre internat concernant le suivi de grossesse ?
- 5) Quelle serait pour vous la formation idéale en gynécologie obstétrique durant l'internat ?

## Annexe 2 : Formulaire de consentement des participants

### Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou madame

Prénom..... Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale

« Pratique des jeunes médecins généralistes remplaçants ou installés sur le suivi de grossesse des patientes »

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenu(e) par Pauline, Troufléau, interne en médecine générale à la faculté de médecine et de Maïeutique de Lille

Fait en double exemplaires à Lille Le .....

Signature

Document à conserver par le chercheur pendant 15 ans

### **Annexe 3 : Proposition d'objectifs de stage ambulatoire**

- Réaliser 10 à 20 consultations prénatales (consultations simples de suivi, éventuellement des consultations d'échographie dans un but informatif pour la patiente)
- Avec des gynécologues, médecins généralistes ou sages-femmes
- Utiliser un carnet de validation des consultations
- Savoir évaluer des symptômes fréquents de la femme enceinte et les prendre en charge (vomissements, reflux...)
- Identifier les retentissements possibles des ATCD obstétricaux sur la nouvelle grossesse
- Savoir faire un examen clinique :
  - Savoir quand le réaliser
  - Savoir s'il est nécessaire de faire ou non chaque étape de l'examen à chaque consultation
  - Savoir faire l'examen en autonomie
  - Savoir mesurer la hauteur utérine
  - Savoir utiliser un speculum et réaliser les différents prélèvements si nécessaire (FCU, Prélèvement Vaginal)
  - Savoir faire un toucher vaginal et identifier les modifications du col
  - Savoir rechercher les bruits du cœur fœtaux
- Savoir prescrire les examens paracliniques obligatoires et la conduite à tenir selon leur résultat (adaptée au médecin généraliste si la prise en charge relève de la spécialité)
- Savoir lire les résultats des échographies

- Savoir remplir le carnet de grossesse
- Savoir répondre aux questions fréquentes des femmes enceintes : en plus des règles hygièno diététiques, la prise de poids, l'accouchement etc...
- Savoir leur expliquer ce qui doit les faire consulter en urgence

**AUTEUR : Nom : TROUFLEAU**

**Prénom : Pauline**

**Date de Soutenance : 17 Novembre 2017**

**Titre de la Thèse : Pratique des jeunes médecins généralistes remplaçants ou installés dans le suivi de grossesse des patientes**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : DES de Médecine Générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Médecine générale - Grossesse - Internat - Formation médicale continue**

**Résumé :**

**Contexte :** La pénurie de gynécologues médicaux et obstétriciens devrait amener les médecins généralistes à suivre plus de grossesses notamment lorsque celles-ci sont simples comme le décrivent les recommandations de la Haute Autorité de Santé, cependant peu de médecins réalisent ce suivi. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la pratique professionnelle du jeune médecin généraliste concernant le suivi de grossesse en cabinet de ville. Les objectifs secondaires sont de proposer une révision de la formation initiale des internes adaptée aux besoins du terrain et de décrire des objectifs de stage en ambulatoire.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés de jeunes médecins généralistes, installés ou remplaçants. Analyse thématique par triangulation via Nvivo 11.

**Résultats :** Certains jeunes médecins interrogés évoquent un réel intérêt pour le suivi de grossesse et pensent avoir acquis les connaissances adaptées pour prendre en charge les femmes enceintes en parallèle des spécialistes. Cependant, pour la plupart, la formation au suivi de grossesse pendant l'internat est principalement de l'autoapprentissage ce qui pose une limite à sa réalisation en ambulatoire par ces jeunes médecins qui se contentent du tout début de grossesse avec le sentiment de ne pas être à la hauteur. De nombreux autres freins viennent s'ajouter dont la prise en charge commune de la mère et de l'enfant qui apparaît comme source de stress faisant ressortir l'aspect médico légal de la prise en charge obstétricale.

**Conclusion :** Les jeunes médecins ont majoritairement l'envie de suivre des grossesses mais ils n'ont pas les atouts nécessaires. Ceci doit aboutir à une adaptation de leur formation initiale comme par exemple la validation obligatoire de consultations prénatales pendant leurs stages de gynécologie et auprès du praticien.

**Composition du Jury :**

**Président :**

**Madame le Professeur Houfflin-Debarge Véronique**

**Asseseurs :**



**Madame le Professeur Catteau-Jonard Sophie**  
**Monsieur le Docteur Bayen Marc**  
**Madame le Docteur Olariu Vanessa**