



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vécu des stages en santé de la femme par les internes de médecine
générale de la Faculté de médecine de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2023 à 16h00
au Pôle Formation

par Laura VANDERBECQ

JURY

Président :

Madame la Professeure Chrystèle RUBOD DIT GUILLET

Assesseurs :

Madame le Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Monsieur le Docteur David WYTS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE

Avertissement

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

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASH	Agent de Services Hospitaliers
CH	Centre Hospitalier
CNIL	Comité National de l'Informatique et des Libertés
CPEF	Centre de Planification et d'Éducation familiale
CPN	Consultation Prénatale
CPP	Comité de Protection des Personnes
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DU	Diplôme Universitaire
E	Entretien
ECN	Épreuves Classantes Nationales
EHS	Enseignement Hors Stage
EP	Embolie Pulmonaire
FFI	Faisant Fonction d'Interne
GEP	Groupe d'Échange de Pratiques
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HPV	Papillomavirus Humains
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
N1	stage de Niveau 1
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SA	Semaines d'Aménorrhée
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
T1	Premier Trimestre de grossesse

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	12
Introduction.....	14
Matériel et Méthodes.....	19
I. Choix de la méthode.....	19
II. Choix de la population.....	19
III. Recueil des données.....	20
IV. Réglementaire.....	21
V. Analyse des données.....	21
Résultats.....	22
I. Le choix du terrain de stage.....	22
A. Le stage couplé santé de la femme-santé de l'enfant.....	22
B. Les avis sur le stage.....	22
C. Privilégier sa formation en santé de la femme.....	23
D. Un second stage en santé de la femme.....	23
E. Un choix de stage par défaut.....	23
F. Un second stage de santé de la femme en milieu hospitalier.....	24
II. La place de l'interne : une disparité entre les différents terrains de stages.....	24
A. En centre hospitalier.....	24
1. Dans le service d'hospitalisation.....	24
2. Aux urgences gynécologiques.....	25
3. Au bloc opératoire.....	28
4. En consultations.....	28
5. Faire preuve d'empathie.....	30
B. En centre de planification et d'éducation familiale.....	31
III. S'adapter aux différents terrains de stage de santé de la femme.....	33
A. S'adapter à un encadrement fluctuant.....	33
1. Un encadrement assuré par un chef de gynécologie-obstétrique.....	33
2. Un encadrement assuré par un interne de gynécologie-obstétrique ou de gynécologie-médicale.....	36
3. Un encadrement assuré par une sage-femme.....	36
4. Un encadrement assuré par un interne de médecine générale.....	36
B. S'adapter à l'autonomie.....	37
1. Apprendre à travailler en autonomie.....	37
2. Une autonomisation progressive.....	39
3. Une autonomie génératrice d'angoisses pour certains internes.....	40
C. S'adapter au travail en équipe.....	42
D. S'adapter à la formation proposée par les stages.....	44
IV. L'organisation du service.....	48
A. Le manque d'organisation.....	48
1. Le nombre d'internes en stage.....	48
2. L'organisation spatiale du service.....	49
3. La place des consultations.....	50

B. Le respect du temps de travail.....	50
C. Dépasser sa fonction d'interne de médecine générale.....	51
V. Le vécu et la part de responsabilité des internes.....	52
A. L'intégration au sein de l'équipe de soins.....	52
B. S'adapter à ses collègues et aux lieux de stages.....	53
1. L'entente avec les chefs de gynécologie-obstétrique.....	53
2. L'entente avec les sages-femmes.....	53
3. L'entente avec les internes.....	54
4. Les relations inter-professionnelles dans leur globalité.....	54
C. La valorisation du statut d'interne de médecine générale.....	56
D. Avoir confiance en soi.....	58
E. L'investissement personnel dans sa formation en santé de la femme.....	61
F. Le manque de formation.....	62
G. Trouver sa place.....	65
H. Se sentir épuisé.....	67
I. Se sentir résigné.....	67
Discussion.....	71
I. Principaux résultats.....	71
II. Comparaison à la littérature.....	73
III. Les points forts et limites de l'étude.....	75
A. Les points forts.....	75
B. Les limites.....	76
IV. Perspectives.....	77
Conclusion.....	79
Références bibliographiques.....	81
Annexes.....	84
Annexe 1 : attestation accordée par la CNIL.....	84
Annexe 2 : canevas d'entretien.....	85
Annexe 3 : caractéristiques démographiques des internes interrogés.....	86
Annexe 4 : lettre d'information.....	87
Annexe 5 : extrait d'entretien (entretien 6).....	88
Annexe 6 : grille COREQ-32.....	89
Annexe 7 : extrait du journal de bord.....	93

Résumé

Introduction : Face à une démographie médicale diminuant progressivement, les jeunes médecins doivent être formés aux mieux afin de répondre aux problèmes de santé de la femme dans leur pratique. Plusieurs études montrent que les médecins généralistes ne s'y sentent pas à l'aise. Le stage de santé de la femme, obligatoire dans le DES de médecine générale, a été mis en place pour former les jeunes internes. Cette étude s'intéresse au vécu des stages en santé de la femme par les internes de médecine générale de Lille.

Matériels et méthodes : Cette étude qualitative a été réalisée au travers de 11 entretiens individuels compréhensifs parmi des internes ayant effectué au moins un stage en santé de la femme. Ils se sont portés volontaires et appartenaient aux promotions issues des ECN 2019 et 2020 de la faculté de médecine de Lille. Les données ont été interprétées en utilisant la technique de l'analyse inductive générale.

Résultats : Les avis concernant le stage de santé de la femme étaient mitigés. L'encadrement influait sur l'appréciation du stage puisque les internes ayant été satisfaits de la séniorisation appréciaient leur stage. Le manque de confiance en soi, qui était un frein pour les étudiants qui se sentaient rassurés par cette séniorisation, semblait diminuer à mesure qu'ils acquéraient de l'expérience. La formation à la santé de la femme était inégale selon les terrains de stage. Les internes rapportaient avoir acquis de l'expérience mais déploraient n'avoir quasiment pas réalisé de gestes techniques (poses ou retraits de DIU ou d'implants) notamment dans les stages hospitaliers. Ils regrettaient de ne pas avoir participé suffisamment aux consultations de gynécologie médicale. Ils reconnaissaient l'intérêt de réaliser quelques jours de stages aux urgences gynécologiques et en hospitalisation.

Certains internes décrivaient un manque d'intégration dans les équipes de soins. Les relations avec ces dernières étaient fluctuantes notamment avec les sages-femmes. Néanmoins, les étudiants admettaient avoir beaucoup appris auprès d'elles. Certains étudiants avaient le sentiment que leur formation n'était pas prioritaire et qu'ils devaient pallier un manque de personnel hospitalier.

Conclusion : Les stages de santé de la femme à Lille étaient vécus différemment selon le terrain de stage et la formation proposée par ceux-ci. Il semblerait intéressant de réaliser une étude quantitative afin de confirmer ses résultats ou encore de développer la pratique des gestes de santé de la femme en stage afin de corriger cette carence décrite par les étudiants.

Introduction

Au 1^{er} janvier 2022, les inscriptions à l'ordre des médecins ont augmenté de 1,7% par rapport à l'année précédente. Ces chiffres restent stables aux alentours de 1,3% pour le Nord et 0,6% pour le Pas-De-Calais. (1,2) Notons que la densité médicale dans les Hauts-de-France est à 264,7 pour 100 000 habitants soit un chiffre inférieur à la moyenne nationale qui se situe à 276,7. (2) La tendance actuelle montre que le nombre de médecins généralistes tend à diminuer au fur et à mesure des années depuis 2012, de même que le nombre de gynécologues (3). Ajoutons à cela que le délai d'accès à une consultation de médecine générale est de 2 jours en moyenne contre 9 jours pour une consultation d'urgence de santé de la femme et 44 jours en cas de contrôle gynécologique périodique. (4) C'est donc en partie le rôle des médecins généralistes que d'assurer des soins de santé de la femme à leurs patientes.

Une étude réalisée en 2005 en Bretagne révèle qu'environ 43% des généralistes exerçant la santé de la femme déclarent ne pas se sentir assez performants dans le domaine (5). Cela rejoint les résultats d'une autre étude réalisée en région Rhône-Alpes qui montrent que 77,5% des généralistes se sentent efficaces pour le suivi gynécologique mais ne se sentent pas assez formés pour la réalisation des frottis cervico-utérins (6). En 2010, des médecins généralistes d'Ile-de-France ont été interrogés sur leur activité en santé de la femme (7). Cette dernière représente environ 10% de leur activité. Les motifs les plus représentés sont notamment la contraception, les douleurs pelviennes et les pathologies infectieuses. La plupart des médecins généralistes interrogés (74,5%) réalisent des examens gynécologiques dans leur cabinet mais seulement 39% d'entre eux se

sentent assez à l'aise pour réaliser des frottis cervico-utérins. Une large majorité d'entre eux examinent les seins, prescrivent des mammographies et proposent la vaccination anti-HPV. Tous prescrivent et renouvellent des contraceptions orales mais seulement 43% d'entre eux ne prescrivent pas les « nouveaux » moyens de contraception, définis notamment par l'anneau vaginal et les patchs hormonaux. 83% d'entre eux affirment ne pas poser de dispositif intra-utérin et 90% ne pas poser d'implants contraceptifs. Concernant les traitements hormonaux de la ménopause, 84% des médecins généralistes interrogés en prescrivent mais 42% d'entre eux font de simples renouvellements. Les suivis de grossesses étaient réalisés par 66,3% des médecins de cette étude.

Parmi les freins identifiés à l'activité de santé de la femme en médecine générale, le manque de formation est mentionné par 27,1% des médecins interrogés en Ile-de-France par S. Dias (7). Ce manque de formation pratique est également mentionné dans une première étude qualitative réalisée dans la Somme par J. Burnay en 2017 (8) et dans une seconde réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais en 2021 par C. Bocquet (9). Le manque de pratique y est également considéré comme un frein (8,9). D'autre part, la méconnaissance de l'âge d'arrêt du frottis cervico-utérin, le doute sur son bénéfice et les difficultés techniques de réalisation freinent certains médecins généralistes (10).

Le diplôme d'études spécialisées de médecine générale a officiellement été mis en place en 2004 et intègre dans sa maquette 6 semestres de stage. Cet internat se distingue par une première phase dite "phase socle" durant la première année, et une seconde phase dite "phase d'approfondissement" durant les deux années suivantes (11,12). En phase socle, les internes doivent réaliser un stage ambulatoire de niveau 1 chez un médecin généraliste et un stage aux urgences

adultes. En phase d'approfondissement, la maquette intègre en deuxième année un stage en santé de l'enfant ainsi qu'un stage en médecine adulte, puis en troisième année, un stage en santé de la femme et un stage autonome en soins primaires supervisés. (13) Les buts de ces stages et de l'internat sont de préparer les futurs médecins généralistes à répondre de manière la plus optimale aux demandes de leurs patients et d'être compétents dans le domaine de la santé de la femme. La démographie médicale évoluant, les médecins généralistes vont être amenés à être de plus en plus sollicités pour prendre en charge le suivi gynécologique de leurs patientes. Il semble donc indispensable que les internes de médecine générale y soient préparés. (3,14)

A Lille, en 2017, J. Delvalle a montré que l'internat de médecine générale était globalement bien vécu par les internes mais que la formation théorique à la faculté, basée sur l'apprentissage par compétences, est ressentie comme insuffisamment spécifique à la médecine générale et trop en autonomie. Les internes disent manquer de supervision lors des stages hospitaliers et souffrir de cette prise de responsabilités brutales à laquelle ils ne sont pas préparés, surtout au début de l'internat. (15) Le stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé, réalisé en dernière année d'internat de médecine générale, est un stage très apprécié des internes de médecine générale et qualifié d'indispensable par ceux-ci : les supervisions, directe et indirecte, assurent une sécurité pour l'interne, et lui permettent de développer l'autonomie nécessaire à sa pratique future. (16)

Un état des lieux du DES de médecine générale réalisé en 2007 par Angot, dans 24 facultés de médecine françaises, montrait que le semestre "santé de l'enfant/santé de la femme" se révélerait le moins adapté à la formation des internes de médecine générale (17). Dans une étude de 2002 réalisée à Rennes, les internes

de médecine générale rapportent un manque de confrontation à certaines situations, en particulier, la contraception, la prévention, et la vaccination anti-HPV (18). Y est également mentionné, un manque d'accompagnement pédagogique et un défaut d'adéquation entre médecine générale de ville et stages hospitaliers de santé de la femme (18). Les résultats d'une étude réalisée, également à Rennes en 2018, montrent que les internes de médecine générale aimeraient avoir plus de stages couplés "ambulatoire/hospitalier" dans le secteur de la santé de la femme (19). Les consultations notamment en PMI leur permettraient d'avoir davantage accès aux consultations de dépistage, de contraception et d'IVG (19). À Marseille, en 2018, R. Edwige a montré que plusieurs facteurs contribuaient à améliorer la formation des internes en santé de la femme, avec notamment le fait d'effectuer son stage en secteur ambulatoire, de prendre part régulièrement aux activités de consultation, ou encore d'être formé par des professionnels de santé diplômés (20).

Un article publié dans la revue *Exercer* a permis de définir une liste d'objectifs spécifiques à la formation des internes de médecine générale au cours des stages hospitaliers dans la perspective d'une pratique ambulatoire (21). On peut noter que ces objectifs se rapprochent de ceux définis par le département de médecine générale de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille (22).

Malgré tout, il a aussi été mis en évidence une insuffisance dans la formation pratique des internes de médecine générale en stages validant la gynécologie (20). Dans une étude de 2019-2020 réalisée à Clermont-Ferrand, plus de la moitié des internes considéraient que leur stage de santé de la femme était en adéquation avec leur pratique future de médecin généraliste, mais seulement 41% d'entre eux se sentaient aptes à réaliser la moitié de objectifs de stage attendus. (23) À Lille, les internes ont la possibilité d'effectuer leur stage soit en secteur hospitalier soit en

secteur ambulatoire. Dans cette étude, réalisée en collaboration avec un autre chercheur (M.V.), l'objectif sera de s'intéresser au vécu des stages en santé de la femme par les internes de médecine générale de Lille afin de pouvoir aborder avec eux leur ressenti du stage de santé de la femme ainsi que les éventuels obstacles auxquels ils ont pu être confrontés et leur moyen de les surmonter.

Matériel et Méthodes

I. Choix de la méthode

Afin de caractériser le vécu des internes de médecine générale, une étude qualitative a été menée au moyen d'entretiens individuels compréhensifs. Les discussions ont été interprétées en utilisant la technique de l'analyse inductive interprétative générale.

II. Choix de la population

La population étudiée était constituée de 11 internes de médecine générale, 6 femmes et 5 hommes, issus de la faculté de médecine de Lille, âgés de 26 à 28 ans et ayant effectué leur stage de santé de la femme au cours des 3ème, 4ème ou 5ème semestre soit en centre hospitalier soit en CPEF (Annexe 3). Le recrutement s'est déroulé sur la base du volontariat parmi les promotions Rabelais (ECN 2019) et Socrate (ECN 2020).

Le critère d'inclusion principal était la validation du stage de santé de la femme. Les internes sélectionnés étaient donc au minimum des internes en 4ème semestre d'internat de médecine générale.

Les échantillons étaient homogènes et raisonnés. La taille de l'échantillon n'a pas été définie puisque l'objectif était d'obtenir une suffisance des données.

III. Recueil des données

Le canevas d'entretien a été défini en collaboration avec un autre chercheur (M.V.) dont l'objectif de thèse s'intéresse aux attentes des internes de médecine générale durant leur stage de santé de la femme. Il a été réalisé à partir des objectifs de stage de santé de la femme proposés par la faculté de médecine de Lille. Son but était d'explorer le vécu et les attentes des internes de médecine générale concernant leur stage en santé de la femme.

Le recueil de données a été effectué par entretiens individuels semi-dirigés entre le 3 août 2022 et le 22 février 2023. Ceux-ci ont été réalisés par deux investigatrices selon le même guide d'entretien (Annexe 2) permettant une grande liberté de parole. Le caractère anonyme de l'étude a systématiquement été expliqué à l'interne interrogé.

Chaque entretien a été décrit par la lettre E, numéroté de 1 à 11, dans l'ordre chronologique des résultats. Les participants ont choisi le lieu des entretiens. Dix entretiens se sont déroulés par appel visio via facebook et 1 entretien a eu lieu en présentiel. Les entretiens réalisés ont duré entre 22 minutes 42 secondes et 56 minutes 49 secondes, pour une médiane de 39 minutes 19 secondes et une moyenne à 41 minutes.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone ou d'un smartphone puis intégralement retranscrits à l'ordinateur sur un logiciel de traitement de texte par les investigateurs dans le but de reproduire le plus fidèlement possible les données. Chaque entretien conduisait à la rédaction d'un verbatim (Annexe 5).

