



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mélanie MAIRE-GURY

Le 10 Octobre 2007

**L'ENSEIGNEMENT SUR « LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE
PAR LE MEDECIN GENERALISTE » DANS LE TROISIEME CYCLE
DE MEDECINE GENERALE A LA FACULTE DE MEDECINE DE
NANCY EN 2005/2006 : CONTENU PEDAGOGIQUE ET EVALUATION
PAR LES ETUDIANTS**

Examineurs de la thèse :

M. Philippe JUDLIN	Professeur		Président
M. Jean Louis BOUTROY	Professeur	}	
M. Jean Dominique DE KORWIN	Professeur	}	Juges
M. Francis RAPHAEL	Maître de Conférence	}	
Mme. Marie France GERARD	Docteur en Médecine	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –
Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT – Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET –
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN
Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Nous vous remercions de nous avoir suivie et aidée dans la réalisation de ce passionnant travail, et d'avoir toujours été à l'écoute aux différentes étapes de ce projet.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en présidant cette thèse.

Nous vous assurons de notre plus grand respect.

A notre Maître et Juge

*Monsieur le Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique*

Vous avez accepté avec bienveillance de participer à cette thèse et vous nous avez aidé dans la réalisation de notre projet.

Nous vous prions de trouver dans l'aboutissement de ce travail toute notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Jean Dominique DE KORWIN
Professeur de Médecine Interne

Nous vous remercions de votre participation au jugement de
notre travail.

Nous vous prions de trouver ici notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge

*Monsieur le Docteur Francis RAPHAEL
Médecin généraliste
Maître de Conférence associé en Médecine Générale*

Vous nous avez proposé ce travail sous votre direction et nous vous en remercions.

Vous nous avez guidée dans les différentes étapes de sa rédaction et soutenue dans son avancement.

Vous nous avez réservé un accueil chaleureux avec une disponibilité totale.

Nous vous prions de trouver dans l'aboutissement de cette thèse notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

*Madame le Docteur Marie-France GERARD
Médecin généraliste
Chargé d'enseignement à la faculté de Médecine*

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au jugement de notre travail. Nous souhaitons que celui-ci soit à la hauteur des nombreux conseils que vous nous avez apportés tout au long de notre Résidanat.

Nous vous adressons nos plus chaleureux remerciements.

A mes parents,

Pour vos conseils toujours très justes et votre amour toujours présent. Pour ce jour de Mai 1994 où j'ai lu de l'émerveillement dans tes yeux, papa ; et une fierté effrayée dans les tiens, maman ; à l'annonce de mon désir de devenir médecin. Merci de m'avoir permis de réaliser ces études.

A mon plus fidèle non lecteur,

Qui se reconnaîtra. Avec tout mon amour.

A Victor et Eponine,

Mes deux astres : brillez longtemps...

A ma sœur,

En un mot pour ta présence, toi qui est ma fragilité.

A toute ma famille et ma belle-famille,

Pour tous les bons moments passés ensemble et pour tous ceux à venir.

A Robert, mon grand-père,

Toujours présent à mes côtés, je le sais.

A Sophie,

Toi ma « grande sœur », pour nos fous-rires devant un bol de glace et nos discussions littéraires.

A Corinne et Emmanuelle,

Mes deux piliers de l'amitié, pour tout ce que ces nombreuses années nous ont permis de vivre : les bêtises et les grandes décisions. Je n'ai pas de mot pour vous dire ma gratitude et ma joie de vous connaître.

A tous mes amis,

Pour les soirées festives, les discussions prolongées, les vacances ensoleillées ou enneigées, les rires entremêlés de nos enfants. Pour les moments difficiles aussi. Merci.

Aux Docteurs LESOURD et VAGLIO,

Qui m'ont transmis l'amour de la médecine générale et une certaine philosophie de l'humanisme au cabinet et en dehors. J'espère amener ma pratique au niveau de la vôtre.

A Pascale,

Pour nos tisanes du mercredi.

A toutes les secrétaires des Professeurs et des Docteurs,

Qui m'ont aidée dans les différentes démarches de ce projet. Merci pour votre compétence.

Aux étudiants qui ont répondu à notre questionnaire,

Sans vous, pas de thèse, alors : un grand merci !

SERMENT

"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 sont 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".

TABLE DES MATIERES

PARTIE I : Place de la Gynécologie-Obstétrique dans la consultation du médecin généraliste

A. <u>Evolution démographique :</u>	22
1. Démographie médicale française au 1 ^{er} Janvier 2005	22
2. Démographie médicale en Gynécologie-Obstétrique	27
3. Démographie médicale en médecine générale	29
4. Pratiques professionnelles des jeunes médecins	31
5. Conclusions	33
 B. <u>Données de l'enquête Santé et Protection Sociale :</u>	33
1. Méthode de l'enquête	33
2. Résultats et commentaires concernant la pathologie gynéco-obstétricale	34
 C. <u>Coût engendré par la pathologie gynéco-obstétricale :</u>	37
1. Coût global de la santé en 2005	37
2. La prestation de protection sociale Maternité en 2005	38
3. Les dépenses de soins liées à la pathologie gynéco-obstétricale en 2005	38
 D. <u>Pratique de la Gynécologie-Obstétrique en médecine générale :</u>	39
1. Généralités	39
2. L'Observatoire de médecine générale	40
3. L'Observatoire Thalès	42

PARTIE II : L'enseignement de la Gynécologie-Obstétrique à la Faculté de Médecine de Nancy en 2005/2006 :

A. <u>Premier cycle d'études médicales :</u>	45
1. PCEM 1	45
2. PCEM 2	46
 B. <u>Deuxième cycle d'études médicales :</u>	46
1. DCEM 1	46
2. DCEM 2	47
3. DCEM 3	51
4. DCEM 4	53
5. En conclusion	54

C. <u>Troisième cycle d'études médicales</u> :	55
1. Formation théorique	55
2. Formation pratique	63
D. <u>Les autres formations proposées par la Faculté de Médecine de Nancy</u> :	66
1. Un complément de formation : le DIU en gynécologie et obstétrique	66
2. La semaine médicale de Lorraine	67
E. <u>Le troisième cycle de médecine générale dans les autres facultés de Médecine du Grand Est</u> :	68
1. Strasbourg	68
2. Dijon	68
3. Besançon	69
4. Reims	70
F. <u>L'enseignement post-universitaire</u> :	70
1. AMPPU 54 : Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire	70
2. AMMFC 55 : Association Médicale Meusienne de Formation Continue	71
3. AMMPU 57 : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire	71
4. AMVPPU 88 : Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire	72

PARTIE III : L'enseignement du « Suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste » :

A. <u>Les étudiants</u>	74
B. <u>Les enseignants</u>	74
C. <u>La forme</u>	74
D. <u>Le fond</u> :	74
1. Objectifs pédagogiques	74
2. Objectif a	75
3. Objectif b	76
4. Objectif c	80
5. Objectif d	85
E. <u>Les documents</u>	87
F. <u>L'évaluation</u>	87

PARTIE IV : Résultats de l'enquête menée auprès des étudiants de 3^{ème} cycle :

A. <u>Méthode utilisée</u>	90
B. <u>Description de l'enquête :</u>	90
1. Partie A	90
2. Partie B	90
3. Partie C	91
4. Partie D	91
5. Partie E	91
C. <u>Résultats :</u>	92
1. Partie A : à propos des étudiants	92
2. Partie B : à propos de la formation pratique	94
3. Partie C : à propos de l'enseignement du « Suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste »	99
4. Partie D : à propos des enseignants	105
5. Partie E : en conclusion	106
6. Pour aller plus loin	107
D. <u>Conclusions</u>	110

PARTIE V : Propositions d'avenir

A. <u>Formation pratique</u>	114
B. <u>Forme de l'enseignement</u>	114
C. <u>Contenu de l'enseignement :</u>	115
1. Sujets abordés	115
2. Nouveaux sujets à aborder	115
D. <u>Enseignants</u>	126

CONCLUSION	127
-------------------	-----

BIBLIOGRAPHIE	129
----------------------	-----

ANNEXES	134
----------------	-----

INTRODUCTION

L'enseignement dispensé par les Facultés de Médecine françaises est régi par divers arrêtés qui proposent un programme de formation et ses modalités de réalisation, tant sur le plan de la formation théorique que pratique. Mais les formes et contenus restent à l'appréciation de chaque faculté et de ses enseignants.

L'idée de travailler sur l'enseignement des pathologies gynéco-obstétricales nous est venue à l'issue de notre troisième cycle de Médecine Générale, lorsque notre activité de médecin remplaçante en cabinet libéral a été confrontée de façon récurrente aux attentes et aux questions des patientes sur la Gynécologie-Obstétrique et plus particulièrement sur la grossesse.

C'est pourquoi, il nous a semblé intéressant de proposer une évaluation de l'enseignement reçu sur ce sujet de la grossesse aux étudiants du troisième cycle de la Faculté de Nancy, afin de comparer son contenu et leurs attentes.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à la place de la grossesse dans le champ d'activités du médecin généraliste.

Puis nous avons détaillé l'enseignement de la Gynécologie-Obstétrique à la Faculté de Nancy, dans les trois cycles qui constituent les études médicales, tant sur le plan théorique que pratique, afin d'évaluer la place donnée à cette spécialité dans le cursus de formation des étudiants.

Puis, nous avons étudié l'enseignement sur Le suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste qui est dispensé aux étudiants durant l'année de TCEM1, ce qui nous a permis de connaître ses modalités de réalisation, le fond et la forme.

Suite à l'étude de ce cours, nous avons réalisé un questionnaire d'évaluation, que nous avons présenté aux étudiants du troisième cycle, qui avaient tous assisté à cet enseignement.

Par l'analyse des résultats obtenus, nous avons tenté d'apporter des propositions d'avenir pour l'amélioration de l'enseignement, dans le but de toujours mieux préparer les étudiants à appréhender le suivi de la grossesse normale en cabinet libéral.

**PARTIE I : PLACE DE
LA GYNECOLOGIE-
OBSTETRIQUE
DANS LA
CONSULTATION DU
MEDECIN GENERALISTE**

I.A : Evolution démographique :

1. Démographie médicale française au premier janvier 2005 :

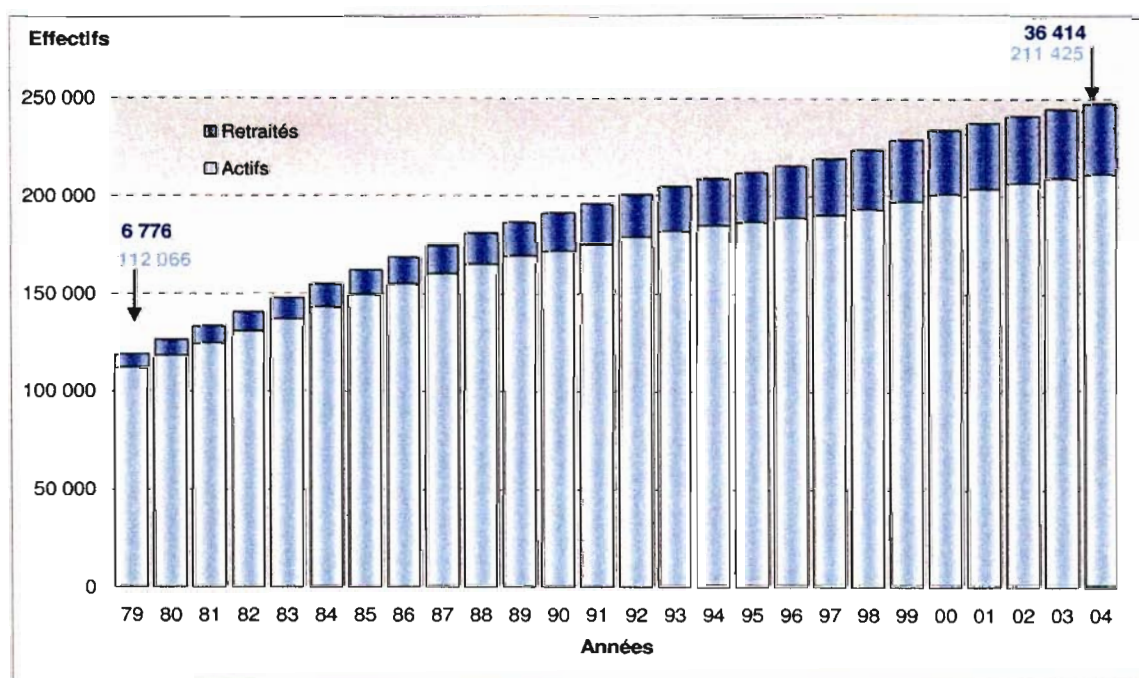
Selon les résultats de l'Etude n°38 publiée par l'Ordre National des Médecins.

a. Généralités :

Cette étude, rendue publique en juin 2005 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, dresse un état des lieux de la démographie française au premier janvier 2005. C'est à partir des tableaux d'inscription à l'Ordre départemental que les effectifs ont été comptabilisés.

Au total, on retrouve 247 839 médecins inscrits dont 211 425 en activité et 36 414 en retraite.

Graphique 1.1
Effectifs des médecins inscrits à l'Ordre depuis 1979



Source : CNOM au 01/01/2005

Les médecins en activité regroupent :

- les médecins en activité régulière c'est-à-dire installés avec une adresse professionnelle. Ils sont 174 948.
- les médecins remplaçants donc non installés mais pour lesquels il n'est pas possible de connaître le mode d'exercice. Ils sont 9 259.
- Les médecins temporairement sans activité. Ils sont 6 362.

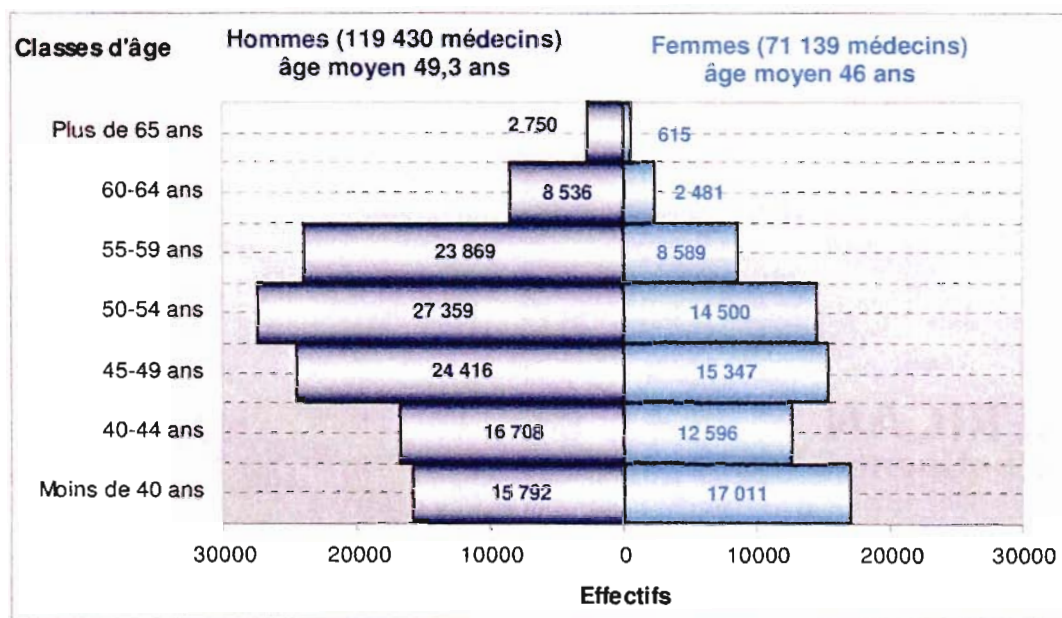
En France métropolitaine, on dénombre alors 190 569 médecins en activité régulière (110 636 sont libéraux dont 82.7% le sont exclusivement), 3 941 pour les départements

d'Outre-Mer et 1 064 pour les territoires d'Outre-Mer. Ainsi, pour ces médecins, la densité médicale est à 318 médecins pour 100 000 habitants.

b. Vieillissement de la population médicale :

L'âge moyen des médecins est de 47.9 ans et la pyramide des âges est très rétrécie à la base, traduisant un vieillissement marqué de la population médicale.

Graphique 1.6b
Pyramide des âges des 190 569 médecins en activité régulière (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2005

Ainsi, les générations du baby-boom partent à la retraite depuis 2006. D'ailleurs, le rapport de dépendance démographique (calculé par le rapport des retraités sur les actifs), et qui signe le vieillissement est passé de 0,06 en 1979 à 0,17 en 2005.