Le recueil des données a été interrompu lorsque la suffisance des données a été atteinte. Elle a été obtenue après la réalisation du neuvième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer.

IV. Réglementaire

Conformément à la loi Jardé (24), ce travail de recherche ne nécessite pas de demande auprès d'un CPP, en revanche, la CNIL a été sollicitée et a donné son accord le 6 octobre 2022 (Annexe 1). Le consentement des participants a été recueilli avant chaque enregistrement en les informant de l'anonymisation des données. Une lettre d'information a systématiquement été présentée aux participants avant leur inclusion dans ce travail de recherche (Annexe 4).

V. Analyse des données

L'analyse des données a été faite selon un code thématique manuel. Guidé par la méthode de l'analyse inductive interprétative générale, chaque entretien réalisé a été directement retranscrit et analysé avant la réalisation de l'entretien suivant. Une triangulation des données a été réalisée en double codage avec le co-chercheur (M.V.).

Résultats

I. Le choix du terrain de stage

A. Le stage couplé santé de la femme-santé de l'enfant

Les internes interrogés devaient choisir un stage couplé santé de la femme et de l'enfant car, à l'époque, les deux stages étaient couplés sur un semestre de six mois.

“Alors, j’ai fait un stage 3 mois pédiatrie - 3 mois gynéco à (...) j’en ai fait qu’un seul”
(E8)

Certains choisissaient de privilégier leur formation en santé de l'enfant plutôt qu'en santé de la femme.

“C’était un stage qui semblait plutôt être bien noté, pas le meilleur, mais il semblait être plutôt bien noté. Et après, c’était plus pour le choix des urgences pédiatriques à (...) qui m’avaient intéressées” (E4)

B. Les avis sur le stage

Un autre point important motivant le lieu de réalisation du stage concernait les commentaires qu’avaient pu entendre les internes sur les différents terrains de stage. Les internes cherchaient à se former correctement à la santé de la femme et cela passait par les activités proposées en stage. Afin de connaître la formation proposée par les différents terrains, certains se rendaient sur des sites d'évaluation des stages comme Gélules ou en discutaient avec d'autres internes lors des rencontres à la faculté (GEP, EHS) ou via des plateformes internet comme

Facebook. Ce point était notamment rapporté par les internes qui avaient pu effectuer un deuxième stage de santé de la femme.

“j’avais eu des bons retours sur ce stage par les autres internes et j’y étais passé en tant qu’externe.” (E5)

C. Privilégier sa formation en santé de la femme

Les internes de médecine générale portaient leur choix de stage envers un terrain pouvant leur apporter la formation nécessaire et suffisante à la santé de la femme. L’apprentissage de la santé de la femme leur semblait primordial.

“C’est parce qu’on veut être formé en tant que médecin généraliste, ça veut dire que ce que je fais, je veux que ça me serve pour plus tard.” (E2)

D. Un second stage en santé de la femme

Certains internes avaient la possibilité de réaliser un deuxième stage en santé de la femme afin d’approfondir et d’améliorer leurs connaissances.

“Soit je refaisais gynéco-péd, soit je refaisais un stage de médecine, et j’avais PMI... bah du coup, on avait un 2ème stage à faire, le stage libre là [...] après si je n’avais pas pu prendre ce stage, bah... mais là comme il y avait l’occasion je me suis dis que ce serait bien”. (E5)

E. Un choix de stage par défaut

Certains internes étaient contraints d’effectuer un deuxième stage de santé de la femme. En effet, des réorganisations des listes de stages, notamment des stages libres, au moment de la réalisation de leur DES de médecine générale, avaient un

impact sur les maquettes de stage des internes. Bien que certains étudiants étaient satisfaits d'avoir pu réaliser un second stage en santé de la femme, certains auraient préféré pouvoir découvrir d'autres terrains de stage, soit un stage libre en médecine adulte, soit un deuxième SASPAS. Le choix d'un second stage en santé de la femme était donc pour certains un choix par défaut, en l'absence d'autre terrain de stage plus intéressant mais ne leur étant pas accessibles.

“Ouais, et si j'avais eu un SASPAS accessible pas à perpète, je l'aurais pris.” (E10)

F. Un second stage de santé de la femme en milieu hospitalier

Certains internes de médecine générale interrogés expliquaient ne pas trouver d'intérêt pédagogique à réaliser un second stage de santé de la femme en milieu hospitalier.

“Je voulais (...) à la base mais je l'ai pas eu.” (E6)

II. La place de l'interne : une disparité entre les différents terrains de stages

A. En centre hospitalier

1. Dans le service d'hospitalisation

Certains internes de médecine générale recevaient une liste d'objectifs de stage adaptée à la formation des IMG et bénéficiaient d'un suivi des acquis au cours du stage.

“On avait une liste d'objectifs à faire qui était type pour les médecins généralistes.”

(E1)

Les internes de médecine générale participaient à l'activité de soin en suites de couches.

“Alors en santé de la femme, en gynécologie, j'étais essentiellement à la maternité.”

(E3)

Dans certains hôpitaux, ils participaient à l'activité de soin dans le secteur «hospitalisations gynécologiques» et en «grossesses pathologiques».

“Donc tu faisais le tour en suites de couche le matin et ensuite tu partais sur l'obstétrique. [...] Et puis après, c'est pareil, tu gérais les sorties d'hospitalisation, tu

allais voir les femmes hospitalisées.” (E8)

Ils devaient assurer le suivi de grossesse et du post-partum.

“En suites de couches, il fallait toujours un interne le matin, qui voyait surtout les césariennes à J4 et qui voyait les problèmes pour les voies basses s'il y en avait.”

(E5)

Dans certains terrains de stages hospitaliers, cette activité ne leur était pas proposée.

“On n'a pas fait du tout de service [...] Même des services d'hospit pathologie, grossesse pathologique, on ne l'a pas fait du tout, on n'a rien fait.” (E2)

2. Aux urgences gynécologiques

A l'hôpital, les internes de médecine générale avaient une activité principalement axée sur les urgences gynécologiques.

“C'est une question de temps, après le stage dure que 3 mois et on devait passer beaucoup de temps aux urgences.” (E7)

Aux urgences gynécologiques, les internes bénéficiaient d'un temps de consultation adapté à chaque patiente et à chaque motif en fonction du flux de patientes.

“C'est plus ou moins dense mais ça roule bien et on a le temps de bien... Enfin, moi j'arrive à prendre le temps avec les dames pour bien leur expliquer, pour bien qu'elles comprennent et c'est des consultations qui sont assez longues.” (E1)

Ils devaient savoir gérer le flux et l'attente des patientes arrivant aux urgences gynécologiques.

“Forcément, le travail s'accumule très rapidement, en attendant l'avis du chef qui est aussi débordé, le travail peut s'accumuler, les patientes peuvent s'accumuler aussi en salle d'attente.” (E9)

Aux urgences gynécologiques, les internes de médecine générale prenaient en charge les motifs gynécologiques et les débuts de grossesse.

“Et après, on voit un peu de tout, que ça soit brûlures vaginales, mycose, que ça soit douleur pelvienne au sens large, que ça soit cystite pendant une grossesse.

C'est vraiment douleur pelvienne et saignement et après on voit des fausses couches, des grossesses arrêtées, des grossesses gémellaires, on voit des trauma abdo chez une dame enceinte.” (E1)

Pour cela, ils devaient savoir réaliser un examen gynécologique.

“Les examens gynéco, souvent, ils nous laissaient le faire en fait, mettre le speculum, faire le TV (toucher vaginal)... Tout ça, ils nous laissaient faire.” (E6)

Ils devaient savoir reconnaître les urgences vitales.

“Ben généralement, on les prend quasi systématiquement... après... vraiment les trucs qui ne semblent pas urgents ou genre la dame elle vient parce qu'elle veut sa contraception, on dit prenez rendez-vous mais enfin, c'est pas urgent.” (E1)

Aux urgences, les internes prenaient en charge les patientes de manière globale.

“Il fallait tout faire de A à Z.” (E5)

“Alors euh... du coup y avait, alors je sais pas comment ça se passe dans les autres hôpitaux mais en tout cas, il n'y a pas d'infirmière donc je devais prendre les constantes, faire la prise de constantes, l'interrogatoire, l'examen clinique... et la prise de sang et si besoin la pose de voie.” (E7)

Ils devaient réaliser des échographies gynéco-obstétricales.

“Mais s'il y avait besoin d'une échographie, c'était nous qui devions le faire. [...] On faisait les échographies jusqu'à terme à (...) mais on devait faire aussi les termes plus... les termes plus 1, les termes plus 3... Réussir à savoir le liquide.” (E2)

Certains devaient réaliser des gestes infirmiers.

“Donc on faisait aussi les bilans sanguins si on jugeait nécessaire.” (E11)

Ils devaient assurer la continuité des soins.

“Si, il y avait des patientes à rappeler, évidemment, celles qu'on avait vues aux urgences où il fallait attendre les résultats biologiques, il fallait penser à les rappeler.” (E10)

L'obligation de réaliser des gardes aux urgences gynécologiques dépendait des terrains de stage. Certains internes de médecine générale étaient obligés d'y participer.

“On était obligé, en fait, de faire une garde de 24h aux urgences gynéco par semaine.” (E11)

Dans d'autres terrains de stage, les gardes aux urgences gynécologiques n'étaient pas obligatoires.

“On n'avait pas de garde à faire en gynéco, nos gardes on les faisait en pédiatrie sur les 6 mois.” (E5)

Pendant une garde de nuit, l'activité aux urgences était similaire à l'activité en journée. Elle était même parfois plus calme.

“Franchement les gardes c'était moins pire que les journées parce qu'il y avait moins de monde aux urgences.” (E7)

3. Au bloc opératoire

Dans certains stages, les internes de médecine générale avaient un rôle obligatoire d'aide opératoire lors des césariennes.

“Et on devait aller aider en césarienne quand il y avait une césarienne.” (E10)

Alors que dans d'autres services, ils pouvaient y participer sans impératif imposé.

“Là ouais par contre je ne l'ai pas dit, quand même, un des seuls points positifs, c'est qu'on n'était pas obligé d'aller au bloc du coup j'ai fait zéro jour au bloc opératoire sauf les urgences, les fausses couches hémorragiques ou j'avais envie d'y aller aussi, c'était intéressant pour moi mais y avait pas d'obligation à aller au bloc.” (E7)

4. En consultations

Les internes de médecine générale avaient la possibilité d'assister à des consultations sur leur temps libre.

“Ce n'était pas évident, c'était quand tu avais des moments libres, là tu pouvais aller en consultation.” (E8)

Selon les services, certains internes étaient obligés de participer à des consultations afin de remplir des objectifs de stage.

“Sauf que là ils nous imposaient vraiment une liste de consults à faire obligatoires et à valider pour valider le stage.” (E6)

Parmi les consultations proposées, les internes participaient à des consultations :

→ de gynécologie médicale ;

“Il y avait 2 médecins généralistes qui faisaient plus que ça en fait, plus que de la gynéco-med et du coup... du coup bah c'était tout le... tous les suivis de contraception, de frottis, de...” (E7)

→ de PMA ;

“Et après il y avait certains chefs qui étaient vraiment chouettes. Avec des consults de PMA, donc revoir le bilan de PMA j'ai trouvé ça sympa.” (E8)

→ des consultations pré-natales ;

“Voilà, et puis aussi, les consultations de suivi de grossesse, donc aux différents mois, les premiers mois pour les sages-femmes et un peu plus avancés pour les gynécologues, donc, avec les suivis de grossesses classiques.” (E11)

→ de contraception ;

“On a fait des consultations de contraception.” (E2)

Certains internes pouvaient réaliser des consultations en supervision directe.

“Il y a que à la fin où il me connaissait bien, qu’il me laissait vraiment gérer des consultations seul, mais toujours en étant présent avec moi.” (E11)

D’autres en réalisaient en supervision indirecte.

“Elle s’est très bien faite parce que on a fait à peu près 1 mois de consultations accompagné avant de commencer à prendre des consultations seul.” (E4)

Ces consultations étaient l’occasion pour les internes de réaliser des gestes techniques.

“Frottis, j’en ai fait plein.” (E6)

“Examen au spéculum... toucher vaginal... prélèvement vaginal... prélèvement dans le col.” (E1)

5. Faire preuve d’empathie

Les étudiants devaient savoir gérer les inquiétudes et les interrogations des patientes.

“Voilà, et donc il faut rassurer une dame qui est en panique parce que...” (E2)

Ils se mettaient à la place des patientes afin de leur assurer une prise en charge optimale.

“C’est long de toute façon un examen gynéco, c’est long de faire l’échographie, si elle est refaite en plus par le chef derrière, ça peut aussi être traumatisant pour la dame qui est déjà anxieuse de base parce qu’elle vient aux urgences gynécologiques et elle n’a pas forcément envie de venir aux urgences gynécologiques, surtout pour des mauvaises nouvelles.” (E9)

B. En centre de planification et d’éducation familiale

Le rôle des internes de médecine générale en centre de planification était quasiment identique à celui des internes en centre hospitalier. Ils devaient prendre en charge les motifs gynécologiques et les débuts de grossesse, savoir réaliser un examen gynécologique, assurer le suivi de grossesse et du post-partum. Cependant, leur activité était principalement axée sur les consultations.

“On avait des consults d’une demi-heure, donc il y avait 6 créneaux le matin et 6 créneaux l’après-midi.” (E5)

Là encore, les internes bénéficiaient d’un temps de consultation adapté à chaque patiente et à chaque motif.

“Des consultations assez longues, dans lesquelles il y avait un peu tous les motifs de consultation.” (E4)

L’activité de santé de la femme était variée, avec la possibilité d’assister à tout type de consultations (gynécologie médicale, PMA, consultations pré-natales, contraception).

“En fait les patientes étaient orientées au centre de planification en pensant voir des gynécos donc elles venaient pour des consults gynécos souvent, donc au final, on faisait un peu plus que ce qu’on fait dans un centre de planification.” (E5)

Les internes avaient la possibilité d'assurer les consultations en supervision directe, mais également parfois en supervision indirecte.

“Au début, j'étais en doublon avec une sage-femme ou un médecin, quasiment pendant tout le premier mois, je pense. Au début, j'étais observateur, puis je faisais l'examen clinique et ensuite je faisais l'interrogatoire et ensuite je faisais tout. Et après, j'avais mes propres créneaux de consultations.” (E5)

Les internes pouvaient assister à la réalisation des échographies mais n'étaient pas obligés de les réaliser seuls.

“Échographies, il y a 2 praticiens qui en faisaient donc j'y assistais.” (E4)

Ils pouvaient s'exercer à réaliser des gestes techniques de santé de la femme comme des poses ou des retraits d'implants ou de DIU.

“Dans les 2 centres, on faisait de la contraception, pose et retrait d'implants, pose et retrait de stérilets, des frottis, des prélèvements s'il fallait faire des prélèvements.” (E5)

Au centre de planification, les internes interrogés ne réalisaient pas de garde aux urgences gynécologiques.

“En centre de planification, je n'avais pas de gardes...” (E5)

III. S'adapter aux différents terrains de stage de santé de la femme

A. S'adapter à un encadrement fluctuant

1. Un encadrement assuré par un chef de gynécologie-obstétrique

Les internes interrogés bénéficiaient d'un encadrement assuré la majeure partie du temps par un chef de gynécologie-obstétrique.

“Donc on voyait les patientes et il y avait toujours un gynéco de garde avec qui on pouvait faire le point régulièrement sur les patientes venues pour savoir si on les faisait sortir, ce qu'on faisait, voilà, avant leur avis.” (E11)

Cette séniorisation était organisée de manière différente en fonction des terrains de stage. Dans certains cas, une rétrospection des dossiers était organisée en fin de journée entre les chefs et les internes.

“Et par contre, tous les soirs, que ça soit à (...) ou à (...) en fait, on mettait nos dossiers dans une bannette la journée, et tous les soirs, on prend tous les dossiers et il valide avec nous, comme ça, s'il y a besoin de rappeler une patiente... tous les soirs, c'est revu” (E6)

Dans le cas où l'interne devait solliciter son chef au cours de la journée, ce dernier était joignable soit via son téléphone de service soit physiquement lorsqu'il se trouvait à proximité.

“Bah soit je pouvais les appeler, j'avais un téléphone et je pouvais les appeler directement sur leur téléphone de travail ou parfois ils étaient dans le bloc obstétrical

juste à côté de ma salle de consultation et je pouvais aller les voir directement pour leur poser des questions.” (E11)

Certains internes remarquaient que la qualité de cette séniorisation dépendait de la charge de travail assurée par le chef. En effet, plus le chef de gynécologie-obstétrique était sollicité par différentes tâches ou acteurs, moins la séniorisation était évidente.