Il faut également ajouter que ces effectifs du baby-boom sont d'autant plus marqués qu'à leur entrée dans le cursus des études médicales, les flux de formation étaient avantageux.

Ainsi, pour la période 2006/2010, l'excédent annuel moyen estimé est de + 670 médecins.

Par contre, pour 2011/2015, le déficit devient très préoccupant avec – 3 492 médecins.

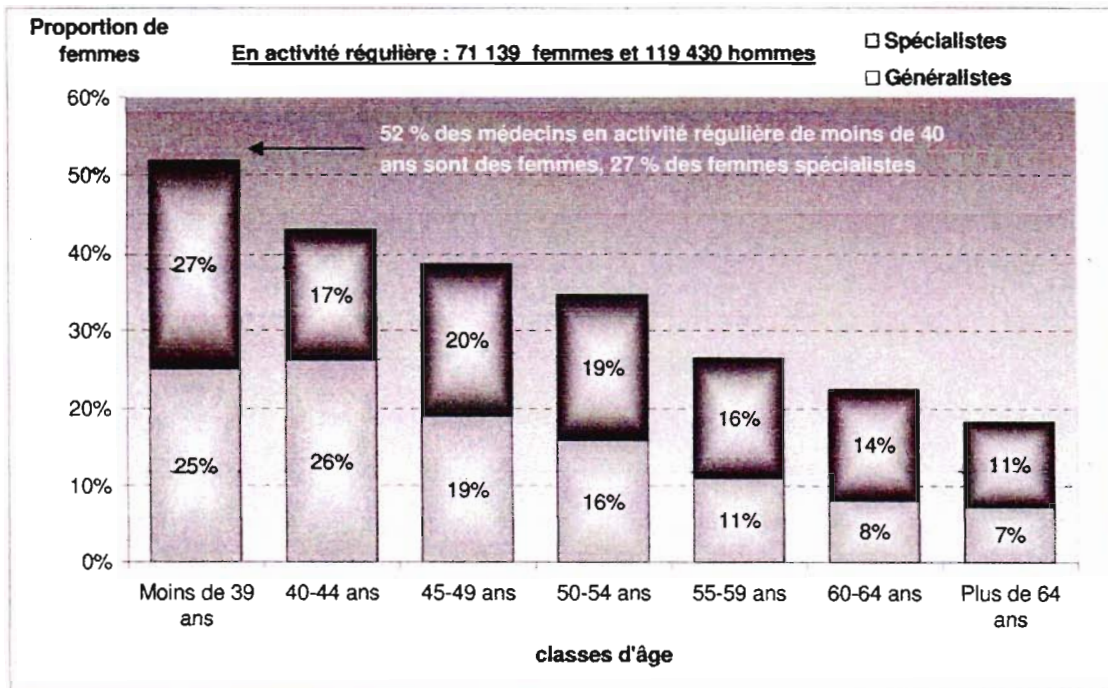
Au-delà de 2015, les prévisions restent difficiles à établir avec une inconnue qui est la variation du numérus clausus.

c. Féminisation de la population médicale :

Les femmes représentent 38.8% des actifs médicaux en France métropolitaine.

Leur proportion selon l'âge montre qu'elles sont majoritaires chez les moins de 40 ans avec 52% de femmes médecins actives.

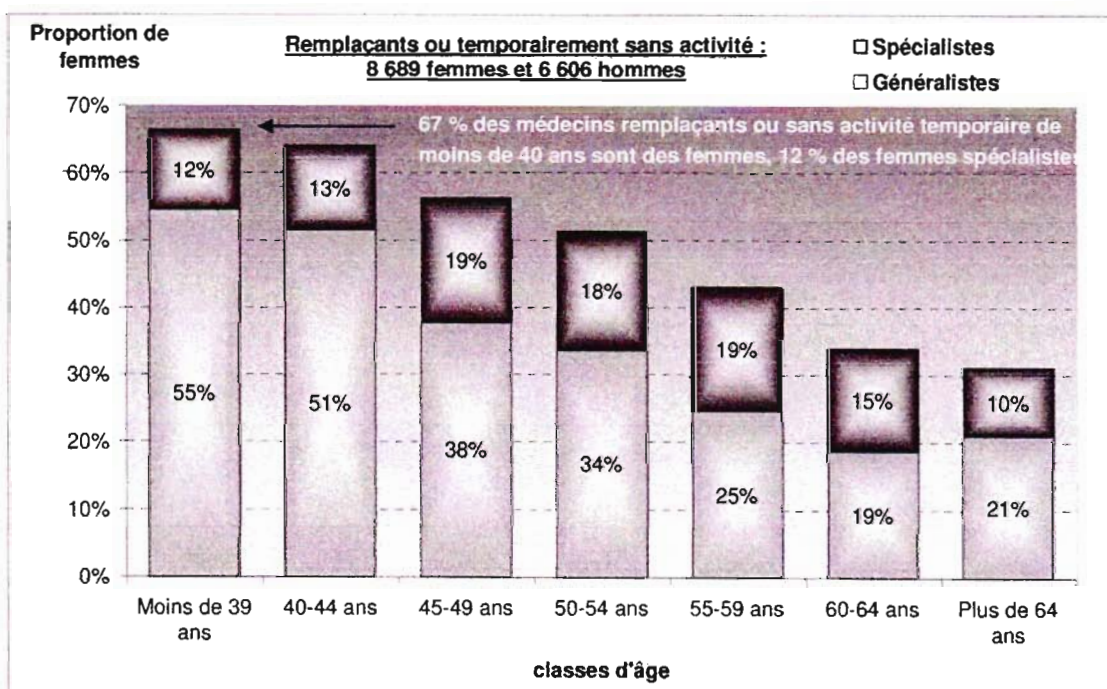
Graphique 1.7b (médecins en activité régulière)
Proportion de femmes selon l'âge, et la répartition généraliste - spécialiste de chaque tranche d'âge (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2005

D'autre part, la même étude sur les femmes remplaçantes ou temporairement sans activité, montre qu'avant 45 ans, elles représentent plus de 60% de cette catégorie, établissant ainsi qu'elles préfèrent bien souvent en début d'activité un travail à temps partiel afin de concilier vie professionnelle et désir d'enfant.

Graphique 1.7c (médecins en activité, remplaçants ou temporairement sans activité)
Proportion de femmes selon l'âge, et la répartition généraliste - spécialiste de chaque tranche d'âge (Métropole)



Et ce n'est qu'un début, puisque 64% des étudiants inscrits en première année de médecine en janvier 2002 étaient des femmes.

d. Répartition selon les spécialités :

La loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale réforme la procédure d'accès au troisième cycle des études médicales. Elle intègre alors la médecine générale parmi les spécialités médicales afin de la rendre plus attractive, mais aussi afin de ne pas laisser croire aux étudiants qu'elle est une discipline choisie par défaut, après échec aux épreuves de l'internat qualifiant.

La première génération d'étudiants du DES de médecine générale a débuté l'internat en octobre 2004. A l'issue des trois années du DES, une promotion de 1 841 médecins généralistes sera formée.

Depuis 2004, on note une inversion de la répartition des spécialités avec 50.9% de médecins spécialistes et 49.1% de médecins généralistes.

On remarque un renforcement net de certaines spécialités surtout chirurgicales avec + 115.6% en chirurgie pédiatrique, + 47.9% en chirurgie digestive, + 77.2% en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.

A l'inverse, certaines spécialités médicales connaissent un recul des effectifs avec - 17.3% pour la neuropsychiatrie et - 15.4% pour la radiothérapie.

Les spécialités dont les effectifs stagnent depuis 2003 sont la médecine générale, la dermatologie, la médecine du travail, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie.

Tableau 1.3 ²⁴
Variation des effectifs de médecins en activité professionnelle globale
selon la spécialité entre 1989 et 2004 (Métropole)

	Effectifs en 1989	Effectifs fin 2003	Effectifs fin 2004	Variation 2003-2004	Variation 2003-2004 en %	TCAM 1989-2004
Spécialités médicales						
Anatomie et Cyto Pathologie Humaine	987	1 409	1 429	20	1,4%	2,5%
Anesthésie-Réanimation	7 345	8 877	9 067	190	2,1%	1,4%
Biologie Médicale	1 009	2 371	2 439	68	2,9%	6,1%
Cardiologie	3 974	5 673	5 739	66	1,2%	2,5%
Dermatologie et Vénérologie	3 141	3 754	3 783	29	0,8%	1,2%
Endocrinologie et Mala Métabologie	603	1 345	1 386	41	3,0%	5,7%
Gastro-Entérologie	2 122	3 122	3 153	31	1,0%	2,7%
Génétique médicale	-	145	150	5	3,4%	-
Gynécologie Médicale (<i>nouvelle spéc.</i>)	-	0	0	0	0,0%	-
Hématologie	-	186	201	15	8,1%	-
Médecine du travail	24	5 895	5 942	47	0,8%	44,4%
Médecine Générale	82 707	92 844	93 590	746	0,8%	0,8%
Médecine Interne	2 089	2 372	2 346	-26	-1,1%	0,8%
Médecine Nucléaire	-	462	478	16	3,5%	-
Néphrologie	435	1 004	1 062	58	5,8%	6,1%
Neurologie	749	1 647	1 697	50	3,0%	5,6%
Neuro-Psychiatrie	1 753	527	436	-91	-17,3%	-8,9%
Oncologie Médicale	1	514	531	17	3,3%	51,9%
Pédiatrie	4 932	5 948	6 049	101	1,7%	1,4%
Pneumologie	1 732	2 393	2 462	69	2,9%	2,4%
Psychiatrie	7 149	10 656	10 790	134	1,3%	2,8%
Psychiatrie Option Enfants Adolescent	692	1 253	1 245	-8	-0,6%	4,0%
Radiodiagnostic	5 797	6 849	6 991	142	2,1%	1,3%
Radiodiagnostic et radiothérapie	32	26	22	-4	-15,4%	-2,5%
Radiothérapie	391	595	620	25	4,2%	3,1%
Recherche Médicale	4	15	14	-1	-6,7%	8,7%
Rééducation et Réadapt. Fonctionnelle	1 271	1 743	1 740	-3	-0,2%	2,1%
Rhumatologie	2 160	2 466	2 490	24	1,0%	1,0%
Santé Publique	26	1 352	1 415	63	4,7%	30,5%
Spécialités chirurgicales						
Chirurgie Digestive	-	384	568	184	47,9%	-
Chirurgie Générale	5 408	4 236	3 810	-426	-10,1%	-2,3%
Chirurgie Orthopédique	750	2 207	2 299	92	4,2%	7,8%
Chirurgie Pédiatrique	-	77	166	89	115,6%	-
Chir. Plastique Réparatrice Esthétique	-	574	604	30	5,2%	-
Chir. Thoracique Card Vasculaire	-	151	189	38	25,2%	-
Chirurgie Urologique	3	403	714	311	77,2%	44,0%
Chirurgie Vasculaire	-	412	419	7	1,7%	-
Gynécologie et Obstétrique	-	2 172	2 175	3	0,1%	-
Gynécologie-Obstétrique	1 225	2 657	2 674	17	0,6%	5,3%
Neuro-Chirurgie	199	329	346	17	5,2%	3,8%
Ophtalmologie	5 135	5 207	5 231	24	0,5%	0,1%
ORL	2 786	2 810	2 811	1	0,0%	0,1%
Stomatologie	1 841	1 320	1 296	-24	-1,8%	-2,3%
Total spécialités médicales	131 125	165 443	167 267	1 824	1,1%	1,6%
Total spécialités chirurgicales	17 347	22 939	23 302	363	1,6%	2,0%
Total	148 472	188 382	190 569	2 187	1,2%	1,7%

Source : CNOM au 01/01/2005

e. Répartition géographique :

Cette répartition reste problématique avec une densité médicale de 318 médecins pour 100 000 habitants dont 156 médecins généralistes et 162 médecins spécialistes.

Les régions les moins dotées sont la Picardie avec une densité de 244 et la Haute Normandie avec 254.

Les régions les mieux dotées sont l'Ile de France avec 397 et la région PACA (Provence Alpes Côte d'Azur) avec 385.

2. Démographie médicale en Gynécologie-Obstétrique :

La Gynécologie-Obstétrique est une spécialité qui regroupe au tableau de l'Ordre deux spécialités différentes :

- ➔ la gynécologie-obstétrique qui est une spécialité chirurgicale et est obtenue en validant le DES de gynécologie-obstétrique
 - ➔ la gynécologie et obstétrique qui est une spécialité non chirurgicale avec trois compétences médicales distinctes :
 - gynécologie médicale
 - obstétrique
 - gynécologie médicale et obstétrique
- Cette spécialité est obtenue par le DESC de médecine de la reproduction et gynécologie médicale.

Au premier janvier 2004, 5 226 spécialistes en Gynécologie-Obstétrique étaient inscrits avec 55.1% de gynécologue-obstétriciens et 44.9% de gynécologues et obstétriciens.

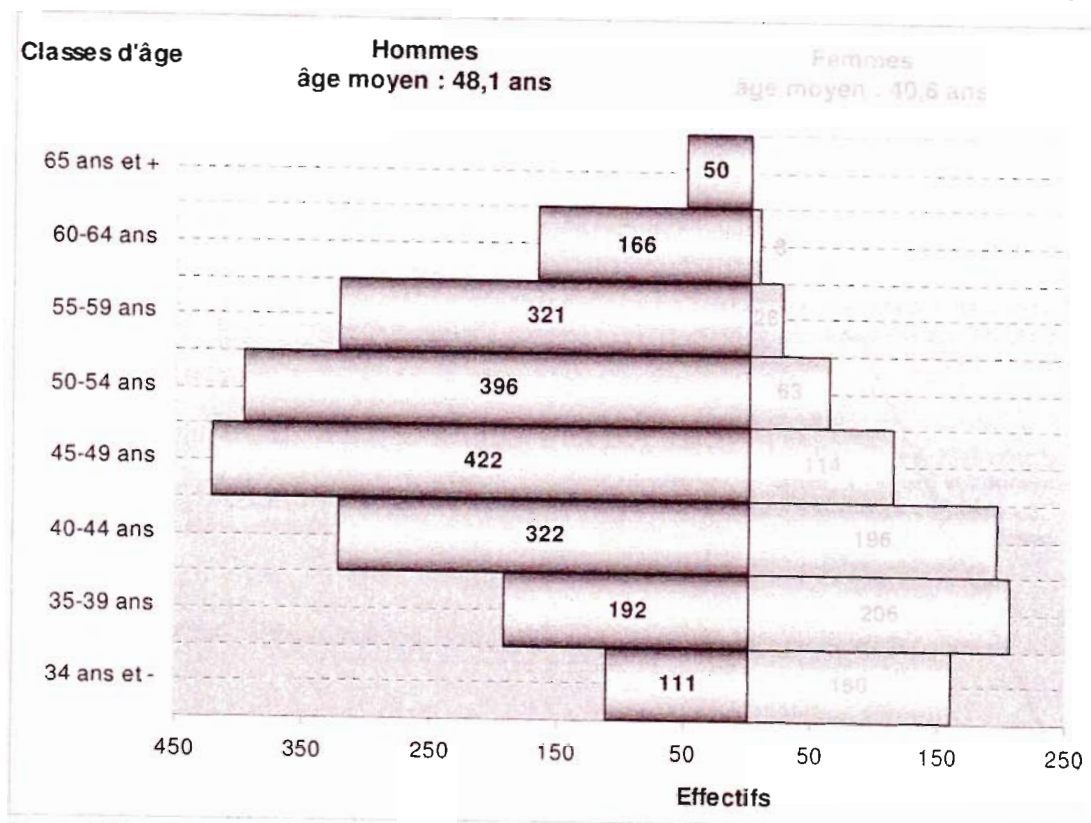
Pour les gynécologue-obstétriciens de métropole, on note une augmentation de 3.2% par rapport à 2003, mais pour les gynécologues et obstétriciens, il existe une baisse de 1.6% par rapport à 2003.

La densité médicale métropolitaine est passée de 6.8 pour 100 000 habitants en 1988 à 8.4 pour 100 000 habitants en 2004. Cependant, depuis 2000, on objective une stagnation de cette densité. Il est à noter que si on ne tient compte que des médecins en activité régulière, cette densité diminue à 8.1 pour 100 000 habitants, ce qui semble être plus réaliste de l'offre réelle des gynécologue-obstétriciens sur le territoire.