“Mais c’était plus ou moins fait, ça dépendait de l’activité, et cetera [...] À (...), le chef, il faisait toute la journée les urgences mais il fait aussi d’autres choses, la maternité et cetera, donc c’était compliqué de le joindre [...] Ils étaient extrêmement débordés, occupés.” (E1)

Certains internes mentionnaient un nombre insuffisant de chefs pour assurer la séniorisation des internes.

“On devait les sénioriser, mais pareil, les gynécologues, il sont pas nombreux non plus.” (E2)

L’organisation spatiale du service pouvait impacter également cette séniorisation.

“Bah déjà, le fait que ça soit pas sur le même étage... que ça soit au rez-de-chaussée et que le service de gynécologie soit au 2e, c’était plus difficile pour les chefs de venir, pour faire les... Pour nous expliquer et cetera” (E1)

Les étudiants rapportaient que les rapports professionnels avec certains chefs de gynécologie-obstétrique étaient plus compliqués. Ils devaient parfois insister ou solliciter leur chef à plusieurs reprises avant de bénéficier d’un avis et d’adapter leurs prises en charge.

“Mais même aux urgences gynécologiques, il n’y a pas de chefs sur place, il fallait aller les quémander.” (E3)

“Pareil, ça dépendait quel chef était au bout du fil. Mais voilà, il y en avait certains qu’on n’avait pas trop envie d’appeler, parce qu’ils étaient assez désagréables, ou d’autres très très lunatiques donc on ne sait jamais trop comment on va être reçu.” (E10)

Les étudiants constataient, parfois, une inégalité d’implication selon l’âge de leurs chefs.

“Alors les jeunes chefs très disponibles, les intérimaires et les vieux chefs très compliqués. Mais du coup j’insistais [...] les jeunes chefs encadraient beaucoup plus les internes, ils se mettaient beaucoup plus à disposition d’eux et je pense que ça change un stage en fait... quand t’es encadré...” (E7)

Certains étudiants étaient satisfaits de l’encadrement qu’ils ont reçu, au cours de leur stage en santé de la femme.

“Et pour le coup, franchement, l’encadrement... Je l’ai même mis dans mon évaluation de stage, c’est juste royal.” (E5)

Pour certains d’entre eux, la séniorisation n’était pas suffisante. En partie à cause de ce manque d’encadrement, ils regrettaient leur stage de santé de la femme.

“Il fallait un peu se débrouiller tout seul. On n’était pas très encadré.” (E3)

Quelques internes remarquaient un manque d’implication de leurs chefs de gynécologie-obstétrique lorsqu’ils devaient prendre en charge des motifs ne relevant

pas *stricto sensu* de la santé de la femme. Dans ces cas-là, ils évoquaient un sentiment de solitude.

“J’avais même une dame chez qui je voulais dépister une EP, mais il n’y en avait pas, elle avait fait un cycle de troponines qui était perturbé, bah, on a voulu une coronarographie, mon chef m’a dit “débrouille-toi avec le cardiologue”. On n’était vraiment pas encadré sur ce point-là.” (E3)

2. Un encadrement assuré par un interne de gynécologie-obstétrique ou de gynécologie-médicale

Les internes interrogés dans cette étude étaient parfois encadrés par un interne de gynécologie-obstétrique ou de gynécologie médicale. Ils étaient à disposition des internes de médecine générale pour les aider dans leur démarche diagnostique ou thérapeutique.

“Alors, j’étais encadré par l’interne de gynécologie.” (E3)

3. Un encadrement assuré par une sage-femme

Les internes de médecine générale étaient, parfois, encadrés par une sage-femme, notamment aux urgences gynécologiques ou pendant l’activité de consultation.

“Dans chaque centre, tu as une sage-femme responsable du centre, du coup à (...), elle était à côté, elle était disponible si besoin.” (E5)

4. Un encadrement assuré par un interne de médecine générale

Il est arrivé que, dans certains cas, l’encadrement soit assuré par un autre interne de médecine générale. Cela concernait, notamment, la formation à l’échographie gynécologique. Certains internes de médecine générale souhaitaient se former à

l'échographie avant de débiter leur stage en santé de la femme. Ils sollicitaient les internes de médecine générale qui étaient en stage de santé de la femme pour apprendre à utiliser l'échographe.

“J'ai fait quelques jours avec les internes de gynéco qui eux étaient déjà en stage de gynéco pour apprendre à faire l'échographie. [...] J'ai fait ça sur mes congés mais comme ça j'étais plus à l'aise pour le début du stage de gynéco.” (E2)

“La formation échographique qui a été faite par les internes (de médecine générale) du semestre d'avant “ (E9)

B. S'adapter à l'autonomie

1. Apprendre à travailler en autonomie

Les entretiens effectués mettent en relief le fait que les internes de médecine générale devaient apprendre à travailler en autonomie. Certains étudiants arrivaient en stage de santé de la femme avec de l'appréhension. C'est un domaine de la santé qui leur semblait inconnu et ils avaient pour souhait de mieux l'approprier.

“C'est pas mal si on veut être autonome” (E3)

Certains internes se sentaient frustrés de n'intervenir qu'au premier degré de la consultation, notamment lors de la réalisation de l'interrogatoire ou de l'examen gynécologique.

“Nous, en fait, ce qu'on devait faire, c'est voir la patiente, faire son examen clinique mais pas gynéco, poser les questions et après en parler à un interne de gynéco et lui, il venait avec nous faire l'écho éventuellement, donc moi ça m'a vite énervée parce que pour moi c'est pas le but du stage de gynéco.” (E6)

Le but en partie de cette autonomisation leur permettait de prendre peu à peu confiance en eux. Partie intégrante du stage et de la prise en charge des patients, la confiance en soi permettait aux internes d'être plus au clair dans leur choix et leurs conduites à tenir. Au contraire, le manque de confiance en soi se traduisait comme un frein au déroulé des prises en charge mais également du stage de santé de la femme.

“Bah je me sentais... un petit peu lâché et dans l'incertitude parce que t'es tout seul face à ton diagnostic.” (E9)

Peu à peu, les internes apprenaient à se connaître et prenaient de l'assurance. Ils mettaient à profit leurs connaissances acquises au cours du stage en santé de la femme et des stages effectués antérieurement.

“Et puis j'en avais fait, je te dis moi, j'ai fait quand même beaucoup d'examens gynéco dans mon cursus parce que mon premier stage d'internat de... d'externat, c'était avec une médecin généraliste qui faisait du planning familial [...] Dès le début j'étais quand même plutôt à l'aise. Enfin j'ai pas eu trop de soucis.” (E2)

Progressivement, les internes acquéraient de l'expérience et des compétences en santé de la femme. Certains internes interrogés exprimaient un sentiment de fierté lorsqu'ils prenaient conscience des aptitudes qu'ils gagnaient au fur et à mesure du stage.

“Au début, c'est assez systématique parce que nous, au début, on n'est pas sûr du tout et au fur et à mesure, on en parle un peu moins, ou on dit « là, il y a ça, il y a ça », et au fur et à mesure, il y a un climat de confiance qui s'installe, avec aussi un petit peu d'expérience mine de rien, en quelques semaines passées aux urgences il

y a quand même un petit peu de confiance, de sérénité dans les diagnostics, qui s'installe.” (E9)

Pour autant, les internes de médecine générale prenaient l'habitude de contacter leur sénior en cas de doute afin de les guider ou de les rassurer dans leur choix. Ils faisaient appel à leur référent au moment approprié.

“Mais bon... Quand il y avait besoin d'une échographie, je pense que je les ai toujours appelés ou au moins appelés en faisant l'écho, en disant "j'ai ça", pour qu'ils soient au courant et qu'ils puissent venir vérifier éventuellement.” (E10)

Ils apprenaient à se connaître et reconnaître leurs limites en tant qu'internes de médecine générale.

“Enfin, ça dépasse le très peu de connaissances que j'ai.” (E7)

2. Une autonomisation progressive

Dans certains terrains de stage, les internes pouvaient s'aider de protocoles mis en place pour orienter leur prise en charge.

“Mais voilà quoi, c'était très protocolisé quoi. On nous avait donné une liste : « si c'est ce cas-là, on déroule tel ou tel protocole, on dépiste telle pathologie »”. (E3)

Cependant, les internes ayant effectué plusieurs stages de santé de la femme se voyaient parfois contraints d'apprendre des protocoles différents pour la même pathologie.

“Oui, oui, j'avais des protocoles mais ce qui est chiant c'est que c'est pas les mêmes à (...) et à (...) va savoir pourquoi (rire).” (E6)

Les internes appréciaient le fait de pouvoir devenir autonome de manière progressive. Cela se traduisait par une prise de décisions de plus en plus affirmée au cours du stage avec l'appui de leurs chefs.

“Ça a été progressif, au début j'étais vraiment observateur, je me présentais juste et c'est tout, après je participais à l'interrogatoire, après je participais à l'examen clinique, après je faisais tout avec la personne à côté et après la personne à côté, elle est partie et je faisais les consults seul.” (E5)

Certains internes se retrouvaient rapidement seuls en consultation à devoir gérer les motifs de santé de la femme.

“Ils nous avaient présenté l'organisation du service et l'après-midi, on avait été assez vite mis dans le bain...” (E8)

3. Une autonomie génératrice d'angoisses pour certains internes

Pour certains internes de médecine générale, cette autonomie était bien vécue. Pour d'autres étudiants, cela était pourvoyeur de stress et d'anxiété qui s'expliquaient notamment par un manque d'expérience dans le domaine de la santé de la femme.

Les internes avaient la responsabilité d'être le premier recours médical des patientes aux urgences gynécologiques.

“Alors du coup, le local des urgences gynécologiques, c'est juste à côté des urgences adultes. On n'était pas dans le service de gynéco. Elles arrivaient via l'IAO comme d'habitude. Ensuite, c'est nous qui les accueillions.” (E8)

Les internes se sentaient parfois seuls lors des consultations ou des décisions relatives aux patientes.

“J’ai pris beaucoup de décisions toute seule.” (E3)

Les internes de médecine générale exprimaient une certaine angoisse lorsqu’ils se sentaient trop rapidement en autonomie, en particulier, lors de la réalisation des consultations et des échographies gynécologiques.

“C’est déboussolant au début, c’est anxiogène. Après, je n’ai pas un tempérament à stresser trop mais en fait c’est quand même, je comprends que ce soit anxiogène.

Parce qu’on est tout seul quoi. Donc on est face à nos responsabilités mais en même temps on n’a pas non plus la formation nécessaire, en tout cas au début, pour faire preuve d’assurance et limiter l’anxiété déjà avant les gardes et pendant la garde. On n’est jamais sûr de notre diagnostic parce qu’on n’a pas eu la formation nécessaire donc...” (E9)

Certains internes recevaient de l’aide de médecins de spécialités autres que de gynécologie-obstétrique. Cela concernait notamment les médecins anesthésistes qui intervenaient de manière régulière et répétée dans les services de maternité. Ce soutien apporté aux internes était très bien accueilli.

“C’est un peu mieux organisé, on peut vite appeler si on a besoin derrière, même si, sur la prise en charge, on demande l’avis, l’anesthésiste est assez disponible, et on peut demander aux spécialistes derrière s’il y a besoin.” (E1)

Quelques internes étaient amenés à solliciter des médecins spécialistes pour des avis mais ne se sentaient pas soutenus par eux.

“Donc j’ai laissé tomber une dame avec une douleur thoracique que je n’expliquais pas, stable mais potentiellement elle pouvait faire une EP, toute seule, dans le

service et partir pour faire la césarienne en code rouge. C'était le bordel partout, avec l'urgentiste qui m'a dit merde..." (E8)

Les internes étaient rassurés par la séniorisation qui les confortait dans leurs décisions.

"Ça aurait été rassurant, je pense, au début qu'ils repassent au moins derrière nous." (E5)

L'autonomisation progressive permettait aux étudiants de prendre en confiance en eux, de façon régulière, tout au long du stage de santé de la femme.

"Et ensuite, on faisait aussi les échographies, avec une formation pour moi qui était assez progressive plutôt bien ou en fait, j'ai été formé par une nouvelle médecin qui était arrivée. Et du coup, au départ, on faisait des échos mais on pouvait toujours demander de l'aide, et puis progressivement, enfin, on était de plus en plus autonome pour les faire avec toujours une supervision possible." (E11)

C. S'adapter au travail en équipe

Pour s'intégrer à l'équipe de soins, les internes de médecine générale devaient apprendre à travailler en équipe.

"Et ils fonctionnent en équipe, si tu as une situation compliquée bah tu en parles, tu en discutes, t'échanges et tout. Franchement pas de problème." (E5)

Grâce à cette expérience de travail collectif, c'était l'occasion pour les internes de médecine générale d'enrichir leur formation grâce à l'expérience de leurs collègues, en particulier des sages-femmes, des internes de gynécologie-obstétrique et de gynécologie médicale, ainsi que des chefs de gynécologie-obstétrique.

“Par contre, avec les internes, c'était vraiment super. C'est grâce à eux qu'on a pu tenir et qu'on a pu apprendre des choses.” (E1)

“Il y avait vraiment une grande variété de caractères des sages-femmes entre certaines qui étaient vraiment très très sympas, qui avaient à cœur de nous montrer des choses, et d'être vraiment aidantes.” (E10)

Dans l'organisation du service, les internes et les sages-femmes travaillaient séparément mais de façon complémentaire. Ils exerçaient généralement dans la même salle, ce qui leur permettait de communiquer aisément entre eux. Ceci est vrai essentiellement pour ce qui concernait l'activité des urgences gynécologiques. De manière commune à plusieurs terrains de stage, les internes prenaient en charge les patientes hors grossesse ou en début de grossesse tandis que les sages-femmes s'occupaient des patientes enceintes à un terme plus avancé de leur grossesse.

“En fait, si tu veux, quand tu arrives donc y avait 2 bureaux. Il y a le bureau de la sage-femme. En fait toutes les femmes qui arrivaient aux urgences gynécologiques, elles passaient par le secrétariat et puis elles passaient après par les sages-femmes, si c'était moins de 18 semaines, elle fait voir l'interne.” (E2)

Lorsque les internes se sentaient en difficulté, ils pouvaient solliciter leurs collègues sages-femmes pour avoir de l'aide. Elles étaient, généralement, disposées à apporter leur soutien lorsque leur activité le leur permettait.

“Les sages-femmes, elles sont plus disponibles, nous apprennent plus de choses.” (E1)

“Très présentes et très aidantes aux urgences” (E6)

Certains étudiants étaient entourés d'une équipe infirmière pour la réalisation des prises de sang ou les poses de cathéters veineux.

“Et les prises de sang, pour le coup ça c'était cool, c'était pas nous qui les faisions, il y avait l'infirmière du court circuit qui était là pour faire les prises de sang.” (E8)

Le travail d'équipe renforçait la cohésion entre chaque membre de celle-ci. Une solidarité entre les membres de l'équipe était évoquée par les internes.

“En plus on était obligé, vu qu'on n'était pas nombreux de se serrer un peu les coudes...” (E2)

A contrario, certains étudiants évoquaient un manque d'entraide entre internes de médecine générale, pendant leur stage en santé de la femme.

“Ce qui a été un petit peu chiant entre guillemets, c'est que 2 de nos co-internes, qui n'étaient pas du tout réglo et ils allaient jamais en consult et du coup ils étaient jamais là enfin du coup l'égalité de... Le temps de travail sur ce stage, c'est pas ça et du coup on se prenait les remarques encore qu'on n'est pas en consult. Donc c'est pas forcément notre faute quoi...” (E6)

D. S'adapter à la formation proposée par les stages

Les internes de médecine générale remarquaient une activité en suites de couches plus ou moins intéressante et adaptée à leur formation en fonction des chefs les encadrant.

“Il y en a une qui était vraiment top, une gynéco obstétrique, qui connaissait les compétences qu'on avait.” (E5)

“Et t’as d’autres chefs, c’est : « bah tu vas faire le tour là-bas en suites de couches et... »” (E8).

Les internes de médecine générale considéraient que le stage de santé de la femme en CPEF était plus adapté et plus formateur que les stages hospitaliers.

“Et de ce fait là, j’avais vraiment l’impression de faire un stage qui était adapté à ce que j’allais faire plus tard dans ma pratique et qui allait pouvoir me servir dans ma vie professionnelle future.” (E4)

Les internes de médecine générale trouvaient l’activité en suites de couches peu variée.

“Bah sur les urgences post-partum, oui, ça allait, déjà, ce n’est pas très varié souvent.” (E3)

En suites de couches ou en hospitalisation, ils avaient un rôle administratif estimé peu formateur et répétitif.

“En maternité, il me semble qu’ils ne faisaient pas... Enfin, ils faisaient juste les courriers de sorties.” (E2)

D’autres trouvaient l’activité en stage de santé de la femme variée.

“On était à chaque fois postés sur les différents secteurs.” (E8)

Ils considéraient l’activité au sein du service de grossesse pathologique ou en hospitalisation comme trop spécialisée pour un interne de médecine générale.

“Donc du coup, c’est quand même hyper spécialisé de gynéco obstétrique que nous on gère pas du tout.” (E6)

Certains internes de médecine générale ne trouvaient pas d'intérêt pédagogique à réaliser un stage aux urgences gynécologiques.

“Donc les urgences je trouvais que c'était pas mal, mais c'est très spécialisé et voilà.

*Moi, ça ne m'a rien apporté dans ma prise en charge en gynéco pour la médecine
générale en tout cas.” (E6)*

Ils estimaient que l'activité aux urgences gynécologiques n'était pas représentative de l'activité en cabinet de ville.

“Pas vraiment ce que tu fais en cabinet.” (E8)

Les internes de médecine générale ne trouvaient pas d'intérêt pédagogique ou formateur à la réalisation des échographies.

“Les échographies, ça m'intéresse pas non plus donc ça me sert à rien.” (E2)

Ils ne considéraient pas non plus comme formateur leur rôle obligatoire d'aide opératoire lors des césariennes.

*“Ben moi je m'en fous d'apprendre à savoir faire une césarienne, mais de savoir faire
une césarienne, moi, ça m'apporte absolument rien pour ma pratique de médecin
généraliste donc...” (E6)*

Les internes de médecine générale interrogés ne trouvaient pas d'intérêt pour leur formation à la réalisation de gestes infirmiers.

*“Enfin, pareil, je n'ai pas vu en quoi c'était adapté à la médecine générale de savoir
prélever des bilans, poser une voie, apporter les bilans au laboratoire.” (E10)*

Certains internes avaient la possibilité d'assister à des consultations qu'ils qualifiaient de trop spécialisées pour leur formation.

“C’était des trucs parfois comme des suivis de néos qui avaient été opérés, donc là je comprenais mais il y avait des trucs après c’était trop spécialisé hein...” (E5)

Certains cours donnés étaient également considérés comme trop spécialisés par les internes de médecine générale.

“Mais c’était des cours... pas des cours de gynéco-med (rires). C’était savoir être accompagné, être première main en césarienne, gérer les fausses couches, ce qu’il faut faire pour les fausses-couches...” (E6)

Les internes de médecine générale apprenaient à réaliser des actes et acquéraient des connaissances qu’ils considéraient comme peu utiles et peu adaptés à la pratique de la médecine générale.

“Je pense qu’on a fait quand même pas mal le tour. Quand j’ai vu ton sujet, le gros truc, c’est qu’on fait beaucoup de choses qui ne nous serviront à rien et pas assez de trucs qui nous serviront vraiment. [...] Disons que pour la culture générale, c’était cool, mais pour mon métier futur pas spécialement.” (E8)

Ils considéraient le suivi de grossesse plus adapté à la formation des internes de médecine générale que la prise en charge des patientes aux urgences, dans le service d’hospitalisation ou au bloc opératoire.

“Même si c’est toujours plus adapté à notre future pratique que faire que des urgences ou des césariennes ou de l’hospit quoi.” (E10)

Certains internes considéraient que le suivi de grossesse pouvait être acquis rapidement.

”Pour moi le suivi de grossesse, c’est quand même très cadré et beaucoup répétitif donc finalement quand on en a vu 2 fois, ce n’est pas nécessaire d’en faire, en tout cas c’est l’impression que j’ai quoi.” (E10)

IV. L’organisation du service

A. Le manque d’organisation

1. Le nombre d’internes en stage

Certains internes interrogés disaient n’avoir pas été suffisamment nombreux sur le terrain de stage pour pouvoir avoir accès aux différents domaines d’activité du service.

“Au premier stage de gynéco, on était que 2, donc forcément, comme il fallait une interne aux urgences tous les jours et il fallait qu’on ait des gardes au moins 1 fois par semaine mais souvent un peu plus et 1 le week-end. Donc entre les repos de garde et les cours, on était très souvent toutes seules. Et la deuxième fois, on était 3 donc c’était quand même plus confortable. On était plus facilement à 2. Mais pareil, entre les emplois du temps de chacune, les gardes de chacune et les cours de chacune, on n’avait pas forcément beaucoup de temps pour les consultations.” (E10)

D’autres internes étaient satisfaits d’avoir pu accéder aux différentes parties du service du fait d’un nombre d’internes en stage en adéquation avec les activités proposées par le service.

“ Bah du coup on était un peu mélangé entre internes de médecine générale, gynéco-med et obs et du coup, il y en a un qui fait les urgences, un qui fait la maternité et des fois fait la garde aussi, et il y en a un qui fait le bloc obstétrical, et après, les autres ils font un peu ce qu’ils veulent, s’ils veulent aller en consultation,

ils vont en consultation, sinon des fois ils sont en off, c'est assez variable et il y a certains internes de gynéco-med ou obstétricale qui vont des fois en salle d'accouchement faire la journée.” (E1)

2. L'organisation spatiale du service

Certains internes remarquaient que la qualité de prise en charge des patients dépendait en partie de l'organisation spatiale du service.

“Bah déjà, le fait que ça soit pas sur le même étage... que ça soit au rez-de-chaussée et que le service de gynécologie soit au 2e, c'était plus difficile pour les chefs de venir, pour faire les... Pour nous expliquer et cetera.” (E1)

Ils remarquaient que l'organisation globale du service pouvait avoir des conséquences sur leur formation.

“Après, je ne me suis pas sentie délaissée personnellement parce que c'était la maternité dans son ensemble qui était délaissée.” (E3)

“Puis l'organisation du service faisait aussi qu'il n'y avait pas assez de gynéco et donc c'était très souvent des intérimaires ou des extérieurs qui venaient faire les gardes donc ça c'est vrai que c'était compliqué, parce que c'était des gens qu'on ne connaissait pas, qu'on n'avait jamais vus, et qu'on ne voyait pas beaucoup quoi.” (E10)

3. La place des consultations

En ce qui concerne l'activité de consultation, quelques internes déploraient avoir été obligés d'assister à certains types de consultations dans le but de remplir des

objectifs imposés par le stage. Selon eux, le thème de certaines de ces consultations n'était pas pertinent pour la formation en médecine générale.

“Sauf que là ils nous imposaient vraiment une liste de consults à faire obligatoires et à valider pour valider le stage. [...] par exemple, on n'avait pas du tout d'obligation de passer en consul de gynéco-méd alors que bah pour moi c'était ce qui est le plus important...” (E6)

Les internes pouvaient assister à des consultations sur leur temps libre.

“C'était un peu en temps de repos en fait, c'est notre temps de repos plutôt qu'on venait faire les consults.” (E2)

B. Le respect du temps de travail

Au cours des entretiens, il est ressorti que la charge de travail était inégale entre les différents terrains de stage de santé de la femme. Pour certains internes, le temps de travail était respecté.

“En positif, c'est que on était assez nombreux en tant qu'internes, donc forcément le nombre d'heures personnel était respecté.” (E9)

Tandis que pour d'autres étudiants, le temps de travail n'était pas respecté.

“Mais grosso modo si tu comptes on faisait un peu plus que ouais, 2 à 3 gardes par semaine quoi. [...] Oh non, on l'a dépassé, J'avoue que c'était... c'était hyper fatiguant.” (E2)

Afin d'optimiser leur charge de travail, les internes apprenaient à organiser leur temps de travail au mieux, afin de ne pas se sentir surchargés.

“J’avais accès à tout, c’est juste que vu le flux, on n’avait pas le temps ! On pouvait aller n’importe où, au bloc, en cancéro, en consultation, en salle de naissance....

Mais, en fait, c’était compliqué.” (E3)

C. Dépasse sa fonction d’interne de médecine générale

Les internes devaient adapter leur pratique à la demande du service. Il arrivait, parfois, que leurs responsabilités dépassent les compétences du médecin généraliste.

“Il y en a d’autres qui par contre, il fallait tout gérer, même des trucs qu’on peut pas gérer en tant que médecin généraliste, en tant qu’interne de médecine générale en tout cas...” (E6)

Quelques internes de médecine générale étaient réprimandés pour des actes qu’ils ne maîtrisaient pas.

“Et je me faisais engueuler par le chef parce que je savais pas faire mais en fait je suis interne de médecine générale. Je ne sais pas faire de chirurgie donc...” (E6)

Dans certains cas, ils se voyaient attribuer des tâches habituellement réservées aux internes de gynécologie-obstétrique et devaient se substituer à eux.

“Bah c’est en mode « t’es interne », ce n’est pas « t’es interne de méd gé », c’est « t’es interne » donc tu fais l’écho, t’es sensé tout savoir alors qu’on n’a pas eu de formation. La formation, moi, la personne qui m’a appris à faire les échos, c’était la FFI... Tu vois, donc, c’est un peu chaud quand même... Après, la gynéco avant de te laisser faire sortir la patiente qui te dit « ton écho elle était bien ? il n’y avait pas

d'épanchement ? », bah en fait, c'est une FFI qui m'a appris à faire les échos, ça fait une semaine que je fais les échos.” (E5)

V. Le vécu et la part de responsabilité des internes

A. L'intégration au sein de l'équipe de soins

Quelques internes de médecine générale ne se sentaient pas intégrés à l'équipe soignante.

“Enfin, on est resté 3 mois, mais on a l'impression qu'ils nous connaissaient à peine et même quand on allait dans la salle de pause et tout, on avait l'impression qu'on était un peu de trop, enfin, c'était pas agréable.” (E1)

Certains internes manquaient d'investissement en stage du fait de ce manque d'intégration dans l'équipe de soins.

“Oui, c'est vrai que c'était dur du coup parce que ça donnait pas envie d'aller en stage. Enfin, c'était compliqué de faire la route tous les matins pour aller dans un service où on n'y est pas... Enfin, on n'est pas non plus mal accueilli, mais on n'est pas non plus bien complètement intégré.” (E1)

D'autres internes interrogés se sentaient complètement intégrés à l'équipe de soins.

“Bah, au centre de planification, j'étais, pour moi, complètement intégré à l'équipe comme un membre de l'équipe qui était là depuis longtemps.” (E5)

Certains internes bénéficiaient d'un temps de présentation du service en début de stage. Cela leur permettait d'être présentés à une partie de l'équipe de soins.

“Déjà quand on est arrivé, ils nous ont pris... Enfin, on a eu une réunion avec tous les internes, ceux qui étaient en ped et ceux qui commençaient la gynéco ou on nous a expliqué le fonctionnement du service avec 2 chefs de Gynéco, le chef de service et une autre chef. Ils nous ont fait visiter tous les locaux, comment c'était réparti, et cetera.” (E6)

B. S'adapter à ses collègues et aux lieux de stages

1. L'entente avec les chefs de gynécologie-obstétrique

Les internes décrivaient avoir de bonnes relations avec les chefs de gynécologie-obstétrique.

“J'avais une bonne relation avec tous les gynécologues des services.” (E11)

Néanmoins, certains internes appréhendaient, par moment, la réaction de certains chefs lorsqu'ils devaient les solliciter.

“Est-ce que tu embêtes le chef en ayant peur de sa réaction ?” (E9)

“On n'était pas toujours reçu de la même façon en fonction des chefs. Il y en avait certains qui faisaient bien sentir que ce n'était pas la peine de les embêter.” (E10)

2. L'entente avec les sages-femmes

Les internes décrivaient de très bonnes relations avec leurs collègues sages-femmes.

“C'est-à-dire que, moi, je me suis bien entendu avec tout le monde, je me suis fait des potes parmi les sage-femmes.” (E8)

Certains n'avaient pas de bonnes relations avec les sages-femmes.

“Ben l'ambiance avec les sages-femmes... comme je te disais à (...), en suites de couches, c'était un peu cata, moi j'avais vraiment beaucoup de mal. Elles étaient vraiment pas agréables. Pareil en suites de couches à (...)... enfin, sauf quelques-unes hein...” (E6)

3. L'entente avec les internes

Les internes interrogés avaient de bonnes relations avec leurs collègues internes, qu'ils soient en DES de médecine générale, de gynécologie-obstétrique ou de gynécologie médicale.

“Avec les collègues internes, on se croisait assez peu parce qu'on était un ou deux sur les journées de consultations, donc on se croisait relativement peu mais ça s'est très bien passé, il y avait une bonne ambiance entre nous.” (E4)

4. Les relations inter-professionnelles dans leur globalité

Globalement, les internes interrogés décrivaient de bonnes conditions d'exercice pendant leur stage de santé de la femme. Il en ressortait une ambiance de travail agréable.

“Là, à (...), il y a une bonne communication avec tout le monde, que ça soit secrétaires, ASH, enfin, tout le monde s'entend hyper bien, reste avec tout le monde et il y a vraiment pas de jugement. Quand on nous appelle, bah c'est bienveillant et c'est pas juste qu'on a besoin de moi.” (E1)

Pour certains internes, les conditions de travail étaient parfois lourdes et pesantes.

“Euh... pas très bien... globalement, ambiance pas sympa.” (E7)

Il arrivait parfois que les conditions de travail soient différentes en fonction des intervenants au cours de la journée, qu'il s'agisse de chefs de gynécologie-obstétrique, de sages-femmes ou encore d'internes.

“Et avec les chefs, c'était variable. Il y a certains chefs qui étaient vraiment extraordinaires, qui étaient hyper sympas et la plupart, bah, ils étaient extrêmement occupés donc la relation était neutre et certains, c'était plus compliqué.” (E1)

“Après avec les internes de spé, bah pareil hein, ça dépend à chaque fois un peu des personnes, y en a avec qui tu t'entends bien et d'autres qui te prennent pour une merde. Et voilà.” (E6)

Certains internes remarquaient un manque de cohérence dans les consignes données par les chefs de gynécologie-obstétrique concernant la place de l'échographie et la prise en charge de certaines pathologies.

“Pour les urgences, il y avait moyen d'être séniorisé, de les avoir au téléphone mais le problème c'est qu'ils étaient... On avait l'impression que chaque jour, ils n'étaient pas d'accord entre eux donc on changeait tous les jours nos pratiques en fonction du gynéco avec qui on était.” (E10)

Le manque d'organisation dans le service avait un impact sur les relations entre les chefs de gynécologie-obstétrique et les internes de médecine générale.

“On était allé boire un verre à la fin du stage et je lui avais que moi ça s'était très mal passé avec les intérimaires et il le savait en fait... et il m'a dit... et en fait ça s'entend, et il m'a dit « mais en fait, j'ai pas le choix, aujourd'hui il faut faire tourner le service, et je préfère un intérimaire qui fait pleurer les internes et qui sait faire son travail que quelqu'un qui fait des conneries » c'est triste mais... ils en sont là.” (E7)

C. La valorisation du statut d'interne de médecine générale

Les internes expliquaient ne pas se sentir considérés en tant qu'interne de médecine générale pendant leur stage de santé de la femme. Les tâches attribuées aux internes étaient essentiellement celles intéressant les internes de gynécologie-obstétrique et leur champ d'activité devait se limiter à la gynécologie-obstétrique.

“En sachant que tous les gynécos qu’il y avait, il y en avait une seule ou vraiment si tu l'appelais, elle t'envoyait... elle t'envoyait un petit peu boulet... quand elle savait que c'était les internes de med gé, elle soufflait bien en disant que ça là saoulait que c'était nous...” (E2)

“Tu te fais rouler dessus toute la journée.” (E7)

De plus, les internes avaient le sentiment d'être “utilisés” en vue de pallier un manque de personnel hospitalier.

“C'est plus pour pallier à un manque de personnel je pense, que pour notre formation personnelle. Voilà, pour moi, c'est plus ça, après je ne veux pas parler au nom des autres internes mais je pense que c'est le ressenti d'un peu beaucoup de monde.” (E9)

Certains internes interrogés ne se sentaient pas écoutés par l'équipe soignante.

“Bah, j'ai essayé de dire dès le départ "j'aimerais bien faire ça, ça, ça" mais finalement ça n'a pas été beaucoup fait...” (E10)

Tandis que d'autres internes bénéficiaient d'une meilleure écoute de la part de l'équipe de soins.

“Au début on m’avait montré mais après je les posais seul. J’avais même un peu plus de mal avec celui au cuivre, parce qu’il faut manipuler deux trucs et à la fin du stage, j’ai découvert qu’il y avait un dispositif qui existait, du coup, la sage-femme s’est mise à prescrire aussi celui-là et elle trouvait ça trop bien. J’ai bien aimé le fait qu’elle prenne en compte que j’ai découvert quelque chose et que du coup on l’a essayé.” (E5)

Concernant l’activité en suites de couches, ils avaient le sentiment de n’être sollicités par l’équipe soignante que pour leur rôle de prescripteur.