Le renouvellement des praticiens est faible puisqu'en 2003, 95 médecins se sont inscrits au tableau alors que 76 en sortaient.

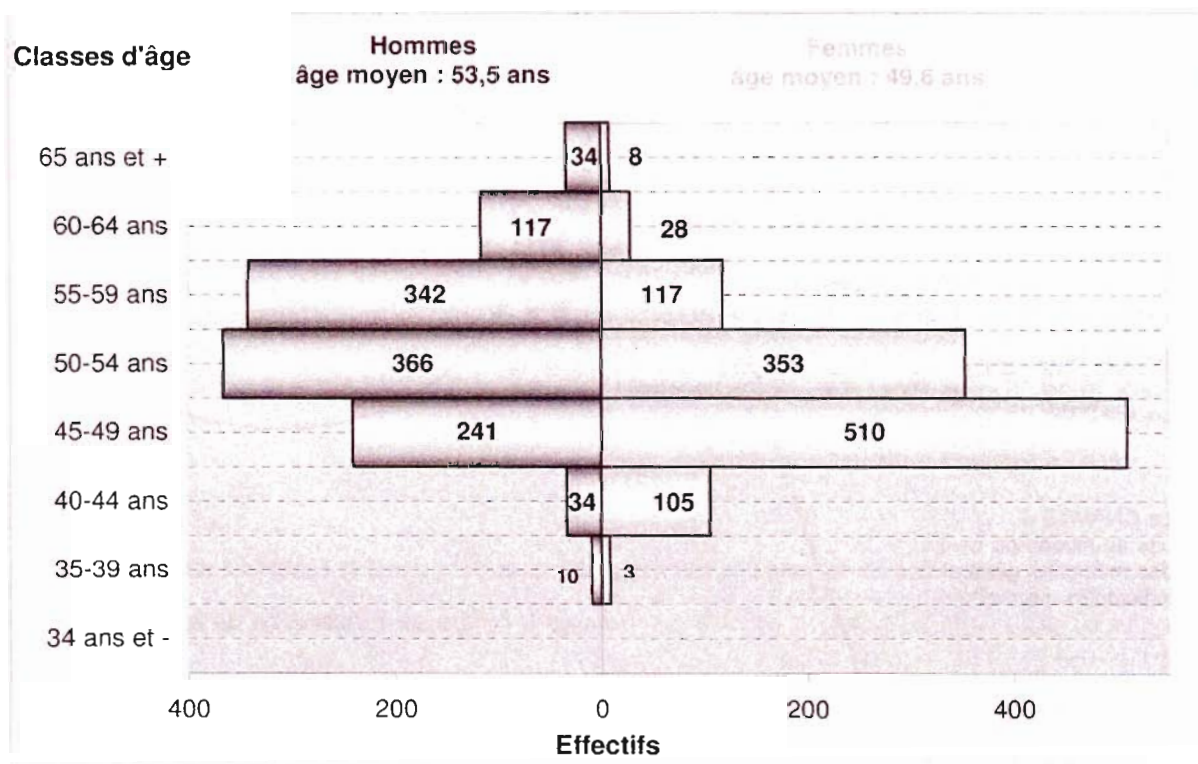
D'autre part, la pyramide des âges des gynécologues-obstétriciens et des gynécologues et obstétriciens montre un rétrécissement majeur de sa base surtout dans la gynécologie et obstétrique avec l'absence de praticiens masculins ou féminins de 34 ans et moins.

Graphique n°2.8
Pyramide des âges des gynécologues-obstétriciens en activité (total en activité) - (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2004

Graphique n°2.9
Pyramide des âges des gynécologues et obstétriciens en activité (total en activité) - (Métropole)



Source : CNOM au 01/01/2004

Il est certain que les conditions de travail difficiles, les problèmes de rentabilité, d'assurance et de responsabilité dans le secteur privé ne permettent pas une réelle attractivité qui amènerait à un renouvellement des effectifs.

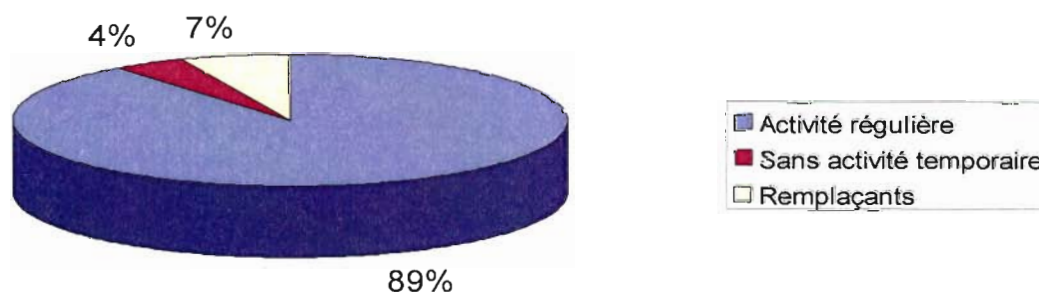
Enfin, on note une très forte féminisation des gynécologues-obstétriciens puisqu'elles sont majoritaires avant 40 ans ; alors que les femmes gynécologues et obstétriciens se concentrent entre 40 et 54 ans selon les données du premier janvier 2004.

Il est également intéressant de noter que la répartition géographique reste très homogène avec une densité métropolitaine de 4.48 gynécologues-obstétriciens et 3.66 gynécologues et obstétriciens pour 100 000 habitants.

3. Démographie médicale en Médecine Générale :

Au premier janvier 2005, l'effectif global des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre est de 108 124 dont 104 556 en métropole mais seulement 93 590 ayant une activité régulière en métropole :

Répartition de l'activité des médecins généralistes en métropole

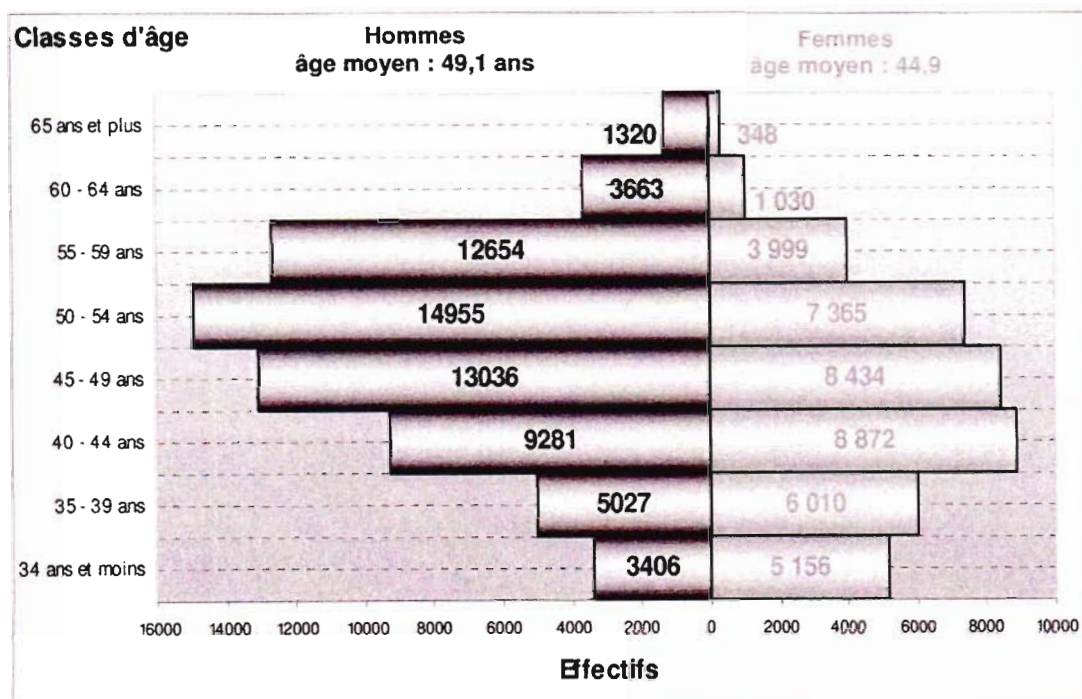


Cela place la densité médicale à 174 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2004 soit une croissance de 30% en vingt ans.

D'autre part, le solde des entrées et des sorties s'avère positif avec + 1 546 médecins inscrits à l'Ordre en métropole.

La pyramide des âges des médecins généralistes en activité montre un vieillissement marqué de la population médicale avec un net rétrécissement de la base.

Graphique n°2.2
Pyramide des âges des médecins généralistes en activité (total en activité) – Métropole



Source : CNOM au 01/01/2005

Dans la population des médecins généralistes, on retrouve 39.4% de femmes, ce qui est légèrement supérieur à la part des femmes dans la population médicale française (38.8%).

Sur les 93590 médecins en activité régulière, on retrouve :

- ➔ 54.2% en activité libérale
- ➔ 6.0% en activité mixte
- ➔ 27.9% en activité salariée
- ➔ 1.2% classés divers
- ➔ 10.7% sans exercice déclaré soit 10 966 médecins dont 6 845 médecins remplaçants.

De plus, il faut noter que 14 891 de ces médecins généralistes en activité régulière ont une compétence autre (acquise par le biais d'un CES ou Certificat d'Etudes Spécialisées avant 1984) avec par exemple 133 médecins généralistes avec une compétence en gynécologie médicale. Ils sont donc comptabilisés en tant que médecins généralistes alors qu'ils n'exercent plus la médecine générale.

Ainsi, en définitive, un peu moins de 80 000 médecins pratiquent réellement la médecine générale, ce qui ramène la densité médicale à 115 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

D'autre part, la répartition géographique est problématique puisque très inégalitaire avec le sud de la France qui se singularise par une forte densité médicale en rupture avec le nord. Ainsi, dans vingt-cinq départements, on retrouve une densité médicale à 71 pour 100 000 habitants pour les généralistes en activité libérale unique. Et pour sept de ces départements (Orne, Meuse, Loir et Cher, Ardèche, Aisne, Eure, Mayenne), la part des médecins de plus de 50 ans est supérieure à 47% ; ce qui laisse présager de graves difficultés d'accès à la médecine générale dans les dix années à venir.

La médecine générale est donc considérée par ce rapport de l'Ordre National des Médecins comme une spécialité en crise surtout au niveau du secteur libéral.

D'autant que les observations actuelles montrent qu'en 2004, un déficit de 600 étudiants pour la filière médecine générale a été noté à l'issue de l'ENC, puisque certains étudiants préféraient le redoublement à la médecine générale. De même, en 2005, 1 000 postes sur les 2 400 proposés n'ont pas été choisis.

De plus, les observateurs de la démographie médicale constatent :

- la fermeture de cabinets faute de successeur tant en milieu rural qu'en milieu urbain dit « non sensible » c'est-à-dire en dehors des zones classées zones franches urbaines.
- l'absence de création de cabinets dans des villes nouvelles ou en expansion
- le non renouvellement d'associations dans des cabinets de groupe à activité intense même en l'absence de demande de rachat de patientèle ou d'apport financier.

4. Pratiques professionnelles des jeunes médecins :

Cette note de synthèse réalisée pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, et parue en janvier 2006, s'intéresse aux pratiques professionnelles des médecins âgés de 30 à 35 ans (1).

23 médecins (12 femmes et 11 hommes) ont participé à cette enquête sous forme d'entretiens approfondis avec les enquêteurs. Cette population se compose de :

- * 10 médecins généralistes, 10 médecins spécialistes médicaux, 10 médecins spécialistes chirurgicaux
- * 11 libéraux, 7 hospitaliers, 5 salariés non hospitaliers
- * des lieux d'installation en zone urbaine, périphérie urbaine et semi-rurale.

L'hypothèse de cette enquête était basée sur une volonté probable de ces jeunes médecins de s'éloigner de l'éthos professionnel classique qui consiste en un modèle d'implication et de dévouement total du médecin à ses patients, d'une disponibilité permanente.

a. Par rapport au choix de la carrière :

Même si parmi les femmes de cette enquête, certaines travaillent à temps partiel, aucune n'envisage d'interrompre ou d'arrêter toute activité professionnelle.

Par rapport à un mode de vie « idéal », certaines voies sont écartées d'emblée car présentent trop de contraintes non compatibles avec les loisirs, la vie de couple et de famille. C'est le cas de la carrière hospitalo-universitaire, du fait de la difficulté anticipée du parcours, ou encore de l'exercice de la médecine générale en milieu rural.

Comme 83% de leurs aînés, ces jeunes médecins vivent en couple mais la moitié d'entre eux vit avec un conjoint également médecin ; ce qui les pousse à devoir articuler deux carrières au sein du couple contrairement au modèle plus fréquent des générations précédentes où seul le mari était médecin.

Une fois installés, ces jeunes médecins conçoivent leur carrière sur un plan modulable et évolutif par le biais de formations complémentaires (diplômes universitaires ou certificats). Mais l'évolution de leur travail passe aussi par l'évolution de leur temps de travail souvent corrélé à l'âge des enfants avec un passage du temps partiel au temps plein lorsque les enfants sont grands, et ce, principalement pour les femmes.

b. Par rapport au temps et à l'organisation du travail :

Sur les quinze dernières années, les études ont montré une tendance à l'augmentation de la durée du travail avec des femmes médecins qui travaillent plus que l'ensemble des femmes actives.

Les jeunes médecins travaillent autour de 51 heures hebdomadaires ; ce qui est proche du temps de travail observé pour l'ensemble de la profession médicale.

La plupart de ces médecins a la volonté de créer une séparation stricte entre vie professionnelle et vie privée, et ils proposent de continuer, voire de renforcer, les initiatives déjà en vigueur comme les tours de garde organisés par des associations de médecins, la mise en place de maisons médicales de garde.

Les stratégies pour réguler le temps de travail et non pour le diminuer, passent par la planification, l'organisation et la concentration horaire du travail. Ainsi, ils préfèrent travailler sur des plages horaires plus longues certains jours pour s'assurer une demi-journée voire une journée vacante qui sera alors consacrée aux loisirs ou à la famille. Pour les jeunes médecins libéraux, l'installation en cabinet de groupe permet une régulation collective du temps de travail. Mais c'est aussi par la volonté d'une éducation des patients (réguler de façon stricte les visites à domicile, filtrer les appels d'urgence, éviter les consultations redondantes par des explications fournies sur les médicaments et la pathologie) que cette régulation du temps de travail semble pouvoir se mettre en place.

Dans le cadre de l'activité libérale, et pour ces médecins de 30 à 35 ans, l'option à la carte des remplacements semble être le meilleur compromis avec l'absence de contraintes professionnelles (administratif, charges du cabinet) et l'organisation plus évidente de la vie familiale.

Mais c'est naturellement le choix d'une activité de médecine salariée et donc programmable qui semble s'imposer à ces médecins avec des horaires fixes, des jours de récupération du temps de travail (RTT) et des congés payés, l'absence de gardes et d'urgences ; et d'avantage de protection sociale surtout en ce qui concerne la maternité.

c. Conclusions de cette enquête :

L'aspiration globale de ces jeunes médecins (hommes et femmes) est une prise de distance par rapport à l'éthos professionnel classique qui veut qu'un bon médecin est un médecin qui doit toujours être disponible pour ses patients.

Ainsi, les médecins des « jeunes générations » aspirent à une disponibilité mieux régulée pour leurs patients, bien que le temps de travail déclaré reste le même que pour l'ensemble de la population médicale.

Cela passe par des journées de travail plus longues afin de libérer des journées ou des demi-journées, consacrées aux loisirs ou à la famille, par une meilleure organisation des conditions d'exercice avec l'installation en cabinets de groupe, la création de maisons médicales de garde ; et ce toujours dans l'idée de permettre un maintien de la continuité des soins dans l'intérêt des patients.

5. Conclusions :

On constate un vieillissement global de la population médicale française mais aussi des spécialités de gynécologie-obstétrique et de médecine générale. Le taux de renouvellement des praticiens n'est pas suffisant actuellement pour assurer un remplacement complet des départs à la retraite.

Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la gynécologie-obstétrique est une spécialité en crise.

De ce fait, et afin de prétendre à une prise en charge optimale des grossesses normales et des actes de gynécologie médicale, il faudra nécessairement prévoir de former des médecins généralistes en gynécologie-obstétrique pour palier au déficit de médecins gynécologues et obstétriciens.

Il semble donc évident que cette formation renforcée doit trouver sa place dans le DES de médecine générale.

I.B : Données de l'enquête Santé et Protection Sociale :

L'enquête Santé et Protection Sociale réalisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) depuis 1988 est une enquête pluridisciplinaire qui s'intéresse à l'individu, son état de santé, son accès aux services de santé, à la couverture maladie publique et privée, et au statut économique et social. Depuis 1988, elle est bisannuelle.