“De temps en temps, ils nous appelaient dans l’après-midi « Ah Ben Madame de telle chambre, elle a une éruption sur la jambe, est-ce que tu peux venir voir ? » ou alors « il manque l’ordonnance de Lovenox pour telle dame » mais c’est tout, c’est à dire que pour les suites de couches on a absolument pas fait de gynécologie. On n’a pas appris la gynéco on a juste appris du coup, à prescrire du Lovenox.” (E6)

Certains internes ne se sentaient pas soutenus par leurs collègues et ne pouvaient pas compter sur les médecins d’autres spécialités pour avoir de l’aide en cas de besoin.

“Les sage-femmes, elles étaient un peu, elles profitaient un peu de la situation je pense. Elles savaient qu’on n’avait pas rôle en suites de couches très important, donc elles en profitaient un petit peu. Elles savaient que les gynécos allaient aller dans leur sens en plus. Ils allaient dire «bah non c’est l’interne de méd gé, c’est son rôle».” (E5)

“Galère pour les examens, l’urgentiste qui ne voulait pas me la prendre.” (E8)

Parfois, ils se sentaient rétrogradés au statut d'externe. Ils devaient prendre l'avis des internes de gynécologie-obstétrique ou des sages-femmes avant de solliciter le chef de gynécologie-obstétrique.

“Je trouve qu’il y a un peu un statut d’externe « tu tries les bio », là ce n’était pas le cas mais c’était un peu ça en fait.” (E5)

Les étudiants étaient, parfois, sollicités pour leurs compétences de médecine générale.

“Et faire de la médecine générale sur des choses pour lesquelles on était appelé éventuellement.” (E6)

Ils avaient le sentiment d’être indispensables au fonctionnement des urgences gynécologiques.

“En théorie, on devait faire un petit peu d'urgences, un petit peu de consultation, un petit peu de maternité et en pratique euh... je pense que j'ai fait 90% d'urgences, d'urgences gynéco parce qu'il n'y avait pas d'internes de gynéco et du coup on passait nos journées aux urgences gynéco...” (E7)

D. Avoir confiance en soi

Certains d’internes se sentaient angoissés à l’idée d’être trop vite en autonomie.

“C’est déboussolant au début, c’est anxiogène. Après, je n’ai pas un tempérament à stresser trop mais en fait c’est quand même... Je comprends que ce soit anxiogène. Parce qu’on est tout seul quoi. Donc on est face à nos responsabilités.” (E9)

Certains se sentaient, notamment, angoissés à l’idée de réaliser des échographies gynécologiques de façon autonome et sans relecture systématique des clichés.

“Mais sinon, le fait d'en faire, je trouvais ça stressant et surtout de ne pas avoir forcément quelqu'un qui recontrôle après toi.” (E5)

Quelques étudiants appréhendaient la réalisation des examens gynécologiques et étaient parfois gênés.

“Même, de se remettre au début du stage, reprendre un peu les marques de l'examen gynécologique qu'on fait pas pendant un moment au cours de nos stages, voilà se remettre un peu dans le bain par rapport à ça. J'avais peur de paraître mal à l'aise vis-à-vis de la patiente.” (E11)

Certains internes ressentait un certain stress lorsqu'ils devaient gérer les urgences gynéco-obstétricales.

“J'avais peur de laisser passer des urgences gynécologiques, de... laisser des urgences, même obstétricales, puisqu'on voyait des femmes enceintes quand même à termes + 1... ça met beaucoup de pression, d'instabilité, donc j'avais vraiment peur.” (E2)

Quelques-uns d'entre eux n'étaient pas à l'aise au bloc opératoire. Ils ne s'y sentaient pas à leur place.

“C'est anxiogène en plus pour les internes de médecine générale, de devoir aller au bloc, devoir s'habiller en urgence pour un rôle qui n'est pas forcément le nôtre, de première aide au bloc obligatoire, ce n'est pas forcément notre rôle.” (E9)

Certains d'entre eux s'y sentaient plutôt à l'aise.

“Ça ne me dérangeait pas du moment que... moi j'aime bien.” (E8)

Les internes de médecine générale ne se sentaient pas assez compétents en santé de la femme pour répondre aux questions des patientes.

“Au moins un peu les bases pour pouvoir au moins tirer quelques diagnostics et ne pas apprendre sur le tas devant une patiente qui est déjà assez anxieuse à l'idée que déjà je sois un homme, pour ma part, que je sois un « novice » en échographie et pour lequel on a forcément des incertitudes ou auquel on ne peut pas répondre tout de suite aux attentes de la patiente.” (E9)

Quelques internes de médecine générale considéraient que les sages-femmes étaient plus compétentes qu'eux pour répondre aux questions de santé de la femme.

“Les femmes... en tout cas le suivi gynéco, souvent, elles sont suivies par les sages-femmes maintenant, qui sont... finalement c'est leur... ils font que ça, donc j'ai l'impression qu'ils sont même plus doués que nous maintenant.” (E2)

Le travail des internes passait par la confiance en soi. Ils devaient apprendre à se faire confiance.

“Quand j'ai vu que je dépistais et que je traitais correctement, je me suis dit « bon, bah, c'est tout, on va se faire confiance et puis voilà ».” (E3)

Certains d'entre eux essayaient de paraître sûrs d'eux devant les patientes pour ne pas paraître incompetents.

“Il faut rester serein devant la patiente...” (E6)

Quelques internes appréhendaient le stage de santé de la femme.

“La gynéco, j'avoue que ça m'emballait pas énormément.” (E3)

Certains devaient faire face à des échecs professionnels.

“En plus, c’était un peu folklorique, on a eu, je pense, le seul décès de toute la région en maternité, c’était un peu chaud, tous les hôpitaux ont été au courant.” (E3)

Néanmoins, quelques internes étaient satisfaits d’eux-mêmes et de leur parcours au cours du stage de la santé de la femme.

“J’étais quand même relativement contente de me dire que j’avais bien géré l’échographie. J’étais quand même contente de moi finalement, de ce que j’avais fait.” (E2)

E. L’investissement personnel dans sa formation en santé de la femme

Les internes de médecine générale interrogés au cours de ce travail de thèse préféraient finir tôt plutôt que d’assister à des consultations de santé de la femme.

“Après, c’est vrai que ce n’est pas arrivé souvent parce que, bah souvent, soit on était de repos de garde ou soit on préférait finir plus tôt que d’aller en consult, ça c’est clair.” (E10)

De la même façon, les internes préféraient finir tôt plutôt que de se rendre en salle de naissance.

“Moi, souvent, je ne finissais pas à 13-14h sauf quand vraiment il n’y avait pas de flux, mais quand je terminais vers 17h, bah je n’avais pas envie d’aller en salle de naissance, parce que quand on commence à suivre quelqu’un, on ne sait pas quand est ce qu’elle accouche, c’était un peu difficile quoi.” (E3)

Ce manque d’implication dans le stage de santé de la femme semblait se transmettre de façon générationnelle.

“Bah, je dirais que par rapport à ce qu'on entend dans d'autres stages, ce n'est pas le pire.” (E10)

Quelques internes manquaient d'entrain pour se rendre en stage du fait du manque d'intégration dans l'équipe de soin.

“Il n'y avait pas l'envie d'aller en stage le matin à (...) quoi.” (E1)

Les internes prenaient les devants pour se former à la réalisation des examens gynécologiques pour être plus sereins.

“Quand il n'y avait pas trop de flux, on était avec l'interne de gynéco et on l'assistait essentiellement, en s'entraînant un peu avec l'échographe, à comment examiner une femme enceinte.” (E3)

Finalement, parmi les internes ayant participé à cette thèse, quelques uns ont apprécié leur stage et la santé de la femme.

“J'ai trouvé ça vraiment passionnant, les consultations, la communication, il faut une certaine délicatesse pendant les consultations.” (E4)

F. Le manque de formation

Les internes de médecine générale se sentaient frustrés devant le manque de diversification de l'activité et de formations proposées. Ils n'acquéraient pas les compétences requises en santé de la femme pour prendre en charge les patientes en médecine de ville, notamment en ce qui concernait la réalisation de gestes techniques (FCU, pose et retrait d'implants contraceptifs ou de DIU), la prise en charge de la ménopause ou encore le suivi de grossesse. Ils estimaient manquer de

formation également dans le domaine de la contraception, de l'allaitement maternel et en termes d'oncologie gynécologique.

“C’est dommage parce que j’aurais aimé apprendre plus de choses, notamment sur la prise en charge en ambulatoire, quand on dépiste en dehors de l’hôpital. Mais bon, après, ce ne sont pas des stages adaptés...” (E3)

Certains ne recevaient pas de formation pour la réalisation des examens gynécologiques.

“Non en fait j’aurais bien aimé qu’on... après c’est revenu rapidement mais j’aurais bien aimé avoir une... une... une... enfin, même une demie journée, une journée juste qu’on se pose et qu’on nous explique, voilà, comment on fait un examen gynéco correctement.” (E7)

Les internes manquaient de formation pour les échographies gynécologiques.

“Bah c’est en mode « t’es interne », ce n’est pas « t’es interne de méd gé », c’est « t’es interne » donc tu fais l’écho, t’es sensé tout savoir alors qu’on n’a pas eu de formation. La formation, moi, la personne qui m’a appris à faire les échos, c’était la FFI...” (E5)

“L’échographie, la formation d’échographie qui était inexistante.” (E9)

Certains d’entre eux recevaient une formation initiale en début de stage à la réalisation des échographies gynécologiques.

“Quand on est arrivé, un truc qui était très bien, c’est qu’ils nous ont fait une formation écho à (...) où on était par petits groupes sur les premières semaines de

stage, on allait par petits groupes, on nous a formé à faire les échos. Donc du coup, on allait se faire former sur un mannequin et tout.” (E6)

Les internes ne recevaient pas de formation pour participer à l'activité du bloc opératoire.

“Les instruments, il y en a une qui m’a briefée un peu plus mais sinon j’ai repris les formations quand j’étais externe où justement il fallait être opérationnel donc j’avais bossé un peu ça quoi. Sinon, on n’a pas eu de vraie formation.” (E8)

Certains évoquaient un manque de formation, notamment pratique, pour la réalisation des gestes techniques, comme la pose et le retrait d’implants contraceptifs ou de DIU.

“Et tout ce qui est pose implants/stérilets, on n’en fait clairement pas assez.” (E8)

Ils ne se sentaient pas sereins lors de la réalisation de ces gestes techniques par manque d’expérience et de pratique.

“Malheureusement, les stérilets, je n’ai pas pu suffisamment m’entraîner, je ne me sens pas encore capable de le faire toute seule.” (E3)

Quelques internes réalisaient des gestes infirmiers tels que des prises de sang et/ou des poses de cathéters veineux pour lesquels ils n’avaient pas reçu de formation.

“Les prises de sang oui, les poses de voies clairement pas. Quand on n’a jamais appris à le faire et qu’on doit préparer les poches nous-mêmes, y a eu des gags (rire).” (E7)

Certains regrettaient de ne pas avoir pu prendre en charge les patientes hospitalisées.

“Ils m’ont dit « ok elle est hospitalisée ». Sauf que moi, du coup, j’ai regardé un peu les prescriptions, c’est moi qui avais fait tout le truc et là on me dit qu’elle va être hospitalisée et après c’est eux qui ont géré. J’ai regardé quand même un peu les antibio prescrits et tout parce que c’est intéressant et là pour le coup, ça aurait été plus intéressant de tourner sur des patientes comme ça que sur de la suite de couches quoi...” (E5)

D’autres trouvaient un intérêt pédagogique à la réalisation d’un stage aux urgences gynécologiques car ils les estimaient tout de même formatrices.

“Les urgences, je trouve que ça c’est bien parce que ça nous apprend à voir les urgences gynéco et du coup à cibler et à orienter nos patientes.” (E6)

Les internes de médecine générale interrogés regrettaient de ne pas avoir participé davantage aux consultations de gynécologie médicale.

“Après concernant la gynécologie médicale pure, malheureusement, je n’ai pas pu aller suffisamment en consultation avec des gynécologues médicaux.” (E3)

Ils regrettaient également de ne pas avoir participé à davantage de consultations en supervision directe ou indirecte.

“Les consultations étaient bien, même si ça manquait un petit peu d’autonomie comme je disais.” (E11)

En partie à cause du manque de formation, quelques internes étaient déçus de la formation proposée à la santé de la femme par leurs stages.

“Bah globalement, je trouve que c’est un mauvais stage.” (E7)

“Bah déçue, mais en même temps, en vrai, vu l'état des stages de gynécologie actuels, je ne me faisais pas trop d'illusion...” (E8)

Certains internes de médecine générale étaient, tout de même, satisfaits de la formation qu'ils avaient pu recevoir pendant leur stage en santé de la femme.

“Bah au final, c'était plutôt un ressenti positif global sur le stage. J'étais agréablement surpris [...] Ben c'était quand même un bon stage. J'en ai gardé un bon souvenir, c'est un bon stage.” (E11)

Certains terrains de stage avaient bénéficié d'un rappel à l'ordre du département de médecine générale de Lille, ce qui semblait avoir été bénéfique sur le plan de la formation proposée en santé de la femme.

“Après, franchement, je suis arrivée au bon moment où il y avait eu la remise en question. Donc on nous a quand même présenté au début comment faire.” (E8)

Parmi les étudiants interrogés, quelques uns d'entre eux bénéficiaient de cours se rapportant à la santé de la femme durant leur stage.

“Et il y a un peu des formations aussi régulières, donc on apprend aussi pas mal sur le côté gynécologie.” (E1)

G. Trouver sa place

Parmi les internes, certains avaient quelques difficultés à trouver leur place en tant que médecin de sexe masculin dans ce domaine qu'est la santé de la femme.

“Donc j'avais quelques repères mais bon c'est toujours délicat, déjà pour un homme de faire une échographie gynécologique à une femme et encore plus si on n'a pas les formations nécessaires donc...” (E9)

Contrairement aux femmes qui utilisaient leur statut de médecin femme pour instaurer une relation de confiance avec leurs patientes.

“Enfin je sais pas si c'est pas... si c'est parce que je suis une femme, mais les femmes elles sont un peu plus détendues.” (E2)

Les internes avaient le sentiment d'être inutiles dans le service des suites de couches.

“On allait dans notre bureau en suites de couches et on attendait. On se sentait un peu inutile, et ce n'est pas hyper valorisant quoi.” (E5)

Quelques-uns évoquaient le sentiment de déranger durant les consultations.

“Il y en avait surtout un, j'ai essayé une fois puis après j'ai bien vu que... Donc à la fois, c'est un peu frustrant, et de l'autre côté, si tu passes une après-midi avec un chef qui n'a pas envie que tu sois là, si c'est pour faire la plante verte à côté, bah je préfère autant qu'on me dise non et que je trouve quelqu'un avec qui c'est intéressant, plutôt que de faire la plante verte à côté de lui et que je ne puisse même pas parler à la patiente, voilà, ça ne sert à rien.” (E8)

Les internes de médecine générale avaient le sentiment d'être en rivalité avec les autres étudiants, notamment les externes en médecine et les étudiants en maïeutique, pour avoir accès aux consultations. Ils n'étaient généralement pas prioritaires sur les autres étudiants.

“On n'était pas forcément prioritaire sur les consultations. C'était d'abord les étudiantes sages-femmes plutôt que nous. Sachant que c'est quand même un terrain de stage où on est assez nombreux en internes donc il fallait quand même se battre pour avoir une consultation en gynécologie médicale.” (E9)

H. Se sentir surchargé

Durant cette étude, quelques internes se sont sentis épuisés moralement et physiquement notamment à cause du fait qu'ils étaient sursollicités dans certains terrains de stages.

“Je pense qu'on est certains à vouloir se mettre en arrêt parce qu'on était fatigué.”

(E2)

“Même moi, c'est arrivé plus d'une fois que je rentre en pleurant parce que... bah parce que j'étais pas...” (E7)

Quelques-uns d'entre eux étaient soulagés que leur stage de santé de la femme soit terminé.

“Moi le gros, c'est vraiment soulagé de dire que c'était fini, que c'était passé, que je le ferai plus.” (E2)

I. Se sentir résigné

Les internes de médecine générale ont finalement accepté le manque de séniorisation dans leur stage de santé de la femme.

“Oh bah plutôt bien ! Non, moi, ça allait. Quand j'ai vu que je dépistais et que je traitais correctement, je me suis dit « bon, bah, c'est tout, on va se faire confiance et puis voilà ».” (E3)

Ils devaient, parfois, accepter, avec résignation, les décisions imposées par les chefs de gynécologie-obstétrique concernant leur rôle dans le stage de santé de la femme, notamment le fait de ne pas être prioritaires concernant l'accès aux consultations.