1. Méthode de l'enquête :

En 2004, 8 000 ménages et 22 000 individus ont été interrogés dans le cadre de cette enquête. Elle s'est déroulée par sondage en population générale et l'échantillon a été construit à partir de trois fichiers d'assurés des principales caisses de sécurité sociale : CNAMTS, CANAM/RSI et MSA.

L'enquête s'est déroulée en deux vagues : printemps puis automne 2004. Le recueil s'est fait par enquête téléphonique, enquête face-à-face pour les ménages âgés et bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle).

Le taux de participation est de 70%.

Quatre questionnaires faisaient partie de l'enquête de 2004 :

- questionnaire principal constituant un module sociodémographique standard

- questionnaire santé et soins médicaux, pour chaque membre du ménage, qui s'intéresse à l'état de santé, aux accidents de la vie courante, à la consommation médicale du jour précédent, au tabac et à l'alcool, à la dernière consultation chez le médecin généraliste et chez le spécialiste
- questionnaire couverture complémentaire sur le mode d'obtention de la mutuelle, les prix et les garanties
- questionnaire pour les assurés de 65 ans et plus, sur l'artérite des membres inférieurs

2. Résultats et commentaires concernant la pathologie gynéco-obstétricale :

a. Structure de l'échantillon :

L'échantillon analysé (2) retrouve 49.7% d'hommes et 50.3% de femmes. Pour 43% d'entre eux, il s'agit d'actifs occupés et 29% d'étudiants ou d'enfants. On y retrouve 58% de couples avec enfants formant un ménage de quatre personnes.

Ils sont 38% à évaluer comme bon leur état de santé général.

b. Maladies et troubles de santé déclarés en 2004 :

Depuis 2004, le recueil des maladies a enregistré un changement avec la proposition faite à l'assuré de cocher sur une liste la ou les maladies dont il se perçoit atteint. La liste (ANNEXE I) est composée de 44 maladies classées par appareil. Cette nouvelle classification permet d'améliorer l'exhaustivité du recueil et sa lisibilité.

Parmi l'appareil gynéco-obstétrical, qui nous intéresse, nous retrouvons dans les maladies génito-urinaires, trois sous-chapitres :

- troubles des règles
- troubles liés à la ménopause
- autres problèmes génito-urinaires

En prévalence, on retrouve 23.1 maladies génito-urinaires pour cent femmes interrogées.

Les problèmes de santé évoqués en priorité sont : les troubles de la vue (53.2%), l'obésité et le surpoids (32.3%), l'arthrose et les rhumatismes (15.8%) ; sachant que les personnes interrogées pouvaient répondre par l'affirmative à plusieurs items.

Les troubles liés à la ménopause sont évoqués par 6.7 femmes sur 100 et les troubles des règles par 4.1 femmes sur 100.

Il est regrettable que la grossesse n'ait pas fait partie des maladies évoquées mais il est certain que son statut d'état physiologique de la femme la rend difficilement classable.

c. Séances de médecin en 2004 :

→ Séances avec le généraliste :

Cette partie de l'enquête (2), qui s'est intéressée à la consommation des consultations auprès d'un médecin généraliste montre que :

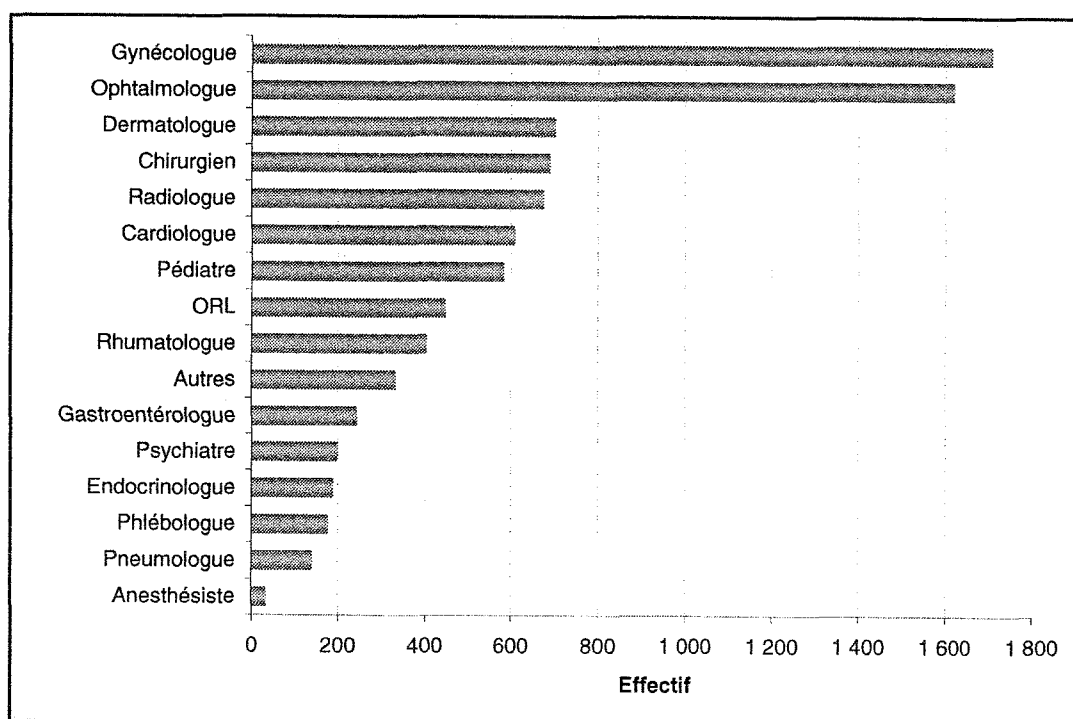
- 47.2% de ces consultations n'étaient pas prévues dans le cadre d'un suivi régulier et que dans 31.5% des cas, il s'agissait pour le patient d'un problème urgent.
- à 82.7%, les personnes interrogées estiment avoir tout à fait eu le temps de discuter de leur problème de santé avec leur médecin généraliste et 84.4% déclarent avoir tout à fait compris les explications de leur médecin concernant les prescriptions consécutives à la consultation.
- dans 9.9% des cas, les patients ont été orientés par leur médecin généraliste vers un médecin spécialiste.

La durée moyenne de la séance déclarée par les patients est de 17 minutes et 30 secondes.

→ Séances avec le spécialiste :

Plus de 8 700 personnes interrogées ont déclaré avoir consulté un médecin spécialiste dans les douze mois précédant l'enquête. Ce sont les ophtalmologues et les gynécologues qui sont les plus cités :

Graphique 8
Dernier spécialiste consulté



Source : IRDES - ESPS 2004

La description des séances de spécialiste retrouve que :

- 59% des consultations étaient prévues à l'avance.
- 35% des séances ne sont pas conseillées par un médecin généraliste mais résultent d'un accès direct par le patient.
- 84.8% des patients ont tout à fait compris les explications du spécialiste pendant la consultation.

La durée moyenne de la séance se situe autour de 21 minutes pour la plupart des spécialités.

Lorsqu'on s'intéresse au délai d'attente pour obtenir la consultation, on retrouve 30% des séances avec un délai de plus d'un mois, toutes spécialités confondues. Pour la Gynécologie-Obstétrique, seules 18% des demandes aboutissent à un rendez-vous en moins d'une semaine.

Tableau 5
Répartition du délai d'attente selon la spécialité

Spécialité	Jusqu'à 6 jours	De 1 à 4 semaines	Plus d'un mois
Toutes spécialités	27 %	43 %	30 %
Ophtalmologie	16 %	28 %	56 %
Gynécologie	18 %	48 %	34 %
Chirurgie	19 %	52 %	29 %
Dermatologie	24 %	49 %	26 %
Cardiologie	30 %	47 %	22 %
Rhumatologie	25 %	54 %	21 %
Pédiatrie	48 %	34 %	18 %
Oto-rhino-laryngologie	39 %	46 %	15 %

Source : IRDES - ESPS 2004

En limitant l'étude aux séances « urgentes », qui ne font pas partie d'un suivi régulier, nous remarquons que la gynécologie reste une spécialité qui garde un potentiel de réponse rapide aux demandes urgentes avec 36% des séances dans les 6 jours.

Tableau 6
Répartition du délai d'attente par spécialité,
pour les séances ne faisant pas partie
d'un suivi régulier

Spécialité	Jusqu'à 6 jours	De 1 à 4 semaines	Plus d'un mois
Toutes spécialités(9)	40 %	42 %	18 %
Ophthalmologie	28 %	32 %	39 %
Dermatologie	28 %	47 %	24 %
Gynécologie	36 %	43 %	20 %
Chirurgie	24 %	58 %	18 %
Rhumatologie	28 %	57 %	15 %
Cardiologie	45 %	43 %	11 %
Oto-rhino-laryngologie	43 %	48 %	8 %
Radiologie	66 %	28 %	7 %
Pédiatrie	86 %	12 %	3 %

Source : IRDES - ESPS 2004

I.C : Coût engendré par la pathologie gynéco-obstétricale :

1. Coût global de la santé en 2005 :

Les Comptes Nationaux de la santé sont des comptes satellites de la Comptabilité Nationale et évaluent chaque année le montant des différents postes de la consommation de soins (3).

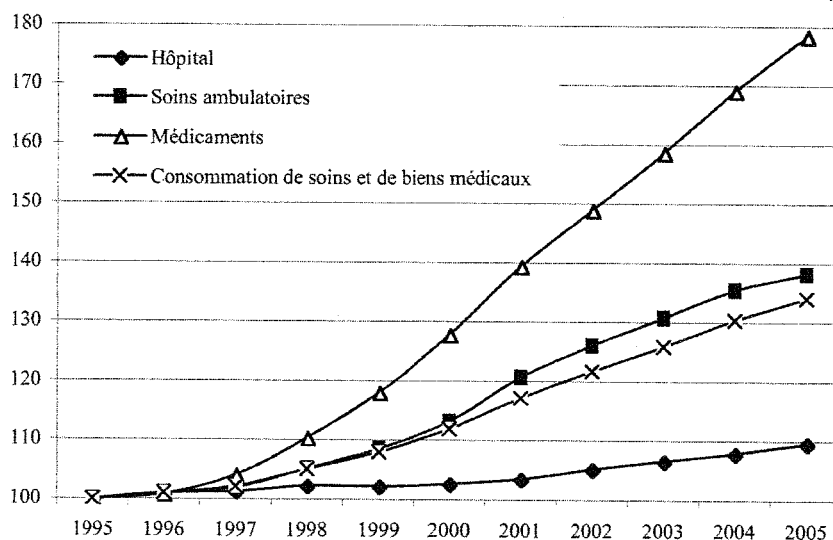
En 2005, 190.5 milliards d'euros ont été dépensés au total pour la santé en France soit 3 038 euros par habitant, dont 150.6 milliards directement affectés à la consommation de soins et de biens médicaux soit 2 042 euros par habitant.

Cette dépense représente 11,14% du Produit Intérieur Brut (PIB) de la France en 2005 soit une augmentation de +0.07% par rapport à 2004.

Par ordre croissant, ce sont les médicaments (31,3 milliards), les soins ambulatoires (40,9 milliards) et les soins hospitaliers (67 milliards) qui expliquent ce volume de consommation de soins et de biens médicaux.

Les soins ambulatoires chez les médecins représentent 19 milliards d'euros avec une croissance de +3,0% en valeur, ce qui est stable par rapport à la croissance de 2004 qui était également de +3,0%.

évolution en volume des différentes catégories de dépenses de santé (base 100 en 1995)



Source : DREES, Comptes de la santé.

2. La prestation de protection sociale Maternité en 2005 :

En 2005, le montant des prestations de protection sociale (4) reçues par les ménages s'élève à 505,5 milliards d'euros, soit une progression de 3,9% en valeur par rapport à 2004.

Les prestations de protection sociale en France regroupent :

- la protection sociale Santé avec : maladie, invalidité, accidents du travail
- la protection sociale Vieillesse-Survie
- la protection sociale Maternité-Famille
- la protection sociale Emploi avec le chômage, l'insertion et la réinsertion professionnelle
- la protection sociale Logement
- la protection sociale Pauvreté-Exclusion dont le Revenu Minimum d'Insertion (RMI)

En 2005, l'ensemble des prestations au risque Maternité-Famille est de 45,4 milliards d'euros, en progression de +3,8%. Le risque Maternité regroupe les indemnités journalières, l'allocation jeune enfant courte et les remboursements de soins de santé. Cela représente 5,8 milliards d'euros, soit une baisse de 0,9% par rapport à l'année 2004.

3. Les dépenses de soins liées à la pathologie gynéco-obstétricale en 2005 :

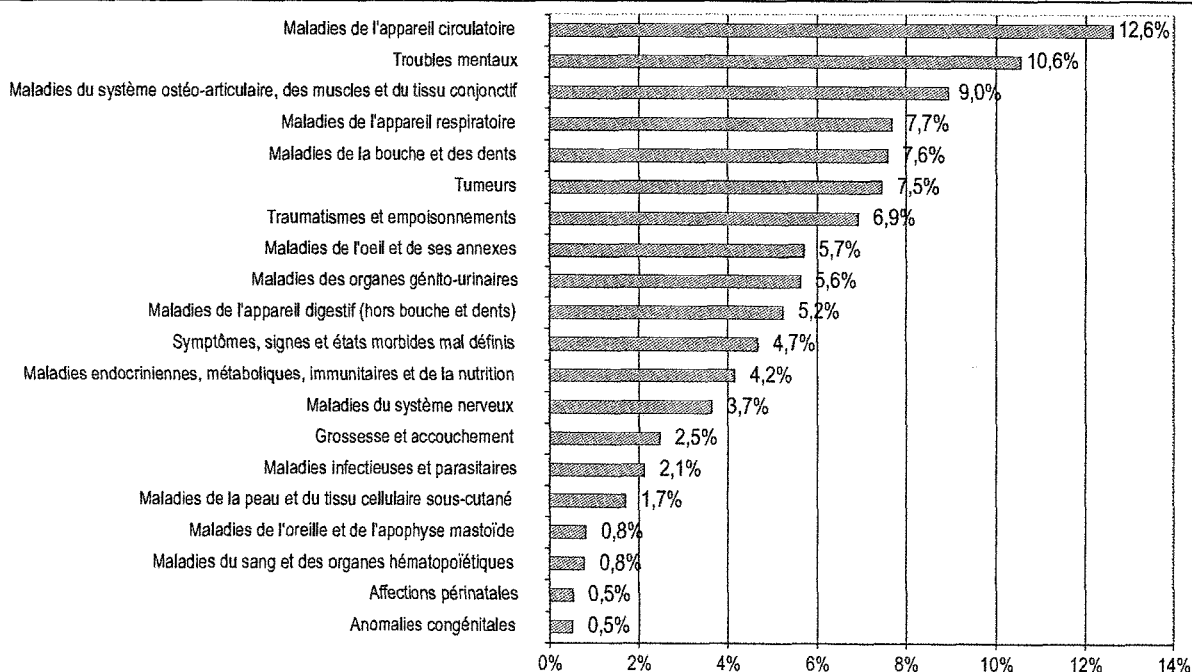
Une étude, réalisée par la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) à partir des Comptes de la santé de 2002, permet, entre autres, d'établir une approche des dépenses par pathologie (5) après exclusion de la prévention.

Pour la nomenclature des pathologies, c'est la Classification Internationale des Maladies dans sa 10^{ème} révision (CIM 10) qui a été retenue.

LES DÉPENSES DE PRÉVENTION ET LES DÉPENSES DE SOINS PAR PATHOLOGIE EN FRANCE

**G
•01**

répartition des dépenses de santé hors prévention, par grande catégorie diagnostique



Note de lecture : au sein des 107,6 milliards d'euros de soins hors prévention qui ont pu être répartis entre les différentes pathologies, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 12,6 % des dépenses

Source : DREES-IRDES, Estimation des dépenses de prévention et des dépenses par pathologie d'après les Comptes nationaux de la santé.

Le groupe de pathologies le plus important en dépenses engagées est celui des maladies de l'appareil circulatoire avec 12,6%, suivi des troubles mentaux (10,6%) puis des affections ostéo-articulaires (9%).

Cependant, la répartition des dépenses entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire est très variable selon les différentes catégories diagnostiques. Ainsi, les dépenses pour la grossesse et l'accouchement sont très majoritairement hospitalières (88%), alors que la part ambulatoire est de 9% et que les médicaments représentent 3%.

I.D : Pratique de la Gynécologie-Obstétrique en médecine générale :

1. Généralités :

a. Les grossesses en France :

Il y a actuellement plus de 800 000 accouchements par an en France (6), ce qui correspond à un taux de fécondité de 1.92 enfant par femme. Ce taux est supérieur à la moyenne européenne qui est de 1.42 enfant par femme.

L'âge moyen du premier accouchement est de 29.6 ans.

Près de neuf visites prénatales sont effectuées en moyenne au cours du suivi de grossesse et seules 0.2% des grossesses ne sont pas suivies.

b. Caractéristiques de la médecine générale :

Le médecin généraliste assure cinq grandes fonctions :

- prise en charge globale de son patient aussi bien sur le plan de la santé physique, psychique et des caractéristiques sociales. La confiance qui se crée au fil des consultations entre le médecin généraliste et son patient peut ainsi permettre au médecin d'aborder la Gynécologie-Obstétrique qui est un domaine extrêmement intime.
- il est le médecin de premier recours et reste accessible à une très large population. Ainsi, les classes sociales défavorisées qui nécessitent une surveillance accrue (7) des grossesses consulteront plus facilement leur médecin généraliste. Il en est de même des populations rurales pour lesquelles l'accès aux médecins spécialistes est plus difficile.
- il assure la continuité des soins dans le cadre d'un suivi personnalisé du patient à long terme par le biais du dossier médical.
- il a un rôle important dans la coordination des soins permettant une complémentarité entre médecine générale et médecine spécialisée, qui est nécessaire à tous.
- il est un acteur majeur de Santé Publique dans le cadre des dépistages et de la prévention primaire.

2. L'Observatoire de la Médecine Générale :

a. Présentation :

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) a mis en place, depuis 1992, un réseau de médecins généralistes informatisés qui constituent l'Observatoire de Médecine Générale, fondé sur un relevé des pratiques en continu et en temps réel (8).

Il est constitué de 123 médecins généralistes.

Les trois objectifs de l'Observatoire de Médecine Générale sont :

- ➔ servir de terrain de recherche pour la SFMG
- ➔ produire des statistiques régulières sur l'activité des médecins généralistes au plan national et régional
- ➔ participer à de vraies recherches internationales multi-centriques sur des maladies ou des problèmes spécifiques à la médecine générale

Ces médecins travaillent sur la base d'un thésaurus de diagnostics standardisés, appelé Dictionnaire des Résultats de Consultation.

Depuis 2000, un comité d'éthique a été créé.

L'analyse de l'Observatoire porte sur 355 748 patients différents et sur dix ans.

En région Lorraine, onze médecins sont membres de l'Observatoire :

- Dr Charles BOECKLER à Dammarie sur Saulx (55)
- Dr Jean-François BURTE à Longwy (54)
- Dr Yvonnick CLEMENCE à Remiremont (88)
- Dr Patrick FLORENTIN à Senones (88)
- Dr Jean-Daniel GRADELER à Saint Privat La Montagne (57)
- Dr Bernard JENNY à Bitche (57)
- Dr René LAVOT à Nancy (54)
- Dr Mustapha MOULLA à Pont-à-Mousson (54)
- Dr Dominique PANCHER à Toul (54)
- Dr Denis ROZAIRE à Flavigny sur Moselle (54)
- Dr Philippe THOMAS à Longeville les Metz (57)

b. Diagnostics les plus fréquents :

Pour l'année 2005, l'Observatoire de Médecine Générale (OMG) a présenté un classement des 25 résultats de consultation les plus fréquents en actes et en patients (9).

En terme d'actes, le trio de tête est constitué de l'hypertension artérielle avec 13,65% des actes recensés, suivie des examens systématiques et de prévention à 9,50% puis de l'hyperlipidémie à 8,70%.

En terme de patients, le trio retrouve les examens systématiques et de prévention (18,97%), l'état fébrile (15,55%) puis l'hypertension (12,01%).

En ce qui concerne la population féminine et la pathologie gynéco-obstétricale, c'est la contraception qui est le premier motif de consultation : en huitième position en terme de nombre de patientes et dixième position en terme de nombre d'actes réalisés.

La grossesse et son suivi se situent en 48^{ème} place pour le nombre de patientes (soit environ 2.04%) et en 36^{ème} place pour le nombre d'actes effectués (soit environ 1.75%). Cela montre bien que le recours au médecin généraliste pour le suivi d'une grossesse normale n'est pas encore habituel pour la femme.

c. Données en consultations pour la pathologie gynéco-obstétricale :

→ l'amménorrhée-oligoménorrhée :

La définition de ce résultat de consultation dans le dictionnaire de l'OMG comprend le retard de règles de moins de trois mois ou l'absence de règles de plus de trois mois que ce soit primaire ou secondaire.

Pour l'année 2005, les données générales retrouvent une moyenne de 11.8 actes par médecin, avec une prévalence de 20% pour les femmes de 20 à 29 ans.

➔ la grossesse :

La définition de ce résultat de consultation dans le dictionnaire de l'OMG comprend la constatation de grossesse ou la grossesse en cours ou la réalisation d'un examen systématique de surveillance de grossesse.

En 2005, on retrouve une moyenne de 28.2 actes par médecin avec 70% des patientes entre 20 et 39 ans.

➔ le suivi du post-partum :

La définition de ce résultat de consultation dans le dictionnaire de l'OMG comprend la prise en charge consécutive à un accouchement par voie basse ou par césarienne avec complications locales (épisiotomie, cicatrice de césarienne, lochies, allaitement, problèmes urinaires) ou générales (problème psychique, surpoids, asthénie) ou le retard du retour de couches.

En 2005, ce suivi n'a été que très peu pris en charge par le médecin généraliste puisqu'il représente 0.9 actes par médecin et sur l'année.

Ainsi, ces quelques données plus précises sur les différentes pathologies gynéco-obstétricales et regroupées par l'OMG montrent bien que la place du médecin généraliste reste actuellement peu importante dans ce domaine.

3. L'Observatoire Thalès :

L'Observatoire Thalès (10) analyse l'activité des médecins généralistes exerçant exclusivement en ville. 620 médecins généralistes libéraux informatisés permettent le recueil des informations.

D'une façon globale, l'Observatoire Thalès a montré que la majorité des actes de gynécologie est réalisée par des gynécologues, mais que les médecins généralistes prennent aussi beaucoup en charge la contraception et la ménopause. Ainsi, la grossesse et la stérilité restent du domaine du gynécologue-obstétricien.

L'âge moyen des femmes suivies par le médecin généraliste pour un motif gynécologique est de 44.1 ans avec une répartition par tranche d'âge qui retrouve plus de 40% entre 21 et 40 ans.

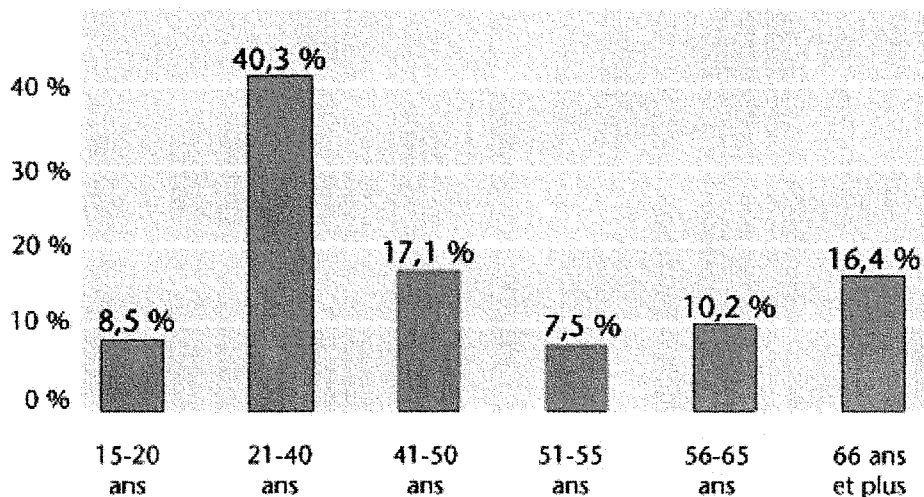


Figure 12
Répartition par tranche d'âge des patientes venues consulter un MG pour motif gynécologique
L'âge moyen des patientes suivies était de 44,1 ans.

Le nombre moyen de consultations chez le médecin généraliste pour des problèmes de santé en rapport avec la gynécologie est de 3.6 par femme et par an avec une fréquence maximale à 5.5 par an et par femme pour la tranche d'âge 66 ans et plus.

Selon l'Observatoire Thalès, la répartition des actes gynécologiques réalisés par des médecins généralistes montre :

- 35% des actes concernent la contraception
- 23.8% des actes concernent la ménopause
- 18.1% des actes concernent le suivi de grossesse

Ainsi, on peut constater que près de 75% des actes gynécologiques réalisés par le médecin généraliste le sont pour des états de santé physiologiques : contraception, ménopause et grossesse.

D'autre part, la base de données Thalès permet également de connaître la proportion des avis spécialisés demandés par le médecin généraliste. Un avis est demandé dans 6% des cas liés à la contraception et 11.2% des cas liés à la ménopause. La proportion concernant le suivi de grossesse n'est pas connue.

Ces données de l'Observatoire Thalès nous permettent donc de reconnaître que le médecin généraliste a sa place dans la prise en charge gynécologique de ses patientes, même si le suivi de grossesse reste encore très souvent du ressort du spécialiste.

Il est donc certain, au vu de la démographie médicale actuelle et de la très prochaine pénurie en gynécologues-obstétriciens, qu'un enseignement plus développé sur le sujet doit être prodigué dans les facultés de médecine aux futurs médecins généralistes.

**PARTIE II :
L'ENSEIGNEMENT DE LA
GYNECOLOGIE-
OBSTETRIQUE A LA
FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY EN 2005/2006**

II.A : Premier cycle d'études médicales :

1. PCEM 1 :

La première année des études médicales est une année difficile puisqu'à son issue sont sélectionnés, par ordre de mérite au concours, les étudiants qui poursuivront leurs études en Faculté de Médecine, de Chirurgie Dentaire, en Ecole de Sages-femmes, de Kinésithérapie ou d'Ergothérapie.

En 2005 / 2006, le numérus clausus comportait :

- 268 places en Médecine dont 3 réservées aux paramédicaux se réinscrivant dans le cursus de médecine.
- 42 places en Chirurgie Dentaire
- 30 places à l'école de Sages-femmes de Nancy et 29 pour celle de Metz
- 70 places à l'école de Kinésithérapie
- 48 places en formation d'Ergothérapie

L'enseignement (11) se déroule selon les deux quadrimestres universitaires (septembre / janvier et janvier / mai) avec deux jours de concours à leur fin. Il représente un volume horaire de 247 heures d'enseignement (cours magistraux et ED / TP) pour le 1^{er} quadrimestre et 277 heures 30 d'enseignement pour le 2^{ème} quadrimestre.

L'approche de la gynécologie-obstétrique débute dès cette première année décisive avec le module M4 de **Biologie cellulaire, Cytologie, Biologie de la Reproduction, Génétique** dont les professeurs FOLIGUET et LEHEUP sont les responsables.

➔ Au cours du premier quadrimestre, l'enseignement théorique, par cours magistraux en amphithéâtre, comprend, entre autres sujets, la reproduction et le développement avec :

- gamétogénèse
- fécondation.
- 1^{ère} et 2^{ème} semaine de développement.
- évolution des structures nidatoires.

Une séance de Travaux Pratiques de 2 heures expose également de la mitose, la méiose, la gamétogénèse.

➔ Au cours du second quadrimestre, l'enseignement théorique poursuit la formation sur la reproduction et le développement avec :

- la 3^{ème} semaine ou gastrulation et la 4^{ème} semaine ou neurulation du développement.
- l'organisation de l'embryon humain à la 5^{ème} semaine de développement.
- l'aperçu de l'organogénèse après la 5^{ème} semaine.

Une nouvelle séance de Travaux Pratiques porte sur « une approche tissulaire du placenta. ».

Le module M5 d'**Anatomie** consacre un cours magistral aux viscères pelviens chez la femme.

Dans le module M6 de **Sciences Humaines et Sociales (SHS)** dont Madame le Docteur KOHLER est la coordinatrice, le professeur FOLIGUET intervient sur 1 heure de cours magistral pour évoquer les « Images actuelles de l’embryon humain et sa conception par la société. » dans le cadre de la partie SHS 3, d’une durée totale de 23 heures, intitulée « Emergence de l’homme sain, Evolution des concepts, Développement de la personne et connaissance de soi-même. »

2. PCEM 2 :

En PCEM 2, les étudiants reçus au concours de première année dans la filière Médecine, poursuivent leur apprentissage par un enseignement intégré comprenant les sciences fondamentales, la physiopathologie et la sémiologie de trois appareils : cardio-vasculaire, pulmonaire et digestif ; ils découvrent de nouvelles matières comme l’hématologie ou l’immunologie sous forme de cours magistraux, enseignements dirigés et travaux pratiques.

Parmi ces différents cours (12), on en retrouve quelques uns qui approchent la gynécologie-obstétrique :

- Endocrinologie de la reproduction dans le cadre de l’enseignement de Physiologie (Professeur CRANCE).
- Diagnostic prénatal des affections génétiques dans le cadre de l’enseignement de Génétique (Professeur LEHEUP).

Un enseignement optionnel obligatoire, choisi par les étudiants selon leur ordre de classement au concours, est proposé avec 10 thèmes différents.

II.B : Deuxième cycle d’études médicales :

1. DCEM 1 :

Cette année est en fait un prolongement de la PCEM 2 en terminant l’enseignement intégré (13) par les 11 thèmes restants. A savoir :

- Appareil locomoteur
- Tissus lymphoïde et sanguin
- Appareil cardio-vasculaire
- Cancérologie
- Appareil pulmonaire
- Appareil digestif
- Nutrition - Endocrinologie
- Infectiologie
- Nez - Gorge – Oreille – Peau
- Croissance et Développement
- Système nerveux

Deux modules plus spécifiques de l'enseignement du deuxième cycle y sont enseignés :

- Module n°1 : Santé publique, environnement et société
- Module n°2 : Maladies transmissibles, santé et environnement

2. DCEM 2 :

Au début de cette quatrième année du cursus médical, les étudiants prennent le titre d'externes ou étudiants hospitaliers puisque leur formation va se poursuivre conjointement sur un plan théorique à la faculté et sur un plan pratique par des stages hospitaliers (14).

a. Formation théorique de DCEM 2 :

Sept modules transdisciplinaires sont étudiés durant cette année :

- module n°1 : Santé publique, environnement et société
- module n°7 : Maladies transmissibles, santé et environnement
- module n°9 : Athérosclérose. HTA. Thrombose
- module n°10 : Cancérologie. Onco-hématologie
- module n°15 : Pneumologie
- module n°16 : Dermatologie. Maxillo-faciale. ORL. Ophtalmologie
- module n°17 : Neurologie. Appareil locomoteur

Parmi ces modules, certains cours approchent de près ou de loin l'enseignement de la gynécologie-obstétrique :

- ➔ Maladies sexuellement transmissibles : gonococcie, chlamydie et syphilis dans le cadre du module n°16 conjointement avec quatre autres questions dans 1 temps de 3 heures par le Professeur SCHMUTZ, les Docteurs VERNASSIERE et FAYS-MICHEL.
- ➔ Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin, tumeurs de l'ovaire, tumeurs du sein par le Professeur GUILLEMIN dans le cadre du module n°10 sur 3h30.

b. Formation par module optionnel :

Au cours du 2^{ème} cycle, chaque étudiant doit valider trois modules optionnels. Parmi ces modules, on trouve le module « Santé de la femme et de l'enfant » proposé par le Pr MONIN et qui comporte différents items entrant dans le cadre de l'enseignement de la gynécologie-obstétrique.

c. Formation pratique :

Les stages hospitaliers débutent lors de cette DCEM 2 et sont organisés selon une maquette. Durant l'année de DCEM 2, ainsi que pendant la DCEM 3 et la DCEM 4, les étudiants effectuent quatre stages de 3 mois chacun. Ainsi, douze stages sont proposés aux étudiants dont six sont obligatoires. En effet, les services hospitaliers du CHU de Nancy ou des établissements associés sont classés en 6 groupes. Les six stages obligatoires sont à choisir parmi ces six groupes. Le service de Gynécologie-Obstétrique appartient au groupe 6.