“En fait, il y avait une raison pour tout donc on se disait « bah c’est tout, on nous a dit que c’est comme ça ». De toute façon, il y avait un nombre de consultants, on ne pouvait pas faire plus, on ne pouvait pas être 2 avec eux, donc bah voilà, c’est tout...” (E5)

De plus, certains acceptaient de mettre de côté leur formation pour aider au fonctionnement du service de gynécologie-obstétrique.

“Alors, c’est pareil, ce n’est pas utile pour ma formation. Après, ça ne me dérange pas d’aider.” (E8)

Les internes regrettaient le manque d’implication de certains gynécologues-obstétriciens dans leur formation à la santé de la femme en médecine générale.

“Puis l’organisation du service faisait aussi qu’il n’y avait pas assez de gynéco et donc c’était très souvent des intérimaires ou des extérieurs qui venaient faire les gardes donc ça c’est vrai que c’était compliqué, parce que c’était des gens qu’on ne connaissait pas, qu’on n’avait jamais vus, et qu’on ne voyait pas beaucoup quoi. Donc forcément, ils n’avaient pas tous à cœur de s’impliquer dans notre formation” (E10)

Néanmoins, certains d’entre eux reconnaissaient avoir eu la chance de travailler avec des gynécologues-obstétriciens impliqués dans la formation des internes de médecine générale.

“Puis, il suffit qu’on tombe sur un gynéco très sympa à chaque consult, il nous explique plein de choses et il s’adapte. Enfin, y a quelques médecins sur qui je suis tombée et qui s’adaptaient au fait que je sois interne de médecine générale et qui

me disaient « on va dans ta pratique de médecine générale, il faut que tu saches faire ça, orienter ta patiente ici ou là en fonction de tel truc » donc voilà, donc, je trouve que ça apporte beaucoup plus.” (E6)

Les internes se contentaient de recevoir une formation peu adaptée et représentative de la santé de la femme en médecine générale. Les étudiants étaient déçus de ne pas avoir réalisé leurs attentes pendant le stage (cette partie de recherche concerne la thèse de mon cochercheur).

“Mais effectivement, c’est dommage parce qu’on en devient à être « blasé » et à se contenter de peu. Alors que les attentes pour une formation optimale pour être à l’aise en gynécologie, ce n’est pas ça...” (E8)

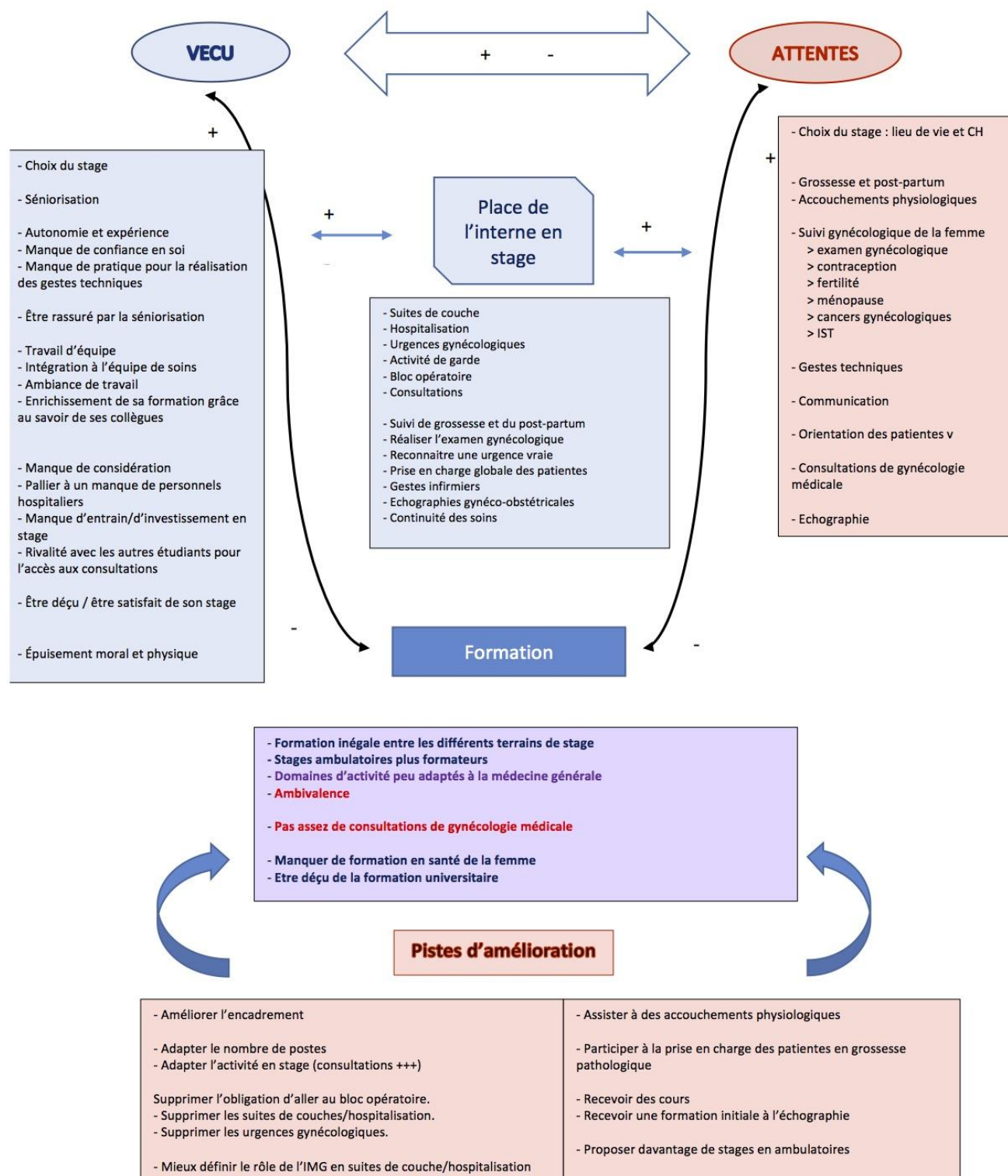


Schéma 1 : Vécu et attentes des internes de médecine générale concernant leur(s) stage(s) en santé de la femme et impact sur leur formation.

Relations positives (+) et négatives (-) pouvant impacter sur le vécu/les attentes/la formation en stage de santé de la femme.

Discussion

I. Principaux résultats

Globalement, les avis des internes de médecine générale concernant le stage en santé de la femme sont relativement mitigés. Certains d'entre eux l'ont apprécié, ce qui les a surpris, tandis que d'autres le regrettent.

L'encadrement des étudiants est en partie responsable de cette constatation. Les internes ayant été satisfaits de leur séniorisation ont mieux vécu leur stage en santé de la femme. D'autre part, certains internes interrogés manquaient de confiance en eux et ne se sentaient pas à l'aise avec leur prise en charge. Ils se sentaient rassurés dès lors qu'ils pouvaient solliciter leurs chefs afin de valider leurs prises en charge. Les étudiants apprennent à se connaître et discerner leurs limites pour pouvoir s'améliorer, cela leur permet d'identifier leurs forces mais également leurs lacunes qu'ils ne peuvent qu'améliorer.

La formation à la santé de la femme semblait assez différente entre les différents terrains de stage. Les internes de médecine générale de Lille ont différents rôles en fonction de leur lieu d'affectation. Dans les centres hospitaliers, ils ont une activité de soins principalement accès sur les suites de couches ou dans le service des « grossesses pathologiques », ainsi qu'une activité de soins aux urgences gynécologiques. La réalisation des gardes ou le rôle d'aide opératoire ne sont pas toujours obligatoires puisque cela dépend des terrains de stage. Ils peuvent aussi participer aux consultations de santé de la femme (gynécologie médicale, gynécologie obstétrique ou de chirurgie) où là encore leur présence n'est pas toujours imposée. En centre de planification, les internes effectuent principalement

des consultations et ne réalisent pas de garde. Les étudiants interrogés rapportent avoir acquis de l'expérience mais déplorent n'avoir quasiment pas réalisé de pose ou de retrait de DIU ou d'implants, exception faite des internes ayant réalisé un stage en CPEF. Ce manque de formation était perçu comme un point négatif essentiel. Les étudiants regrettent de n'avoir pas pu participer davantage aux consultations, lieux propices à la réalisation des gestes techniques. Néanmoins, on constate une certaine ambivalence dans leur propos puisque lorsque le stage leur permettait d'assister à des consultations, certains d'entre eux préféraient rentrer plus tôt chez eux que de s'y rendre.

La formation s'est parfois faite en autonomisation progressive. Cela faisait écho au stage de N1 ou de SASPAS. Les internes qui ont pu bénéficié de ce mode d'apprentissage l'ont fortement apprécié.

Les relations entre les différents membres de l'équipe médicale étaient également disparates en fonction des terrains des stages. Cependant, les internes de médecine générale reconnaissent que les sages-femmes ainsi que les internes de gynécologie-obstétrique et de gynécologie-médicale étaient une aide précieuse pour eux. Ils ont beaucoup appris d'eux pour leur formation à la santé de la femme. Néanmoins, il est arrivé, pour certains étudiants, que leurs relations, notamment avec les sages-femmes, soient complexes et qu'ils ne se sentent pas suffisamment intégrés dans l'équipe de soin. Cela avait un impact sur leur moral, parfois important, entraînant un manque considérable de motivation pendant leur stage.

Les internes avaient le sentiment que leur formation n'était pas prioritaire pendant leur stage de santé de la femme. Ils se sentaient, parfois, "utilisés" afin de pallier un manque de personnel hospitalier. Bien que, la plupart d'entre eux, acceptaient avec résignation cette disposition et aidaient le service pour des actes

ne se rapportant pas à leur formation personnelle, ils regrettaient que les choses ne soient pas différentes. Certains d'entre eux aimeraient que la formation à la santé de la femme évoluent et soient plus adaptés à la formation des internes de médecine générale. Cette question de recherche est abordée par mon cochercheur (M.V.) dans son travail de thèse.

II. Comparaison à la littérature

Dans cette étude, il y a quasiment autant de participants masculins, qui sont au nombre de 5, que de participants féminins, qui sont 6. Les personnes de sexe masculin semblent se sentir autant concernées par la santé de la femme que les personnes de sexe féminin. Les études réalisées en 2021 à Lille par C. Boquet (9) et A. Dubray (25) montraient d'ailleurs une prépondérance de participants masculins contrairement à l'étude réalisée en 2023 à Lille par H. Dequiedt-Penkalla en 2023 (26) qui avait un profil de répondants nettement féminin.

Le bien-être des internes, au cours de leur stage en santé de la femme, passe par un encadrement satisfaisant. Certains d'entre eux ne se sentaient pas assez séniorisés. Dans leur ouvrage, M.-C. Audétat et S. Laurin (27) déclarent que "la supervision est un excellent moyen de soutenir l'apprentissage du raisonnement clinique" mais que "le manque de temps est au cœur des obstacles à une supervision efficace".

Les internes interrogés dans cette étude ont à cœur de se former dans le domaine de la santé de la femme. Cependant, à l'issue de ce travail de recherche, il est mis en évidence que la formation diffère entre les terrains de stage. Cette disparité est également soulignée par Angot dans sa thèse (17). Tout comme dans ce travail de recherche, les internes interrogés estiment que les stages de santé de

la femme en centre hospitalier ne sont pas adaptés à la formation de médecin généraliste. Ils déclarent participer à des domaines d'activité peu adaptés à la médecine générale, avec notamment la réalisation des échographies et la participation au bloc obstétrical, comme le montrent également les études de France Daillencourt (19) et Nathalie Deseille (28). Les internes de médecine générale de Lille interrogés dans cette étude estiment que l'activité aux urgences n'est pas représentative de celle au cabinet de ville. Cette pratique trop « axée » sur les urgences gynécologiques est également mentionnée dans le travail de Mathias Jules-Clément (29).

Néanmoins, il en ressortait une certaine ambivalence des internes de médecine générale concernant l'utilité du stage aux urgences gynécologique et en hospitalisation, ceux-ci jugeant tout de même ces deux pans d'activité nécessaires pour leur formation. L'intérêt de réaliser quelques jours aux urgences et en hospitalisation était également soulevé par France Daillencourt (19) dans son travail.

Certains ont le sentiment que leur formation n'est pas prioritaire voire même qu'ils doivent, parfois, se substituer au manque de personnel hospitalier. Ces grandes idées sont également évoquées par des urgentistes et des internes dans une étude réalisée à Bordeaux en 2015 (30), où une autonomisation rapide était associée à un faible encadrement ainsi qu'au sentiment de combler un manque de médecins urgentistes.

Les internes font face à un manque de confiance en soi. L'incertitude diagnostique est responsable de doutes qui peuvent être envahissants et interférer avec leur bien-être en stage. Tout comme l'explique dans leur ouvrage J.-P. Famose et F. Guérin (31), la confiance en soi est un terme utilisé en permanence, de même que la motivation dont elle constitue l'un des déterminants principaux. Une étude

réalisée à Amiens en 2020 (32) montrait que l'incertitude diagnostique pouvait être stimulante pour certains mais également responsable d'un sentiment d'angoisse voire d'échec pour d'autres. Cette tolérance a tendance à augmenter avec l'expérience.

Bien qu'ils ressortent de leur stage emplis de connaissances en santé de la femme, il existe un manque de formation pratique pour la réalisation des gestes techniques. Ces résultats sont également retrouvés dans l'étude de H. Penkalla (26) qui montre que les jeunes médecins généralistes ont globalement confiance en eux sauf en ce qui concerne la pose de DIU ou d'implants. D'ailleurs, si l'on se base sur une étude antérieure (25) seulement 11,7% des médecins généralistes effectuaient des poses ou de retraits d'implants/stérilets en 2021. De plus, les internes interrogés regrettaient de ne pas avoir participé à davantage de consultations, celles-ci étant jugées formatrices et adaptées à la médecine générale, comme le montraient également France Daillencourt (19), Angot (17) et Nathalie Deseille (28).

Les internes insistent à plusieurs reprises sur le soutien qu'ils ont pu obtenir auprès des sages-femmes. Ils enrichissent leurs connaissances grâce à elles. En 2019, en Midi-Pyrénées (33), une étude a montré qu'après un stage auprès d'une sage-femme, les internes de médecine générale se sentaient plus à l'aise dans la majorité des domaines de la santé de la femme.

Dans cette étude, certains internes semblent déçus de la formation proposée par la faculté de médecine de Lille, comme c'est le cas pour les internes de médecine générale de Paris 7 d'après le travail de Mathias Jules-Clément (29) où 12% des participants ont éprouvé des difficultés à se former dans le domaine de la santé de la femme à cause de l'enseignement universitaire selon eux.

III. Les points forts et limites de l'étude

A. Les points forts

Il s'agit de la première étude qualitative concernant le vécu des stages en santé de la femme à Lille par les internes de médecine générale selon une méthode utilisant l'analyse inductive générale.

L'approche qualitative s'est faite par entretiens individuels qui a permis, au mieux, d'analyser les sentiments des participants et des mécanismes d'adaptation mis en place face à un phénomène. Une grille d'entretien COREQ-32 (annexe 6) a été utilisée comme support de recherche afin de réduire les biais d'investigation.

La plupart des entretiens ont été réalisés par visioconférence, selon la volonté des participants. Cela leur permettait de choisir un environnement apaisant et de réunir des conditions propices au bon déroulement de l'entrevue. Durant celle-ci, il n'y avait que le participant et le chercheur, permettant de mettre en place un climat de confiance.

Un canevas d'entretien a été établi initialement et utilisé par les deux chercheurs afin d'explorer un maximum de domaines intéressant leur travail de recherche. Ce guide a évolué au fur et à mesure de l'étude. Il était constitué de questions ouvertes permettant au participant de laisser libre court à sa pensée et sa parole.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone ou d'un smartphone permettant une retranscription fidèle des propos et une analyse optimale. Ils étaient relativement longs avec une médiane de 39 minutes et 19 secondes et une moyenne de 41 minutes. De plus, les chercheurs ont également pris des notes durant les entretiens ce qui a permis d'étayer leurs observations et d'identifier les comportements physiques et émotions des participants.

Le seuil de saturation a été défini par les deux investigateurs et n'a pas été discuté. Les thèmes ont pu être identifiés suite à l'analyse des données.

La triangulation des données a permis de limiter l'analyse subjective des entretiens.

B. Les limites

Les investigateurs ont dû se former seuls à la réalisation des entretiens. Des entretiens tests ont été réalisés initialement afin de s'expérimenter et de pouvoir diriger au mieux les discussions de cette étude.