Répartition des services hospitaliers par groupe

GROUPE 1					
MÉDECINE INTERNE, HÉMATOLOGIE, CAV, MALADIES INFECTIEUSES, DERMATOLOGIE					
Coordonnateurs : Prs BARDAUD - WAHL	Médecine D	Hématologie & médecine interne	Oncologie CAV	Maladies infectieuses & tropicales	Dermatologie
	Médecine H	Hématologie biologique	Radiothérapie	Hygiène hospitalière	Centre Anti Poison
	Médecine L	Médecine interne orpheline et systémique	Chirurgie A - CAV	Pharmacologie	
		Médecine interne à orientation digestive			
GROUPE 2					
NÉPHRO-URO - DIGESTIF - URGENCE - ANESTHÉSIE					
Coordonnateurs : Prs HESTIN - BRESLER	Hépto-Gastro-Entérologie	Radiologie digestive - Braboïs	Néphrologie	Réanimation médicale polyvalente	SAMU
	Chirurgie C		Urologie	Réanimation médicale Braboïs	Urgences - Central
				Anesthésie - Central	Anesthésie-réa chirurgie Central
				Anesthésie - Braboïs	Anesthésie-réanimation neurochirurgie Central
GROUPE 3					
ENFANTS					
Coordonnateurs : Pr CHASTAGNIER	Médecine infantile 1	chir inf orthopédique	Cardiologie infantile	Néonatalogie	Psychiatrie infanto-juvénile
	Médecine infantile 2	chir inf viscérale	Exploration fonct. Pédiatrique		
	Médecine infantile 3		Radiologie pédiatrique		
GROUPE 4					
NEUROLOGIE - APPAREIL LOCOMOTEUR - ORL - CHIRURGIE MAXILLO FACIALE					
Coordonnateurs : Prs CHARY-VALKENAIRE - BARROCHE	Neurologie	ORL	Chirurgie plastique & reconstructrice	Rhumatologie	
	Neurochirurgie	Chirurgie maxillo-faciale	Clinique de traumatologie	Chirurgie orthopédique & traumatologique	
	Neuroradiologie			ATOL	
	Réadaptation			Radiologie - Central	
GROUPE 5					
CŒUR - POUMON					
Coordonnateurs : Prs CHABOT - JULLIÈRE	Cardiologie - Braboïs	Chirurgie CV & Transplant.	Pneumologie	Chirurgie générale & Urgences	
	Cardiologie - Jeanne d'Arc	Chirurgie vasculaire & endoluminale	Exploration fonct. Respiratoire	Radiologie - Braboïs	
			Maladies respiratoires		
GROUPE 6					
ENDOCRINOLOGIE - GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE - OPHTALMOLOGIE - PSYCHIATRIE- GERIATRIE- IMMUNOLOGIE					
Coordonnateurs : Prs PI-ZIEGLER	Immunologie clinique	Médecine B	Médecine E Endocrinologie	Gynécologie-obstétrique	Psychiatrie et Psychologie clinique
	SIMES	Long séjour	Médecine nucléaire	Ophthalmologie - Braboïs	Centre psychothérapique
	Maladies professionnelles	Maison hospitalière St Charles	Explo fonct. Métabol	Ophthalmologie - Central	Unité médico-sociale
		Centre Spillmann	Médecine G		

La grille de stage, choisie par l'étudiant en début de DCEM 2, représente l'ordre de déroulement des stages dans les groupes.

TABLEAU RECAPITULATIF DES 6 GRILLES

	DCEM 2				DCEM 3				DCEM 4			
	1er stage	2ème stage	3ème stage	4ème stage	5ème stage	6ème stage	7ème stage	8ème stage	9ème stage	10ème stage	11ème stage	12ème stage
Grille 1	Groupe 1	Groupe 2	Choix libre	Choix libre	Groupe 3	Groupe 4	Choix libre	Choix libre	Groupe 5	Groupe 6	Choix libre	Choix libre
Grille 2	Groupe 2	Groupe 3	Choix libre	Choix libre	Groupe 4	Groupe 5	Choix libre	Choix libre	Groupe 6	Groupe 1	Choix libre	Choix libre
Grille 3	Groupe 3	Groupe 4	Choix libre	Choix libre	Groupe 5	Groupe 6	Choix libre	Choix libre	Groupe 1	Groupe 2	Choix libre	Choix libre
Grille 4	Groupe 4	Groupe 5	Choix libre	Choix libre	Groupe 6	Groupe 1	Choix libre	Choix libre	Groupe 2	Groupe 3	Choix libre	Choix libre
Grille 5	Groupe 5	Groupe 6	Choix libre	Choix libre	Groupe 1	Groupe 2	Choix libre	Choix libre	Groupe 3	Groupe 4	Choix libre	Choix libre
Grille 6	Groupe 6	Groupe 1	Choix libre	Choix libre	Groupe 2	Groupe 3	Choix libre	Choix libre	Groupe 4	Groupe 5	Choix libre	Choix libre

La répartition des postes hospitaliers se fait par trimestre, selon une liste établie en quatre quarts égaux, ainsi que par ordre de mérite.

La seule restriction dans le choix se trouve dans l'impossibilité de faire deux fois un stage dans un même service hospitalier, que ce soit en choix libre ou en choix de groupe.

Dans le cadre de la Gynécologie-Obstétrique, le stage proposé aux externes se déroule à la Maternité Régionale A. Pinard (MRAP). Ses objectifs pédagogiques théoriques et pratiques sont évalués en fin de stage par le chef de service en présence de l'étudiant, par le biais d'une fiche (ANNEXE II) qui doit être retournée à la faculté avec la demande de validation ou non du dit stage. Ces objectifs sont les suivants :

■ *Théoriques en Obstétrique :*

- Préciser les modalités réglementaires de l'examen pré-nuptial
- Connaître les éléments de surveillance clinico-biologique de la grossesse normale
- Connaître les indications et les conditions de réalisation d'une radio-pelvimétrie
- Connaître la mécanique obstétricale de l'accouchement normal
- Décrire les phases de la délivrance normale
- Connaître la surveillance clinique du post-partum non compliqué
- Connaître l'allaitement et ses complications

- Connaître les principaux éléments anamnestiques ou clinico-biologiques qui font de la grossesse en cours une grossesse à risque
- Déterminer la conduite à tenir devant une hémorragie du premier trimestre de la grossesse
- Déterminer la conduite à tenir devant une hémorragie du troisième trimestre de la grossesse
- Déterminer la conduite à tenir devant une fièvre de la femme enceinte
- Déterminer la conduite à tenir devant une hémorragie des suites de couches

■ *Théoriques en Gynécologie :*

- Décrire le cycle menstruel normal
- Connaître les différentes méthodes de contraception, leur efficacité, leurs indications, contre-indications et modalités de surveillance
- Déterminer la conduite à tenir devant des leucorrhées
- Déterminer la conduite à tenir devant des métrorragies
- Déterminer la conduite à tenir devant une aménorrhée secondaire
- Déterminer la conduite à tenir devant des algies pelviennes

■ *Pratiques :*

- Rédaction pertinente d'observations en tenant compte des particularités anamnestiques et cliniques de l'examen gynéco-obstétrical
- Examen pertinent d'une femme enceinte avec en particulier mesure de la hauteur utérine et palper abdominal
- Examen pertinent d'une femme consultant en gynécologie
- Réaliser dans de bonnes conditions techniques : la pose d'un spéculum, des prélèvements endo-cervicaux à la recherche de germes banals ou plus particuliers (mycoplasmes, chlamydiae), un frottis cervico-vaginal
- Assistance à des accouchements normaux et dystociques
- Aides opératoires aux blocs de gynécologie et d'obstétrique

Cette formation pratique se poursuit également dans la participation à un système de gardes sur 4 pôles : Chirurgie, Pédiatrie, Médecine et Gynécologie-Obstétrique. Sur toute la durée du deuxième cycle, 36 gardes minimum doivent être effectuées. Il s'agit d'un minimum car aucun étudiant ne peut refuser une garde qui lui est attribuée même s'il a atteint son quota. A titre indicatif, il est proposé aux étudiants de faire 8 gardes en DCEM 2, 18 en DCEM 3 et 10 en DCEM 4.

Dans le cadre des gardes de Gynécologie-Obstétrique, les externes peuvent suivre des accouchements en salle de naissance et des consultations en urgence à l'UPATOU, que ce soit avec une sage-femme, un interne de spécialité de garde ou un médecin gynécologue-obstétricien. A la fin de chaque garde, le médecin sénior qui a supervisé le travail de l'externe, valide une fiche d'objectifs spécifiques à cette garde à la Maternité (ANNEXE III).

Ces objectifs sont :

- ➔ Rédiger une observation tenant compte des particularités anamnestiques et cliniques de l'examen obstétrical ou gynécologique
- ➔ Mesurer la hauteur utérine chez une femme enceinte
- ➔ Réaliser un palper abdominal chez une femme enceinte
- ➔ Rechercher et écouter les bruits du cœur fœtal
- ➔ Réaliser un toucher pelvien
- ➔ Réaliser dans de bonnes conditions techniques : la pose d'un spéculum, des prélèvements endo-cervicaux
- ➔ Décrire les signes de l'entrée en travail
- ➔ Décrire un accouchement normal (travail et délivrance)
- ➔ Décrire l'examen clinique d'un nouveau-né à terme
- ➔ Assister à des accouchements pathologiques
- ➔ Assister à des expulsions assistées
- ➔ Assister à une césarienne
- ➔ Assister à une coelioscopie

3. DCEM 3 :

a. Formation théorique :

En DCEM 3, neuf modules transdisciplinaires (15) sont étudiés :

- module n°2 : De la conception à la naissance
- module n°3 : Maturation et vulnérabilité
- module n°4 : Handicap. Incapacité. Dépendance
- module n°5 : Vieillesse
- module n°6 : Douleur et soins palliatifs, accompagnement
- module n°8 : Immunopathologie. Réactions inflammatoires
- module n°12 : Nutrition. Endocrinologie
- module n°13 : Digestif
- module n°14 : Néphrologie. Urologie

A noter que les modules 4, 5 et 6 sont communs à la DCEM 3 et à la DCEM 4.

Parmi ces modules de DCEM 3, c'est naturellement le module n°2 « De la conception à la naissance », dont le coordinateur est le Pr BOUTROY, qui forme les étudiants à la Gynécologie-Obstétrique avec au programme par séances de 3 heures :

Professeur SCHWEITZER :

- ➔ Examen prénuptial
- ➔ Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte
- ➔ Principales complications de la grossesse : hémorragie génitale, interruption spontanée de grossesse
- ➔ Prématurité et RCIU : facteurs de risque et prévention

Professeur BOUTROY :

- ➔ Principales complications de la grossesse : fièvre et grossesse, HTA et grossesse
- ➔ Accouchement, délivrance et suites de couches normales
- ➔ Evaluation et soins du nouveau-né

Professeur JUDLIN :

- ➔ Principales complications de la grossesse : diabète et grossesse, menace d'accouchement prématuré
- ➔ Infections génitales de la femme. Leucorrhées

Professeurs MONNIER-BARBARINO et SIBERTIN-BLANC :

- ➔ Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum
- ➔ Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours
- ➔ Contraception
- ➔ IVG (Interruption Volontaire de Grossesse)

Professeur DEVAL :

- ➔ GEU (Grossesse Extra Utérine)
- ➔ Anomalie du cycle menstruel. Métrorragies
- ➔ Conduite à tenir devant une aménorrhée
- ➔ Conduite à tenir devant une tuméfaction pelvienne chez la femme

Professeur HASCOET :

- ➔ Prévention des risques fœtaux : infections, médicaments, toxiques, irradiations
- ➔ Allaitement et complications

Professeurs MONNIER-BARBARINO et FOLIGUET :

- ➔ Stérilité du couple : conduite de la 1^{ère} consultation
- ➔ AMP (Aide Médicale à la Procréation) : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques

Professeurs JONVEAUX et LEHEUP :

- ➔ Problèmes posés par les maladies génétiques à propos :
 - d'une maladie chromosomique : la trisomie 21
 - d'une maladie génique : la mucoviscidose
 - d'une maladie d'instabilité : le syndrome de l'X fragile

Une question portant également sur la Gynécologie –Obstétrique est présentée aux étudiants de DCEM 3 dans le module n°3 : Maltraitance et enfant en danger. PMI, traitée en 1 heure par le Professeur MONIN.

Au décours de cette formation théorique, les étudiants se présentent à un examen écrit sanctionnant leur apprentissage. Pour l'année universitaire 2005 / 2006, il se déroulait le 13 Juin 2006, sur une durée de 3 heures sous forme de 3 dossiers valant chacun 40 points soit 1/3 de la note globale au module :

- 3 ont été proposés par le Professeur BOUTROY :
 - + Grossesse extra-utérine (GEA) sur dispositif intra-utérin (DIU) avec analyse d'images échographiques
 - + Menace d'accouchement prématuré (MAP) sur primo-infection herpétique avec interprétation d'un monitoring
 - + Accouchement normal en présentation céphalique et délivrance
- 1 cas clinique du Professeur FOLIGUET sur le sujet de la stérilité et de l'aide médicale à la procréation (AMP)
- 1 cas du Professeur DEVAL sur l'orientation diagnostique devant un syndrome douloureux abdomino-pelvien droit

A l'issue de cette session de juin, les étudiants ajournés doivent se présenter à une session de rattrapage qui a eu lieu en septembre 2006 sous forme de 3 cas cliniques :

- * n°1 du Professeur SCHWEITZER sur le suivi global de la grossesse de la déclaration à l'accouchement
- * n°2 du Professeur SIBERTIN-BLANC sur le psychisme de la femme enceinte
- * n°3 du Professeur JUDLIN sur les métrorragies et douleurs pelviennes

b. Formation par module optionnel :

Tout comme en DCEM 2, les étudiants de DCEM 3, peuvent choisir un enseignement optionnel de 2^{ème} cycle. Pour les DCEM 3, les cours du Professeur MONIN sur « Santé de la mère et de l'enfant » sont encore proposés.

c. Formation pratique :

Elle se déroule selon les mêmes modalités qu'en DCEM 2.

4. DCEM 4 :

Cette dernière année du deuxième cycle conclue les enseignements (16) menant à l'acquisition des compétences cliniques et thérapeutiques et des capacités d'adaptation de l'étudiant à exercer ses fonctions hospitalières de 3^{ème} cycle puisqu'à la fin de cette DCEM 4, tous les étudiants se présentent à l'Examen National Classant (ENC), en vue du choix de leur spécialité.

a. Formation théorique :

En DCEM 4, cinq modules transdisciplinaires sont étudiés :

- module n°4 : Handicap. Incapacité. Dépendance

- module n°5 : Vieillissement
- module n°6 : Douleur et soins palliatifs, accompagnement
- module n°11 : Synthèse clinique et thérapeutique
- module n°18 : Psychiatrie

Au travers de ces différents modules, certains sujets abordés ont trait à la Gynécologie-Obstétrique, à savoir :

- ➔ 1 heure de formation par le Docteur GUILLET-MAY sur l'Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles dans le cadre du module n°11
- ➔ 1 heure de formation par le Docteur DELAPORTE sur le Syndrome Pré-Eclampsique et une deuxième heure sur La douleur abdominale aigue de la femme enceinte dans le cadre du module n°11
- ➔ dans un temps de 3 heures, la question de la Ménopause et Andropause est traitée par le Professeur WERHYA avec d'autres sujets du module n°5 (à signaler que ce cours est commun pour les étudiants de DCEM 3 et DCEM 4).

b. Formation par module optionnel :

Le programme de ces enseignements reste le même pour les DCEM 4 que pour les étudiants de DCEM 2 et DCEM 3.

c. Formation pratique :

Elle se déroule également selon les mêmes modalités que les deux années d'études précédentes.

5. En conclusion :

Dans le cadre de ce deuxième cycle d'études médicales, l'enseignement de la Gynécologie-Obstétrique se fait principalement par le module n°2 du Professeur BOUTROY, même si d'autres cours abordent la Gynécologie-Obstétrique comme montré ci-avant.

Pourtant, on peut regretter que trois autres questions concernant la Gynécologie-Obstétrique et qui appartiennent au programme élaboré dans le cadre de l'arrêté du 10 Octobre 2000 concernant les enseignements de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (ANNEXE IV) n'aient pas été traitées durant cette année 2005 / 2006 à la Faculté de Nancy. A savoir :

- question n°40 : Sexualité normale et ses troubles
- question n°243 : Hémorragie génitale chez la femme
- question n°292 : Algies pelviennes chez la femme

D'autre part, il est à noter que l'APP, ou Apprentissage Par Problème, n'est plus organisé à la Faculté de Médecine de Nancy depuis la rentrée universitaire 2005/2006.

Quant à l'enseignement pratique, il reste extrêmement ouvert au choix des étudiants puisque dans le groupe 6 auquel appartient la Gynécologie-Obstétrique, treize autres services hospitaliers sont représentés. Ainsi, seulement certains étudiants choisiront un stage de Gynécologie-Obstétrique lors de leur passage en groupe 6. Pour les autres choix considérés comme libres, c'est donc à eux d'exprimer dans leur sélection leur désir de formation pratique en Gynécologie-Obstétrique.

Il est alors dommage que, parfois, certains étudiants ne choisissant la Gynécologie-Obstétrique ni dans le groupe 6 ni en choix libre n'aient pas, au cours de leur second cycle, la possibilité de se former à cette spécialité.

II. C : Troisième cycle d'études médicales :

C'est le cycle de la professionnalisation qui mènera les étudiants, qui accèdent alors au statut d'internes en médecine générale depuis la rentrée 2004/2005 (auparavant résidents en médecine générale), à la fin de leur cursus universitaire et à l'obtention de leur doctorat en médecine par la soutenance de leur thèse.

Depuis Septembre 2004, les internes suivent la maquette du DES de médecine générale selon le décret 2004-67 et l'arrêté du 22 Septembre 2004. Cette maquette prévoit une formation théorique et pratique sur trois ans. Pour ces internes, la validation du DES nécessite en plus, la rédaction d'un mémoire qu'ils devront soutenir devant les membres de la Commission Interrégionale du DES.

1. Formation théorique :

Elle est organisée par l'enseignant coordonnateur et les responsables du DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale). Tous les enseignements sont assurés par deux enseignants : un médecin généraliste et un universitaire.

Chaque année, l'enseignement se décompose en trois axes : l'enseignement modulaire pour la pratique de la médecine générale, les séminaires et l'initiation à la FMC (Formation Médicale Continue).

a. TCEM 1 :

- **Enseignement modulaire :**

Médecine générale : il se compose de 10 séances de 3 heures et chaque séance propose deux dates de présence :

MG1-1 : La femme enceinte. Cet enseignement réalisé les 9 et 24 Novembre 2005 a été proposé par les Docteurs GERARD et RAPHAEL, en binôme avec le Docteur LEMARIE. Cette séance sera plus amplement développée dans la partie III de cette thèse puisqu'elle en est le centre.

MG1-2 : Suivi des patients atteints de pathologies chroniques.

MG1-3 : Pathologie bronchopulmonaire obstructive chronique et maladie asthmatique hors asthme aigu grave

MG1-4 : Pathologie veineuse.

MG1-5 : Dermatologie du praticien.

MG1-6 : Conduites pratiques face aux infections courantes.

MG1-7 : La ménopause. Cet enseignement proposé par les Docteurs STEYER.E et AUBREGE ainsi que le Docteur GROUSSIN ne sera pas explicité ici dans sa globalité. Cependant, il est évident qu'il participe à la formation des étudiants dans le domaine de la Gynécologie-Obstétrique et il est donc intéressant de noter ses objectifs :

- . Identifier les problèmes les plus fréquents en rapport avec la ménopause
- . Apporter les informations nécessaires à la patiente
- . Négocier la stratégie de prise en charge curative et préventive la mieux adaptée
- . Prescrire et adapter un traitement hormonal substitutif

MG1-8 : Contraception, IVG. Par les Docteurs GERARD et BIRGE et les Docteurs DANDACHI et ZACCABRI. Au même titre que l'enseignement MG1-7 précédent, ses objectifs sont, pour le thème de la contraception :

- . Expliciter le contenu d'une première consultation pour contraception
- . Enumérer et hiérarchiser les indications et contre-indications des différents moyens de contraception
- . Rédiger et commenter une première ordonnance de pilule
- . Expliquer le suivi d'une contraception orale, d'une contraception par stérilet
- . Prescrire les examens biologiques au cours du suivi d'une contraception orale
- . Prescrire une contraception post-coïtale
- . Décrire le cadre légal de la stérilisation volontaire

Et pour le thème de l'IVG :

- . Décrire le cadre légal de l'IVG
- . Lister les avantages et inconvénients de l'IVG par RU 486

MG1-9 : Migraines et autres céphalées

MG1-10 : Petite chirurgie et matériel au cabinet médical.

Gérontologie : ces quatre séances visent à former le futur médecin généraliste sur tout ce qui approche la personne âgée dans son physique, son psychique, son environnement social ; aussi bien au niveau de la législation, de la thérapeutique que de la rééducation.

G1-1 : Introduction. Vieillesse normale et pathologique

G1-2 : La thérapeutique en gérontologie

G1-3 : Plainte mnésique, démence, dépression

G1-4 : Dépendance et maintien à domicile

Alcoologie : sous forme d'une séance de 3 heures.

Communication en médecine générale : en 2 séances :

C1-1 : La relation médecin –patient

C1-2 : Qualités et sources d'information médicale

Recherche en médecine générale : une séance sur l'initiation à la recherche en médecine générale.

- **Séminaires :**

Ils se déroulent sur une journée dans un temps horaire d'environ 7 heures :

S1-1 : Pédiatrie

S1-2 : Facteurs de risque cardiovasculaire

S1-3 : Urgences et médecine générale

- **Initiation à la FMC :**

Dès la TCEM 1, les étudiants sont invités à s'intéresser à la Formation Médicale Continue en suivant des réunions organisées par les différentes associations d'enseignement post-universitaire. A la fin de leur 3^{ème} cycle, ils doivent justifier de leur présence à 3 séances de FMC. Cela concourt à l'obtention de leur DES.

b. **TCEM 2** :

- **Enseignement modulaire :**

Médecine générale : il se déroule sur neuf séances :

MG2-1 : Relations médecin- pharmacien

MG2-2 : HTA

MG2-3 : Insuffisance cardiaque et insuffisance coronarienne

MG2-4 : Nutrition et conseils diététiques

MG2-5 : Diététique des excès et des insuffisances pondérales

MG2-6 : Troubles fonctionnels digestifs

MG2-7 : Infections, troubles menstruels et dépistage gynécologique. Cet enseignement prodigué par les Docteurs STEYER et DELEPLANCQUE ou les Docteurs SIEGRIST et DELAPORTE, complète un peu plus les connaissances des internes en proposant comme objectifs :

. Diagnostiquer et traiter une infection gynécologique

. Assurer le dépistage des dysplasies et des carcinomes du col utérin

. Assurer le dépistage des cancers du sein

. Analyser et traiter les perturbations des règles

MG2-8 : Asthénie et fatigue

MG2-9 : Pathologies ano-rectales

Santé publique : en quatre séances :

SP2-1 : Education pour la santé et médecine générale

SP2-2 : Environnement et santé

SP2-3 : Evaluation des pratiques professionnelles

SP2-4 : Dépistage

Exercice professionnel : en une séance sur les organismes payeurs et les documents administratifs.

Recherche en médecine générale :

Th2-1 : Préparation de la thèse

Th2-2 : Recherche bibliographique

- **Séminaires :**

Comme en TCEM 1, ils se déroulent sur une journée de formation :

S2-1 : Pathologies de l'appareil locomoteur

S2-2 : Dossier médical

S2-3 : Diabète et dyslipidémies

S2-4 : Economie de la santé et sécurité sociale

- **Initiation à la FMC :**

Selon les mêmes principes qu'en TCEM 1.

c. **TCEM 3 :**

- **Enseignement modulaire :**

Médecine générale : en huit séances de 3 heures :

MG3-1 : Toxicomanies

MG3-2 : Tabac et sevrage tabagique

MG3-3 : Médecine générale et prescription orthophonique

MG3-4 : Prescriptions symptomatiques

MG3-5 : Introduction à la FMC

MG3-6 : Médecine du sport et médecine générale

MG3-7 : Troubles du sommeil de l'adulte

MG3-8 : Surveillance post-thérapeutique en cancérologie

Exercice professionnel : en trois séances de 3 heures

P3-1 : Préparation à l'exercice professionnel

P3-2 : Gestion administrative du cabinet

P3-3 : Nomenclature, comptabilité et fiscalité du cabinet

- **Séminaires :**

Toujours sur le principe d'une journée de formation :

S3-1 : Urologie.Néphrologie

S3-2 : Anxiété, dépression, psychoses

S3-3 : Pathologies du rachis

S3-4 : Plaies et cicatrisation

S3-5 : Médecine générale et éthique

d. **Evaluation de la formation théorique :**

Elle se déroule à chaque fin d'année universitaire par le biais de procédés d'évaluation sanctionnante de type Examen clinique objectif structuré (ECOS) qui visent à mesurer le degré des compétences professionnelles à pratiquer la médecine générale.

Cet examen ECOS est couplé à une valorisation de l'assiduité personnelle aux différents enseignements. En effet, les étudiants disposent d'une fiche à faire signer par l'enseignant

responsable de chaque cours. Un système de pondération par rapport à la participation de l'étudiant lui donne jusqu'à 40% de sa note finale. Les 60% restants correspondent à la note obtenue à l'ECOS.

Pour l'année universitaire 2005/2006, l'ECOS des TCEM 1 (année dans laquelle est prodigué l'enseignement auquel nous nous intéressons dans cette thèse), a eu lieu le 24 Juin 2006 mais ne comportait aucune station sur le sujet de la grossesse. Ce thème avait fait l'objet d'une station d'ECOS il y a deux ans en Juin 2004.

Comme durant l'année universitaire 2003/2004, l'enseignement sur le suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste existait déjà dans le programme des TCEM 1, il nous a semblé intéressant de détailler ici son évaluation : la station ECOS se présente de la façon suivante : un scénario est remis aux deux médecins généralistes qui vont être l'un le patient simulé, l'autre l'évaluateur de l'étudiant. Ce scénario brosse en quelques lignes l'ambiance générale de ce « jeu de rôles ».

Pour le thème de la grossesse, le scénario consiste en :

SCENARIO :

Une patiente vient consulter son médecin traitant pour sa visite du 4^{ème} mois de grossesse, elle l'a déjà consulté pour les premières visites.

Date des dernières règles : 7 Octobre 2003.

Des objectifs accompagnent ce scénario :

OBJECTIFS ECOS 2004 :

1. Lister les examens cliniques à effectuer (visite à 17 SA)
2. Lister les examens biologiques et échographiques à prescrire (17 SA)
3. Donner une information claire et faire la prescription du dépistage sanguin du risque de Trisomie 21 par le dosage de l'HT 21.
4. Lister les conseils hygiéno-diététiques à donner.
5. Lister les conseils à donner en rapport avec le statut sérologique.

Des instructions sont remises aux professeurs pour que l'un d'entre eux devienne le patient simulé qui prendra part à l'entretien médical :

INSTRUCTIONS AU PATIENT SIMULE :

Vous êtes Mme C. âgée de 25 ans, vous consultez pour la visite du 4^{ème} mois de grossesse. C'est votre première grossesse.

- Date des dernières règles : 07/10/2003

- Les examens biologiques réalisés en début de grossesse ont montré les résultats suivants :
 1. groupe sanguin O Rh+
 2. agglutinines irrégulières : recherche négative
 3. sérologie rubéole : négative
 4. sérologie toxoplasmose : négative
 5. TPHA-VDRL : négatif
 6. sérologie VIH : négative
 7. recherche d'albuminurie et de glycosurie négative
- Aux dernières visites (faites par votre médecin traitant), l'examen clinique était normal, ainsi que l'échographie du 1^{er} trimestre faite le 17/12/2003.

Vous demandez à votre médecin une prise de sang, une échographie et des conseils par rapport à votre statut sérologique.

En miroir, l'étudiant évalué reçoit des instructions et des données cliniques lui permettant de se constituer l'équivalent d'un dossier médical mais aussi de se plonger dans le cadre de cette consultation simulée :

INSTRUCTIONS A L'ETUDIANT :

Madame C, 25 ans, vient consulter pour sa visite du 4^{ème} mois de grossesse (c'est une 1^{ère} grossesse).

- date des dernières règles : 07 Octobre 2003
- échographie du 1^{er} trimestre réalisée le 17 Décembre 2003 : normale
- déclaration de grossesse faite le 22 Décembre 2003
- les examens biologiques faits en début de grossesse ont montré :
 1. groupe sanguin O Rh+
 2. agglutinines irrégulières : recherche négative
 3. sérologie rubéole : négative
 4. sérologie toxoplasmose : négative
 5. TPHA-VDRL : négatif
 6. sérologie VIH : négative
 7. recherche d'albuminurie et de glycosurie négative

Elle vous demande quels examens complémentaires sont à réaliser et des conseils pour la bonne poursuite de sa grossesse. Vous avez 6 minutes.

Enfin, une grille d'évaluation est donnée au second professeur qui a à charge de valider les objectifs atteints ou non par l'étudiant :

GRILLE D'EVALUATION

Nom de l'étudiant :

	FAIT	NE FAIT PAS
1. <u>EXAMEN CLINIQUE</u> ▪ poids ▪ tension ▪ HU ▪ TV		
2. <u>EXAMENS BIOLOGIQUES</u> ▪ Sérologie rubéole ▪ Sérologie toxoplasmose ▪ Albuminurie, glycosurie ▪ Dépistage HT 21 1. Dépistage d'anomalies chromosomiques 2. A réaliser entre 15 et 18 SA 3. Examen de premier niveau 4. Existence de faux négatifs et de faux positifs 5. utilise les formulaires spécifiques pour recueillir le consentement signé de la patiente (les formulaires seront fournis)		
3. <u>EXAMEN ECHOGRAPHIQUE</u> - le propose pour la 22^{ème} SA		
4. <u>CONSEILS</u> ▪ Information sur la nocivité de la consommation d'alcool et tabac ▪ Information sur les précautions nécessitées par la négativité de la sérologie toxoplasmique (Chat - Viande) ▪ Vaccination rubéole après la grossesse		
5. <u>UTILISE UN LANGAGE APPROPRIE</u>		

Les points attribués à cette station d'ECOS sont très détaillés :

GRILLE D'EVALUATION :

1. Examen clinique :
 - poids : 0.5 point
 - TA : 0.5 point
 - HU : 0.5 point
 - TV : 0.5 point

2. Examens biologiques :

- sérologie rubéole : 1.0 point
- sérologie toxoplasmose : 1.0 point
- albuminurie – glycosurie : 1.0 point
- dépistage HT 21 :
 - dépistage d'anomalies chromosomiques : 2.0 points
 - à réaliser entre 15 et 18 SA : 1.0 point
 - examen de premier niveau : 1.5 points
 - existence de faux négatifs et de faux positifs : 1.5 points
 - utilise les formulaires spécifiques pour recueillir le consentement éclairé de la patiente : 2.0 points

3. Examen échographique :

- le proposer pour la 22^{ème} SA : 2.0 points

4. Conseils :

- alcool – tabac : 1.0 point
- chat – viande : 1.0 point
- vaccination rubéole après la grossesse : 1.0 point

5. Utiliser un langage approprié : 2.0 points

Soit un total de 20 points

Il est certain que ce mode d'évaluation des formations théoriques se veut avant tout professionnel afin de pouvoir juger au plus proche des capacités de l'étudiant à mener à bien une consultation de médecine générale au cabinet.

e. **Conclusion sur la formation théorique :**

Le programme des trois années du DES de Médecine générale a pour objectif l'acquisition des aptitudes à l'exercice de la médecine générale ambulatoire, des compétences professionnelles de médecine générale.

Il s'agit également d'un enseignement théorique qui se veut polyvalent et interactif par le biais du trinôme : étudiant / médecin généraliste enseignant / spécialiste universitaire, lors des séances d'enseignement modulaire et des séminaires.

La formation sur des sujets de Gynécologie-Obstétrique y est bien représentée puisque neuf heures sont consacrées à des problèmes de gynécologie médicale et que le suivi de la grossesse requiert la réalisation d'un cours de trois heures.

Nous allons spécialement nous intéresser à cet enseignement pour savoir sur quels items il s'appuie, afin d'apporter aux étudiants le maximum de capacités à gérer une consultation avec une femme enceinte au cabinet de médecine générale.