Il existe un biais de mémorisation liés au délai entre la réalisation du stage en santé de la femme et l'entretien. Ce biais était limité par le fait que le plupart des internes venait tout juste de finir leur stage de santé de la femme ou leur internat.

La participation se faisait sur la base du volontariat et du recrutement de "proche en proche", ce qui a pu induire un biais de sélection. Les personnes ayant décidé de participer à l'étude pouvaient se sentir plus concernés par le sujet en raison d'expériences marquantes durant leur stage de santé de la femme.

La plupart des internes ayant été interrogés ont réalisé leur stage en milieu hospitalier, car les postes en secteur hospitalier sont beaucoup plus représentés en santé de la femme. Néanmoins, deux d'entre eux ont eu l'opportunité de réaliser un stage en CPEF.

IV. Perspectives

Suite à cette étude, il serait intéressant de réaliser une étude quantitative s'inspirant des grandes idées de ce travail de thèse en interrogeant un échantillon plus conséquent d'internes de médecine générale et ainsi confirmer ces résultats.

Il pourrait être judicieux de comparer les pratiques de santé de la femme des internes de Lille avec celles d'étudiants d'autres facultés de médecine de France. Cela pourrait permettre de modifier certaines habitudes en vue d'améliorer la formation à Lille.

Dans ce qui ressort des entretiens, certains internes auraient apprécié avoir une formation initiale à la santé de la femme avant ou au début de leur stage, avec notamment une formation à la réalisation des échographies gynécologiques. Une étude pourrait s'intéresser à la mise en place de cette formation qui pourrait être réalisée par les terrains de stage. Elle pourrait également se dérouler au centre PRÉSAGE, comme elle l'est déjà faite, mais il semblerait intéressant que celle-ci soit mise en place au moment où les étudiants débutent leur stage en santé de la femme.

Pour permettre aux internes de découvrir une pratique ambulatoire de la santé de la femme, des stages en CPEF existent mais restent peu nombreux. Les sages-femmes réalisant elles-mêmes des suivis gynécologiques, des terrains de stage auprès de certaines d'entre elles pourraient être mis en place à dispositions des étudiants de médecine générale. De même que, pourraient être mis en place des stages auprès de gynécologues médicaux ou de médecins généralistes titulaires d'un DU de santé de la femme exerçant en secteur ambulatoire. Suite à l'arrêté du 3 août 2023 (34), les stages de santé de la femme, qui se déroulaient initialement sur 6 mois, vont finalement fusionner avec le stage de santé de l'enfant et ne dureront plus de 3 mois. Cela signifie que la formation des internes de médecine générale devra être la plus optimale possible afin d'adapter leurs pratiques vers la gynécologie médicale et non pas obstétricale comme ce qu'il semble en ressortir des entretiens réalisés dans cette étude.

Afin de faciliter l'intégration des internes au sein de l'équipe de soin, une présentation du service et des différents intervenants pourrait être systématiquement mise en place, comme elle l'est déjà dans certains terrains de stage. Cela permettrait aux étudiants de se familiariser avec la structure, les différents intervenants et la coordination des soins.

Conclusion

La démographie médicale évoluant vers un manque progressif de gynécologues médicaux, il semble primordial que les jeunes étudiants en médecine générale soient formés au mieux afin de répondre aux demandes de leur patientèle en terme de santé de la femme.

Le vécu du stage en santé de la femme par les internes de médecine générale de Lille est partagé. Ceci dépend du degré d'autonomie accordé aux internes mais également de la formation initiale proposée. Les étudiants n'ont pas confiance en eux et ne se sentent pas légitimes de leur décision au cours de leur stage. Néanmoins, la pratique répétée a tendance à diminuer leur anxiété et instaurer une confiance en soi. Même si le manque de séniorisation était parfois difficilement vécu par les étudiants, la plupart d'entre eux avait la possibilité de contacter leur supérieur en cas de besoin.

Les internes regrettent de ne pas avoir participé davantage aux consultations de gynécologie médicale. Mais il semble qu'ils soient parfois ambivalents dans leurs attentes puisque même lorsque les stages leur proposent de participer aux consultations sans obligation, ils préfèrent finir plus tôt leurs journées que de s'y rendre. De la même façon, ils étaient également ambivalents concernant l'utilité de faire un stage aux urgences et en hospitalisation, puisqu'ils jugeaient ces deux pans d'activité tout de même nécessaires à leur formation.

L'intégration dans les équipes de soin n'était pas toujours évidente pour eux, cela dépendait des terrains de stage et de l'ambiance globale du service. Les internes ont, également, le sentiment de devoir pallier un manque de personnel

hospitalier au sein des services de gynécologie-obstétrique et que leur formation à la santé de la femme passe au second plan.

Néanmoins, ils reconnaissent avoir progressé dans le domaine de la santé de la femme et se sentent à l'aise pour prendre en charge les pathologies les plus couramment rencontrées en médecine générale. Cependant, un manque de formation à la réalisation de gestes techniques reste tout de même prépondérant et est également rapporté dans d'autres études.

Des perspectives sont possibles afin d'améliorer les stages de santé de la femme pour les internes de médecine générale de Lille. Une étude quantitative complémentaire pourrait être réalisée afin de confirmer ou d'infirmer ces résultats sur un plus large échantillon d'internes. Une formation initiale à la santé de la femme et à la réalisation de gestes techniques, incluant les échographies gynécologiques, pourrait se voir mise en place. De plus, il semblerait intéressant pour les étudiants que les stages ambulatoires en santé de la femme soient plus représentés. Une présentation du service et des internes pourrait faciliter leur intégration dans l'équipe soignante.

La place des internes de médecine générale au sein des stages en santé de la femme doit être repensée afin qu'ils se forment de façon adéquat à leur futur exercice. La transmission des résultats de cette étude aux différents responsables pédagogiques aura pour but de faire évoluer les stages de santé de la femme vers une pratique ambulatoire afin d'offrir des stages adaptés à la médecine générale.

Références bibliographiques

1. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
2. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
3. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 15 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
4. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le>
5. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005;17(1):109-19.
6. Fantino B, Fantino F, Dumont C, Nitenberg C, Delolme H. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. Santé Publique. 2004;16(3):551-62.
7. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.
8. Burnay J. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale: étude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme.
9. Bocquet C. Pratique des gestes techniques gynécologiques des médecins généralistes en cabinet et ressenti des patientes concernant leur suivi gynécologique : étude quantitative dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet]. Université de Lille; 2021 [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-33231>
10. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Prat Organ Soins. 2012;43(4):261-8.
11. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 15 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881>

12. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
13. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
14. Bah S. Évaluation de la formation à la gynécologie et à la pédiatrie en ambulatoire à Paris-Diderot de 2010 à 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016.
15. Delvallé J. Être interne, devenir médecin: le vécu de l'internat de médecine générale à Lille [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
16. Favez G. Vécu de l'interne en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés (SASPAS) en Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2017.
17. Angot O. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création: enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2009.
18. Bidault F, Leveque J, Broux PL, Grall JY, Honnorat C. Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennaise. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):74-80.
19. Daillencourt F, Banâtre A. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie ? France; 2018.
20. Robin E. Formation pratique des internes de médecine générale de la faculté de Marseille en stage de gynécologie [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018 [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02093751>
21. 60-1_EXERCER106_SUPPL2_ss_coupe.pdf.
22. objectifs_gynecologie_obstetrique.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2023]. Disponible sur: https://medecine.univ-lille.fr/filemedecine/user_upload/faculte/departements/medecine-generale/stages/objectifs_gynecologie_obstetrique.pdf
23. Coudié CT. État des lieux de la formation en santé de la femme des internes de Médecine Générale de Clermont-Ferrand (2019-2020). 2022;
24. Recherche en santé et formalités réglementaires 2020 [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://enquetes-partenaires.univ-rennes.fr/index.php/17674>
25. Drubay A. Les pratiques gynécologiques en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais en 2020 [Internet]. Université de Lille; 2021 [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-33497>
26. Penkalla H. Auto-évaluation de la confiance en soi et de l'importance accordées aux compétences gynécologiques chez les jeunes médecins généralistes issus de l'ECN

- 2017 et 2018 à Lille [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2023 [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-37549>
27. Audétat MC, Laurin S. Chapitre 4. Superviser l'apprentissage du raisonnement clinique. In: Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2018 [cité 10 août 2023]. p. 111-28. (Guides pratiques). Disponible sur: <https://www.cairn.info/comment-mieux-superviser-les-etudiants-en-sciences--9782807307223-p-111.htm>
28. Deseille N. La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration. 19 oct 2017;103.
29. LA FORMATION GYNÉCOLOGIQUE AU COURS DU D.E.S. DE MÉDECINE GÉNÉRALE ÉTUDE SUR LA FACULTÉ PARIS DIDEROT - Jules-Clément [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3647_JULES-CLEMENT.pdf
30. Viard T. Séniorisation aux urgences, autonomisation des internes et juste distance d'encadrement: enquête auprès des internes et des urgentistes d'Aquitaine. 2015;
31. Famose JP, Guérin F. Chapitre 5. Confiance en soi, auto-efficacité, et concept de soi. In: La connaissance de soi [Internet]. Paris: Armand Colin; 2002 [cité 10 août 2023]. p. 151-75. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-connaissance-de-soi--9782200262808-p-151.htm>
32. fichier_these_s_druenne-redisec8d5.pdf [Internet]. [cité 9 août 2023]. Disponible sur: https://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/1479/fichier_these_s_druenne-redisec8d5.pdf
33. Bredontiot A, Volle-Couderc L. Evaluation de l'impact d'un stage auprès d'une sage-femme sur le ressenti des internes de Midi-Pyrénées lors d'une consultation en santé de la femme [Internet]. Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil (....-2017, France; 2019 [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2574/>
34. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Annexes

Annexe 1 : attestation accordée par la CNIL



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Vécu des stages en santé de la femme par les internes de médecine générale de Lille.
Référence Registre DPO : 2022-177
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Laura VANDERBECQ

Fait à Lille,

Le 6 Octobre 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : canevas d'entretien

1/ Où as-tu réalisé ton/tes stage(s) de santé de la femme ?

2/ Raconte moi ton stage en santé de la femme :

Relances :

- type d'activité (consultation, hospitalisation, urgences)
- gestes
- encadrement (sage-femme, gynécologue)

Ton ressenti ? Tes attentes avant/pendant/après ?

3/ Quels sont tes avis sur le stage de santé de la femme que tu viens d'effectuer ?

4/ Quels sont les points à améliorer pour que les stages de santé de la femme soient plus adaptés à notre spécialité de médecine générale ?

5/ Quelles étaient tes connaissances théoriques/pratiques avant ton stage en santé de la femme ?

Relances :

- formation (DU)
- stage externat
- réalisation d'actes gynécologiques au N1

6/ Comment envisages-tu la place de la santé de la femme dans ton activité future de médecine générale ?

Annexe 3 : caractéristiques démographiques des internes interrogés

Verbatim	âge	sexe	promotion	Semestre du stage	Lieu du stage	date de l'entretien	durée de l'entretien	Vont-ils faire de la santé de la femme plus tard?
1	27	H	Rabelais	4e et 5e	CH x 2	03/08/22	47min49	oui
2	27	F	Rabelais	4e	CH	18/08/22	48min20	non
3	27	F	Rabelais	4e	CH	09/09/22	23min09	oui
4	27	H	Rabelais	3e	CPEF	25/10/22	22min42	oui
5	27	H	Rabelais	4e et 5e	CH et CPEF	11/11/22	56min49	oui
6	27	F	Rabelais	4e et 5e	CH x 2	23/11/22	53min35	oui
7	26	F	Socrate	3e	CH	27/11/23	39min19	non
8	28	F	Rabelais	3e	CH	02/12/22	51min34	oui
9	27	H	Rabelais	3e	CH	20/02/23	35min47	non
10	28	F	Rabelais	4e	CH x 2	22/02/23	28min24	oui
11	26	H	Socrate	3e	CH	22/02/23	37min53	oui

Annexe 4 : lettre d'information

THESE D'EXERCICE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Bonjour,

je suis Laura Vanderbecq, étudiante en 5^e semestre d'internat de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur le vécu des stages en santé de la femme par les internes de médecine générale de Lille.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la formation des stages en santé de la femme à Lille et les attentes des internes de médecine générale au cours de leurs stages en santé de la femme. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être étudiant en DES de médecine générale à Lille, appartenant à la promotion RABELAIS ou SOCRATE et avoir réalisé au moins un stage en santé de la femme.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacements et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2022-177 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : laura.vanderbecq.etu@univ-lille.fr

Contact :

Mail : laura.vanderbecq.etu@univ-lille.fr

Tél : 06.70.06.63.82

Annexe 5 : extrait d'entretien (entretien 6)

M : OK, globalement , qu'as-tu pensé de ton activité en consultation ?

I : Je sais pas si on peut dire que j'étais satisfaite, parce que je pense que... enfin, on n'en fait pas assez mais c'est déjà bien. Enfin, je pense que là-dessus, ils ont quand même vachement progressé par rapport à... Au semestre d'avant, donc je pense que c'est quand même mieux qu'avant, mais ça mériterait d'être amélioré encore, pour que notre activité de consultation prime sur les urgences et prime sur les suites de couches. Et même, enfin, je pense que ce qui serait même sympa à partir d'un certain moment dans le stage, c'est que nous, en tant qu'interne de med gé, c'est qu'on fasse des consultations de gynéco-méd, des consultations de contraception... qu'ils nous laissent un peu la main et qu'on ait quelques consults à faire à la fin de stage, voir comment on se débrouille. Mais bon je sais pas si c'est possible, mais je sais que j'ai des potes qui sont à (...), elles ont ça et je trouve ça génial parce que là, tu te formes vraiment.

M : Qu'est ce que tu penses des consultations d'allaitement ?

I : Alors je devais le faire, mais j'ai pas pu le faire.

M : Pour revenir à un petit peu à l'activité aux urgences, je voulais savoir comment se passait l'encadrement ? Comment se passait la communication avec le chef ?

I : Alors ben par téléphone, c'est à dire qu'on est vraiment tout seul aux urgences avec les sages-femmes très présentes et très aidantes aux urgences comme elles pouvaient parce que souvent, elles étaient débordées de boulot, les pauvres, elles prenaient trop cher. Elles aussi, elles étaient en contacts par téléphone avec le gynéco-obs, qui se déplaçait dès qu'il avait besoin et nous pareil aussi, dès qu'on avait besoin, on appelait le gynéco-obs ou l'interne de gynéco vieux semestre s'il était dans le coin... avant de déranger le chef. Et par contre tous les soirs que ça soit à (...) ou a (...), en fait, on mettait nos dossiers dans une bannette la journée, et tous les soirs, on prend tous les dossiers et il valide avec nous, comme ça, s'il y a besoin de rappeler une patiente... tous les soirs, c'est revu. Et y a, normalement, aucune patiente dont son dossier a été vu uniquement par un interne de médecine générale sans être validé par un chef... elle, si elle est déjà sorti de l'hôpital, mais au moins le soir, le dossier il est vu... tous les jours, et quitte à refaire une conduite, à rappeler la patiente le lendemain des choses comme ça.

M : Et globalement, comment tu as vécu le fait que tu n'aies pas forcément un chef avec toi physiquement ?

I : ah bah stressée, mais plein de fois, parce que quand t'es tout seul avec la patiente, et que t'as son écho et tu vois un truc, t'es là, putain, si ça se trouve c'est une grossesse extra-utérine, je sais pas, il faut rester serein devant la patiente... parce que... On n'est jamais sûr de nous parce qu'on n'a pas l'habitude de pratiquer cette médecine et du coup bon bah du coup t'es un petit peu gêné, la patiente, elle est hyper stressée, elle est en larmes parce qu'elle a peur de ce qu'on va lui annoncer et donc faut un peu baragouiner les choses en disant « Bon bah faut que je valide auprès de mon chef, je vais lui demander de venir parce que je suis pas sûre de ce que je vois à l'échographie. - Allez, vous voyez quoi ? » (rire) Donc c'est un petit peu... Faut avoir beaucoup de tact avec la patiente pour la laisser patienter le temps que le chef vienne valider et... du coup quand il peut pas venir tout de suite, c'est ce qui arrive tout le temps, bah... t'es un peu emmerdé quoi, bon, t'attends, et puis de toute façon, vu qu'il y a qu'une salle de consult, tu peux pas voir une autre patiente en attendant donc tu la laisses toute seule dans sa salle... T'attends, t'attends, t'attends... Et

puis bah dès que le chef arrive, c'est le Dieu qui arrive (rire), lui, il va pouvoir m'aider. Et puis voilà. Mais ouais, en fait, y a aussi ça qui est chiant, c'est que pendant qu'on attend et en plus qu'un patient attend, on peut même pas avancer dans le... dans toutes les patientes qu'il y a à voir parce que y a souvent qu'une salle de consult avec un appareil adapté, un fauteuil adapté pour examiner une dame.

M : Et les chefs répondaient facilement présents quand tu avais besoin d'eux ?

I : Ils répondaient au téléphone. Mais il pouvait te dire « Bah la je suis pas dispo, vois avec Untel » ça arrivait souvent ou me dire « bah là je viendrai que dans 1h » et Ben Super.

M : Quand tu dis « untel », de qui parlait-il ?

I : ça pouvait être avec un... Les docteurs juniors de gynéco par exemple, ou un autre médecin qui était en suites de couches, par exemple, voir s'il pouvait se déplacer... Après, ils peuvent pas se déplacer tout de suite, donc à ce moment t'as pas de réponse, mais à la fin, il y a toujours quelqu'un qui est là.

M : Et ça du coup, tu l'as vécu comment cette séniorisation ?

I : c'est stressant, c'est stressant parce que... C'est stressant pour nous, c'est stressant pour la patiente. En plus, bah tu t'imaginais à la place de la patiente. C'est hyper stressant de pas savoir ce qui se passe... son bébé... si c'est une grossesse intra-utérine ou pas... si tout va bien... enfin, tu te mets à la place de la patiente, parce que les minutes elles sont longues quoi... enfin... Donc, et puis même, on se met à la place de la patiente dans le sens où « attends la personne qui m'examine, en fait, elle est pas au taquet sur les prises en charges gynéco » donc... on fait du mieux qu'on peut mais du coup c'est toujours un peu... c'est jamais... les prises en charge pour moi, elles sont pas optimales pour la patiente.... Dans le sens où elle attend beaucoup, il y a beaucoup d'indécisions au début et toujours attendre le chef pour valider de toute façon donc... c'est embarrassant et stressant en fait, mais après c'est surtout au début, après une fois qu'on a pris le pli et qu'on améliore nos connaissances au fur et à mesure des jours et ça se passe beaucoup mieux mais... on n'est pas serein quoi. (rire)

M : Que peux-tu me dire peu de l'ambiance de travail avec les sages-femmes, les autres étudiants ?

I : Ben l'ambiance avec les sages femmes... comme je te disais à (...), en suite de couches, c'était un peu cata, moi j'avais vraiment beaucoup de mal. Elles étaient vraiment pas agréables. Pareil en suite de couches à (...)... enfin, sauf quelques-unes hein... Mais aux urgences à (...), il y en avait des super géniales et hyper sympas avec qui on rigolait bien et à (...), j'ai eu beaucoup moins d'affinités mais ça se passait bien. Avec les chefs, pareil à (...), je trouvais que c'était très distant, tu sentais vraiment qu'il y avait un... Ah, comment dire ? Que c'était notre supérieur et que nous, on n'était des pauvres merdes de med gé quoi (rire) alors qu'à (...), ils nous incluait vachement dans les prises en charge. On devait venir le matin pour faire les transmissions avec les chefs du jour, pour discuter des dossiers, ils nous incluait beaucoup plus dans les prises en charge, et on se sentait vachement plus considéré quand même dans ce stage qu'à (...). Donc ça créé forcément une meilleure ambiance, même à la fin du stage à (...), il y a eu un pot avec les chefs de gynéco, alors qu'entre temps on était passé en pédiatrie hein... mais y a quand même eu un truc à la fin du stage avec eux, alors qu'à (...), mais jamais de la vie, il y aurait eu ça quoi (rire). C'était très différent. Après avec les internes de spé, bah pareil hein, ça dépend à chaque fois un peu des personnes, y en a avec qui tu t'entends bien et d'autres qui te prennent pour une merde. Et voilà. C'était peut-être aussi parce que c'était mon premier stage de gynéco,

j'étais peut-être pas très à l'aise, ça joue aussi je pense. Qu'à (...), j'avais déjà pas mal pratiqué donc... Du coup t'arrives plus à peut-être discuter des dossiers, à être détendu en stage parce que t'es plus à l'aise du coup, tu... voilà, je sais pas. (...), y avait vraiment une meilleure ambiance qu'à (...), vraiment plus... que ce soit avec les chefs, les internes... Il y avait un interne de gynéco-obs docteur junior qui était même pas docteur junior encore d'ailleurs, qui avait été mon chef à (...), parce qu'il faisait des remplas de chefs et du coup, bah il se prenait pour un chef à (...) alors qu'il était interne, il faisait le même nombre de gardes que moi, et il se prenait pour un ouf et voilà quoi (rire). Les internes de gynéco-med par contre, toujours une super entente avec.

M : Et avec tes co-internes de médecine générale ?

I : Là c'est pareil hein ça dépend toujours des gens (rire). Il y a toujours des gens avec qui on s'entend moins bien et des gens avec qui on s'entend très bien. Mais il n'y a jamais de querelles ou de choses comme ça.

M : Et du coup, globalement, sur le plan relationnel pendant ton stage qu'en dirais-tu ?

I : (...) pas top à (...) c'était vraiment bien. Même mon stage de pédiatrie ça s'est pas très bien passé avec certains internes donc... On n'était vraiment pas réglo et du coup, y avait toute une ambiance très lourde pendant tout ce stage. Et à (...), franchement, c'était chouette.

M : Quelles étaient tes attentes avant de débiter le stage ?

I : J'espérais être mieux formée en... Sur les contraceptifs. Les prises en charge qu'on peut avoir en gynéco de ville quoi. Ça, c'était vraiment un truc que j'espérais beaucoup mais du coup... en plus, j'aime beaucoup la gynéco et donc là donc je fais les remplacements, ben je me dis que je vais faire peut-être devoir faire le DU de gynéco pour pouvoir me former là-dessus, parce que c'est vraiment... ça me manque beaucoup quoi. Enfin, on sait pas répondre à nos patientes alors qu'on a fini notre internat quoi donc... là je suis même en train de me demander si j'allais pas faire le DU de gynéco pour me former parce que pour moi, c'est vraiment un manque dans ma pratique quoi.

M : Et donc du coup tu dirais que tes attentes, elles ont été réalisées ou pas trop ?

I : Et du coup non. Franchement non, parce que, pour moi, je sais toujours pas gérer de la contraception en médecine générale, donc pour moi j'ai pas acquis les compétences que j'aurais aimées.

Annexe 6 : grille COREQ-32

Extrait de : Tong A, Sainsbury P, Crag J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
1	Enquêtrices	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Marie VIGREUX Laura VANDERBECQ
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Troisième cycle des études médicales réalisé en médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne de médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femmes
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui (certains)
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Internes de médecine générale
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Aucun conflit d'intérêt

Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse générale inductive

Sélection des participants :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
--------	------	-------------------------------	---------

10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Volontariat
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Réseaux sociaux
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	0 personne

Contexte :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Domicile de l'interrogé, via appel visio
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non, les internes interrogés et les investigatrices étaient seuls
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	cf tableau récapitulatif dans la section « Résultats »

Recueil des données :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien non fourni mais chaque question était énoncée. Guide d'entretien testé par 2 entretiens tests
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, chaque entretien n'était réalisé qu'une fois
19	Enregistrement audiovisuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Utilisation d'un enregistrement audio après accord du participant
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, afin de rebondir sur les réponses des participants
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 22 minutes 42 secondes et 56 minutes 49 secondes, pour une médiane de 39 minutes 19

			secondes et une moyenne de 41 minutes.
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Obtenu après 9 entretiens. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour le confirmer
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non, par manque de temps et non demande des participants

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'investigatrice et sa co-chercheuse.
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes étaient déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Excel®
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non, les résultats n'ont pas été envoyés mais le manuscrit final leur sera envoyé par mail car ils émettaient ce souhait.

Rédaction :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation des verbatims
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données	Oui

		présentées et les résultats ?	
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 7 : extrait du journal de bord

Mai 2021 à juillet 2021 : Je suis à la recherche d'un sujet de thèse. Dernièrement, je m'intéresse beaucoup à ce qui touche à la santé de la femme et notamment la santé sexuelle des femmes. Je m'informe et constate que peu de thèses ont été réalisées sur ce sujet. J'entrevois un sujet de thèse au cours duquel j'aurais dans l'optique d'interroger des patientes sur leur notion de ce qu'est une sexualité "normale" afin d'évaluer leur niveau de connaissances et leurs représentations de la sexualité.

Septembre 2021 : les premiers cours de la faculté reprennent et je décide de rechercher un directeur de thèse pour mon sujet concernant la santé sexuelle des femmes. A la fin d'un cours, je vais voir l'intervenante pour lui parler de mon projet et très vite, elle m'explique que cela risque d'être compliqué notamment en ce qui concerne les autorisations, que je risque de mettre beaucoup de temps avant de les avoir, au risque de ne jamais les obtenir... Ça me décourage un peu et abandonne cette idée, à contre-cœur...

Novembre - décembre 2021 : Je débute mon stage de santé de la femme. Je l'attends avec beaucoup d'espoir car j'ai à souhait de me former au mieux à la gynécologie et notamment, en ce qui concerne la gynécologie médicale (contraception, ménopause, troubles de la sexualité...). Je déçante vite et me rend compte que le stage n'est pas vraiment adapté à la médecine générale... De plus, c'est la première fois de mes études que je ne me sens pas à l'aise en stage, je ne me sens pas à ma place et j'ai parfois l'impression d'être "de trop"... Dès le premier jour, on me demande de réaliser des échographies gynécologiques alors que je n'ai jamais touché un échographe de ma vie !

Au bout de quelques semaines, alors que j'essaie de faire au mieux pour répondre aux demandes du service et des chefs, tout en expliquant les limites de ma spécialité, j'entre en altercation avec une interne de gynécologie-obstétrique qui estime que mon rôle est de faire les échographies gynécologiques. Déjà que je ne me sentais pas complètement intégrée, c'est une douche froide de plus... Pour autant, je continue d'aller en stage tout en essayant d'apprendre le maximum de choses utiles pour ma pratique future. Mais je m'interroge sur la place des internes de médecine générale dans les stages de santé de la femme. Je discute avec mes co-internes et mes amis pour connaître leur ressenti vis à vis de leur stage, pour savoir si je me trompe ou si nous sommes plusieurs à partager ce sentiment...

Je me dis qu'il serait intéressant de faire une étude là-dessus mais je me dis aussi que si une thèse était réalisée là-dessus, elle ne serait peut-être pas forcément la bienvenue... Donc je garde ça dans un coin de ma tête mais n'y porte pas plus attention.

6 janvier 2022 : Je participe au cours organisé par la fac intitulé "poser une question de recherche". On nous apprend à rechercher un sujet de thèse. En discutant, je demande à l'intervenant si je pourrais éventuellement réaliser une thèse sur les stages de santé de la femme et notamment la place des internes de médecine générale. Il acquiesce de manière très franche en m'expliquant que ce sujet est tout à fait recevable et même pertinent car aucune évaluation n'a été réalisée à Lille là-dessus. Ça me donne un regain d'énergie et de motivation et je décide de me mettre en quête d'un directeur de thèse.

L'après-midi même, j'ai cours de GEP avec Dr. Yannick CAREMELLE, qui nous donne cours depuis maintenant 1 an. À la fin du cours, je vais le voir et lui demande s'il serait intéressé

pour être directeur de thèse. Je lui expose mon sujet et il accepte immédiatement de me diriger. Ça y est, l'aventure commence !

7 février 2022 : première réunion en visio avec Yannick. Je lui expose mes premières recherches et lui propose de réaliser une étude qualitative au travers d'entretiens individuels auprès d'internes de médecine générale. Il m'explique qu'il a entendu dire qu'une thèse similaire était en cours et serait dirigée par Dr. Anita TILLY. Il serait intéressant que nous nous rencontrions (Yannick, Anita, son étudiante et moi) afin de discuter de ce sujet. Yannick me conseille de mettre par écrit mon vécu du stage de santé de la femme afin de faire un point et de le mettre de côté pour avancer et réaliser cette étude de la façon la plus claire et objective possible.

3 mars 2022 : Nous nous rencontrons enfin, pour la première fois, à la faculté, Yannick, Anita, Marie et moi. Nous discutons de nos sujets. Il ressort que Marie aimerait étudier la formation des internes tandis que moi, je m'intéresserais au vécu des étudiants. Anita nous propose de réaliser une thèse en binôme avec une démarche plutôt qualitative. J'accepte de suite. Initialement, Marie est réticente car elle a déjà réalisé un gros travail de recherche sur une méthode quantitative mais finalement elle accepte et notre collaboration commence ce jour avec Marie. Anita me conseille d'acheter le livre "Initiation à la recherche qualitative en santé" de J.P. Lebeau.

26 mars 2022 : visio avec Marie, on discute ensemble sur la méthode.

31 mars 2022 : rendez vous avec Yannick. Je lui explique où j'en suis dans mes recherches. Nous discutons ensemble de la méthode la plus appropriée pour réaliser ce travail de thèse. Nous nous orientons vers une démarche qualitative. Il me propose plusieurs façons de la réaliser (entretiens individuels, entretiens collectifs), comment sélectionner les participants.

Mars 2022 à Juin 2022 : nous nous mettons en contact avec Marie et discutons ensemble des différentes propositions faites par nos directeurs de thèse et nous mettons d'accord sur une démarche qualitative au travers d'entretiens individuels semi-dirigés. En parallèle je continue mes recherches afin de rédiger ma fiche de thèse.

Je commande le livre recommandé par Anita et commence à le lire.

Marie m'explique qu'elle a débuté les entretiens tests sur le stage aux urgences adultes. Elle m'explique que les entretiens doivent durer assez longtemps, qu'il faut rebondir sur le ressenti et les attentes des internes ainsi que prendre des notes.

AUTEUR(E) : Nom : VANDERBECQ**Prénom :** Laura**Date de soutenance :** 12 octobre 2023**Titre de la thèse :** Vécu des stages en santé de la femme par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Lille**Thèse - Médecine - Lille 2023****Cadre de classement :** *Médecine générale***DES + FST/option :** *Médecine générale***Mots-clés :** internes de médecine générale - santé de la femme - stage - vécu

Résumé : **Introduction :** Face à une démographie médicale diminuant progressivement, les jeunes médecins doivent être formés aux mieux afin de répondre aux problèmes de santé de la femme dans leur pratique. Plusieurs études montrent que les médecins généralistes ne s'y sentent pas à l'aise. Le stage de santé de la femme, obligatoire dans le DES de médecine générale, a été mis en place pour former les jeunes internes. Cette étude s'intéresse au vécu des stages en santé de la femme par les internes de médecine générale de Lille. **Matériels et méthodes :** Cette étude qualitative a été réalisée au travers de 11 entretiens individuels compréhensifs parmi des internes ayant effectué au moins un stage en santé de la femme. Ils se sont portés volontaires et appartiennent aux promotions issues des ECN 2019 et 2020 de la faculté de médecine de Lille. Les données ont été interprétées en utilisant la technique de l'analyse inductive générale. **Résultats :** Les avis concernant le stage de santé de la femme étaient mitigés. L'encadrement influait sur l'appréciation du stage puisque les internes ayant été satisfaits de la séniorisation appréciaient leur stage. Le manque de confiance en soi, qui était un frein pour les étudiants qui se sentaient rassurés par cette séniorisation, semblait diminuer à mesure qu'ils acquéraient de l'expérience. La formation à la santé de la femme était inégale selon les terrains de stage. Les internes rapportaient avoir acquis de l'expérience mais déploraient n'avoir quasiment pas réalisé de gestes techniques (poses ou retraits de DIU ou d'implants) notamment dans les stages hospitaliers. Ils regrettent de ne pas avoir participé suffisamment aux consultations de gynécologie médicale. Ils reconnaissent l'intérêt de réaliser quelques jours de stages aux urgences gynécologiques et en hospitalisation. Certains internes décrivaient un manque d'intégration dans les équipes de soins. Les relations avec ces dernières étaient fluctuantes notamment avec les sages-femmes. Néanmoins, les étudiants admettaient avoir beaucoup appris auprès d'elles. Certains étudiants avaient le sentiment que leur formation n'était pas prioritaire et qu'ils devaient pallier un manque de personnel hospitalier. **Conclusion :** Les stages de santé de la femme à Lille sont vécus différemment selon le terrain de stage et la formation proposée par ceux-ci. Il semblerait intéressant de réaliser une étude quantitative afin de confirmer ses résultats ou encore de développer la pratique des gestes de santé de la femme en stage afin de corriger cette carence décrite par les étudiants.

Composition du Jury :**Président :** Professeure Chrystèle RUBOD DIT GUILLET**Assesseurs :** Dr Anita TILLY / Dr David WYTS**Directeur de thèse :** Dr Yannick CAREMELLE