2. Formation pratique :

La maquette du DES de Médecine générale prévoit une répartition de la formation pratique des étudiants en six stages d'un semestre chacun :

→ trois semestres dans des services agréés pour la médecine générale:

- un semestre en médecine d'adultes (médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente ou gériatrie de court séjour)
- un semestre en médecine d'urgence (service d'accueil des urgences, réanimation)
- un semestre en pédiatrie et gynécologie

→ un semestre auprès de praticiens généralistes en cabinet de médecine générale pendant quatre mois au minimum et dont une partie peut-être effectuée dans un dispensaire, un service de protection maternelle et infantile, un service de santé scolaire, un centre de santé ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires ; à l'exclusion de services hospitaliers.

→ deux semestres libres laissés au choix de l'étudiant, effectués dans des lieux de stage agréés pour la médecine générale ; dont un se fait préférentiellement en secteur ambulatoire et que l'on nomme SASPAS ou stage ambulatoire en soins primaires autonome supervisé.

La répartition des postes se fait par appel nominal selon l'ordre décroissant d'une liste de classement en fonction de l'ancienneté des fonctions, comptée en semestres validés, et d'une ventilation par tiers selon ordre de mérite aux examens.

Il existe des obligations de choix, imposées par le respect de la maquette de stage.

Pour l'année universitaire 2005/2006 : 63 étudiants étaient inscrits en TCEM1, 68 en TCEM2 et 95 en TCEM3.

Les postes étaient répartis de la façon suivante :

- 39 postes fléchés Pédiatrie / Gynécologie-Obstétrique
- 29 postes fléchés Urgences
- 37 postes fléchés Médecine d'Adultes
- 12 postes fléchés Ambulatoire
- 33 postes fléchés Libre

La différence entre le nombre d'étudiants inscrits et le nombre de postes proposés correspond à des internes en stage à l'étranger, en stage inter-CHU, en disponibilité, en arrêt maladie ou bien en stage de formation militaire.

a. Stages hospitaliers en service de Gynécologie-Obstétrique :

En région Lorraine, il existe différents services de Gynécologie-Obstétrique qui sont agréés pour accueillir des internes en médecine générale pour réaliser un stage fléché Pédiatrie / Gynécologie-Obstétrique. Pour l'année 2005/2006, la répartition se faisait de la sorte :

. CH Maillot de Briey (54) : Service de Gynécologie-Obstétrique / Maternité. Docteur Danièle PERRIN : 1 poste

. CHG de Lunéville (54) : Service de Maternité. Docteur Souhail ALOUINI : 1 poste

- . Association hospitalière du bassin de Longwy- Mont Saint Martin (54) : Service de Maternité. Docteur Denis UNTERSINGER : 1 poste
- . CH de Bar-le-Duc (55) : Service de Gynécologie-Obstétrique. Docteur Pascal LORAILLIERE : 1 poste
- . CH de Verdun (55) : Département Mère-Enfant, Pédiatrie, Néonatalogie, Gynécologie. Docteur Laurent PANNEQUIN : 3 postes
- . CHR Bonsecours de Metz (57) : Service de Gynécologie-Obstétrique. Docteur Pascal MANINI : 1 poste
- . CH de Sarrebourg (57) : Service de Gynécologie-Obstétrique. Docteur Antoine GROETZ : 1 poste
- . CH du Parc de Sarreguemines (57) : Service de Maternité Gynécologie. Docteur Benoît SONTAG : 1 poste
- . CHG de Epinal (88) : Service de Gynécologie-Obstétrique. Docteur Jean-Marie SCOTTON : 2 postes
- . CHG de Neufchâteau (88) : Service de Maternité, Département Mère-Enfant, Pédiatrie. Docteur Alain HENRY : 1 poste
- . CHG de Remiremont (88) : Service de Gynécologie-Obstétrique. Docteur Didier HENRY : 1 poste
- . CH de Saint-Dié (88) : Service de Gynécologie-Obstétrique. Docteur Gaston RINGELE : 1 poste

soit 15 postes en Gynécologie-Obstétrique alors que 24 postes sont ouverts en Pédiatrie.

Pour certains de ces stages, il existe une division du semestre en deux afin de pouvoir coupler le stage avec un service de Pédiatrie tel que le stipulent les textes réglementant l'enseignement pratique du 3^{ème} cycle de médecine générale (ANNEXE IV).

Pourtant à la Faculté de Médecine de Nancy, et bien que la maquette des stages date de Mai 2002, il n'est pas proposé à tous les étudiants un stage couplé Pédiatrie / Gynécologie-Obstétrique. Ils sont donc nombreux à recevoir une formation soit en Gynécologie-Obstétrique soit en Pédiatrie de façon exclusive.

b. Stages chez le praticien en médecine générale ambulatoire :

L'étudiant de 3^{ème} cycle de médecine générale peut aussi recevoir une formation en Gynécologie-Obstétrique lors de son stage chez le médecin généraliste.

A la Faculté de Nancy, et pour l'année 2005/2006, les médecins généralistes agréés en qualité de maîtres de stage sont :

31 en Meurthe-et-Moselle

16 en Meuse

28 en Moselle

23 dans les Vosges

et on recense, également, un praticien en Haute-Marne et cinq au Luxembourg.

Ces stages peuvent se faire chez un maître de stage unique, un binôme de maîtres de stage ou un trinôme de maîtres de stage.

Il est difficile d'évaluer quelle proportion des consultations de ces médecins généralistes se rapporte à la Gynécologie ou à l'Obstétrique et plus précisément à la grossesse, c'est pourquoi, une question concernant ce stage a été intégrée dans notre étude.

c. Stage ambulatoire en soins primaires autonome supervisés ou SASPAS :

En Lorraine, six SASPAS agréés par le DUMG sont proposés aux étudiants au cours de l'année.

Le principe général de ce stage repose sur une autonomie complète de l'étudiant dans les actes (consultations et visites) dont le maître de stage a la pratique habituelle. La supervision est à la fois directe par revue systématique des dossiers des patients examinés chaque jour et indirecte par la participation à des groupes d'échange de pratiques entre les maîtres de stage du SASPAS.

Tout comme les stages chez le praticien, la pratique de la Gynécologie-Obstétrique et les consultations relatives à la grossesse sont difficilement quantifiables, à moins de réaliser une enquête spécifique avec questionnaire, ce qui pourrait être l'objet d'un travail de recherche ou de thèse ultérieur.

d. Evaluation de la formation pratique :

A l'issue de chaque stage, une fiche d'évaluation, remplie par les chefs de service ou les maîtres de stage et comportant leurs appréciations sur le semestre effectué, est retournée à la Faculté pour que le Doyen se prononce sur la validation ou non de ce stage. Il a été convenu que tout stage d'une durée inférieure à quatre mois ne pouvait être présenté comme validant.

Cette fiche de stage comporte un cadre administratif nominatif et une grille d'évaluation de douze aptitudes professionnelles qui seront cotées de A = très bien à E = mauvais. Pour une évaluation notée E, une motivation manuscrite doit être jointe.

Les aptitudes professionnelles évaluées sont (ANNEXE V) :

- *Connaissances théoriques
- *Aptitudes diagnostiques
- *Aptitudes thérapeutiques
- *Aptitudes à l'urgence
- *Aptitudes à la synthèse du dossier
- *Aptitudes à la décision
- *Présentation orale de dossiers
- *Relations avec les patients
- *Hygiène/Propreté
- *Ponctualité/Assiduité
- *Intégration dans l'équipe de soins ou le cabinet médical
- *Acquisitions au cours du stage

Au verso de cette fiche, un cadre réservé au chef de service ou au maître de stage permet d'intégrer des observations sur les aspects positifs ou les difficultés rencontrées pendant le stage.

Il est important de noter que cette fiche d'évaluation est la même quel que soit le stage : hospitalier ou ambulatoire.

e. Conclusion sur l'enseignement pratique :

Dans le cadre de la formation pratique des internes de médecine générale, on peut remarquer que les postes en Service de Gynécologie-Obstétrique ne représentent pas même la moitié de ceux proposés dans le fléchage Pédiatrie/Gynécologie de la maquette.

Certes, la Gynécologie-Obstétrique est une spécialité dans laquelle l'interne de médecine générale aura plus de difficultés à trouver sa place du fait, entre autre, de la présence des élèves sage-femmes et des internes de spécialité ; cependant, il pourrait être plus avantageux en terme d'apprentissage pratique de tenter de coupler un maximum de stages Pédiatrie et Gynécologie-Obstétrique, permettant ainsi à un plus grand nombre d'internes de faire trois mois de Pédiatrie et trois mois de Gynécologie-Obstétrique en milieu hospitalier.

D'autre part, permettre un accès plus large à ces stages pour les internes amènerait peut-être certains à se découvrir un nouvel intérêt : poursuivre cette pratique lors de leur installation en cabinet libéral avec la réalisation de suivis gynécologiques et de surveillance de grossesse normale.

L'enquête menée dans cette thèse cherche aussi à savoir, par le biais de quelques questions posées directement aux étudiants, quelle place trouve l'interne de médecine générale dans un Service de Gynécologie-Obstétrique, si elle est la même dans tous les services qui accueillent des étudiants, et quelles aptitudes professionnelles sont requises pour qu'il mène à bien ce stage.

II.D : Les autres formations proposées par la Faculté de Médecine de Nancy :

1. Un complément de formation : le diplôme inter-universitaire en gynécologie et obstétrique :

Il est proposé à la Faculté de Médecine de Nancy depuis la rentrée universitaire 2005/2006 sous la direction du Professeur JUDLIN avec l'assistance du Professeur SCHWEITZER pour l'enseignement théorique et du Docteur ROUTIOT pour la formation pratique. Ce DIU ou Diplôme Inter Universitaire est mis en place en association avec vingt autres universités de France et des DOM-TOM dans le but (17) de répondre aux objectifs prioritaires de santé publique concernant notamment la santé des femmes dont certains objectifs sont actuellement insuffisamment assurés.

Ce DIU tend à compléter la formation théorique et pratique des futurs médecins généralistes au cours du 3^{ème} cycle d'études ou après installation puisqu'il est ouvert aux internes, résidents et médecins généralistes installés.

Il se déroule sur un an à raison de 80 heures d'enseignement théorique et enseignements dirigés ; et de 40 vacations en consultation ou en activité équivalente en PMI, salle de naissance, UPATOU.

L'enseignement théorique (17) porte sur les bases fondamentales de la Gynécologie-Obstétrique, la santé publique, la législation, l'épidémiologie, les dépistages et stratégies de prévention, les examens complémentaires, les surveillances après traitement, la prise en

charge des symptômes courants de la pathologie gynécologique et mammaire, la grossesse, les accouchements inopinés, l'IVG.

L'enseignement pratique évolue selon les consultations suivies par l'étudiant : de la consultation de suivi gynécologique aux urgences gynécologiques ; en passant par le suivi de grossesses normales et pathologiques.

Le diplôme est acquis au terme de trois épreuves :

- un examen écrit de 3 heures, composé de six cas cliniques dont les sujets sont nationaux. Cet examen est corrigé par un jury national. Toute note inférieure à 12/20 est invalidante.
- une validation pratique par le maître de stage, secondairement confirmée par un jury régional.
- un mémoire sur un sujet choisi par l'étudiant et son maître de stage. C'est aussi un jury régional qui le valide.

Pour l'année 2005/2006, les inscriptions étaient limitées à vingt places.

2. La Semaine Médicale de Lorraine :

Il s'agit d'une formation non diplômante organisée dans les locaux de la Faculté de Médecine de Nancy par le DFP ou Département de Formation Permanente. Cette formation est accessible à tout médecin généraliste et est gratuite pour les étudiants de 3^{ème} cycle.

Elle s'est déroulée du 10 au 13 Octobre 2005 sous forme de conférences à la carte d'une durée de 45 minutes, de séances thématiques et d'ateliers de 1h45 et de stages hospitaliers d'une demi-journée.

Parmi les 94 conférences proposées, on retrouve deux sujets concernant le suivi de grossesse :

- ➔ Grossesse et tabac : les recommandations selon la conférence de consensus d'Octobre 2004 par les Docteurs RAPHAEL, MARTINI et MATHERN.
- ➔ Conduite à tenir devant une fièvre chez la femme enceinte par le Docteur DELAPORTE.

Quatre autres conférences concernaient des sujets de gynécologie-obstétrique d'une façon plus globale :

- ➔ Gynécologie pédiatrique : la pratique quotidienne par les Docteurs RANKE et LEBON-LABICH
- ➔ L'adolescente en gynécologie, une clinique des conduites à risque par le Docteur GROUSSIN et le Professeur SIBERTIN-BLANC.
- ➔ Contraception : que retenir pour la pratique selon les recommandations de l'ANAES 2005 par les Docteurs BIRGE et GROUSSIN.
- ➔ IVG en ville et prise en charge des mineures en vue d'une IVG par le Docteur ZACCABRI.

Dans le cadre des deux autres modes de formation (séances thématiques et demi-journées de consultations à l'hôpital), aucun sujet n'avait trait à la gynécologie-obstétrique. Peut-être

parce qu'il est plus difficile d'amener des personnes extérieures à une consultation de gynécologie ou de suivi de grossesse du fait du caractère plus intime des relations patient-médecin au cours de ces consultations.

II.E : Le 3^{ème} cycle de médecine générale dans les autres Facultés de Médecine du Grand Est :

1. Strasbourg :

A la Faculté de Médecine de Strasbourg, l'enseignement théorique des internes en médecine générale se déroule par le biais de trois séances de 3 heures par semestre, sauf pour les premier et quatrième semestres durant lesquels quatre séances sont proposées. Sur ces vingt séances, seize sont obligatoires pour la validation finale du cursus.

Il existe quatre pôles d'enseignement : Colmar, Haguenau, Mulhouse et Strasbourg, afin de faciliter la venue des étudiants aux enseignements selon leur lieu de stage ou de résidence.

Une séance de 3 heures est consacrée au thème : Contraception, Grossesse, Ménopause. Elle est proposée au décours du quatrième semestre.

L'enseignement pratique reprend la maquette des six semestres de stage.

2. Dijon :

A la Faculté de Dijon, les enseignements du 3^{ème} cycle comprennent :

- * un tutorat pour proposer l'aide, les conseils et l'enseignement d'un médecin généraliste sénior
- * un séminaire semestriel
- * des enseignements dirigés
- * des ateliers pratiques
- * des stages pratiques de six mois

➔ Le tutorat :

Le maître de stage enseignant est volontaire et ses fonctions sont décrites dans le fascicule du DES de Médecine générale. Entre autres, on retrouve :

- aider l'interne dans l'élaboration de son cursus
- évaluer périodiquement les compétences de l'interne
- assister l'interne dans l'élaboration du projet professionnel
- encadrer le travail personnel de l'interne au niveau de la recherche et/ou de la thèse
- repérer les éventuelles difficultés personnelles d'un interne afin d'en limiter les conséquences.

Le choix du tuteur est fait par ordre de mérite par les internes dès leur entrée en 3^{ème} cycle.

➔ Les séminaires :

Une fois par semestre, ils reprennent, sur un ou deux jours, de larges thèmes de médecine générale et font place à des méthodes interactives. En 2005/2006, un séminaire intitulé Médecine générale et famille laisse penser que la question de grossesse a pu y être abordée.

➔ Les enseignements dirigés :

Il existe vingt-six thèmes répartis sur les six semestres. Le cycle B de ces enseignements comporte un thème titré Grossesse et stérilité.

➔ Les ateliers pratiques :

Ils sont semestriels et l'un d'eux concernait en 2005/2006 la gynécologie pratique.

➔ Les stages hospitaliers :

Semestriels, ils respectent les différents décrets du DES de médecine générale.

➔ Autres :

Actuellement abandonné, le principe des télé-conférences réunissait un panel d'experts du domaine concerné.

D'autre part, il existe une obligation de participation et d'initiation à la FMC par le biais de trois séances au cours du TCEM3.

3. Besançon :

A Besançon, les étudiants du 3^{ème} cycle de médecine générale reçoivent un enseignement comportant trois parties : le tutorat, les ateliers pédagogiques et les séminaires.

➔ Le tutorat:

Avec un groupe de pairs, pendant des séances de 4 heures permettant ainsi de débattre de plusieurs cas cliniques préparés et présentés par les étudiants du groupe. Leur présence est obligatoire pour chaque séance.

➔ Les ateliers pédagogiques :

Ils ont lieu pour les étudiants de TCEM1 sur le principe de « Comment je traite ... ». Pour le programme 2005/2006, aucun thème ne traitait de gynécologie-obstétrique et plus précisément de la grossesse.

→ Les séminaires :

Onze sont proposés sur les trois ans avec présence obligatoire à neuf de ces séminaires (4 en TCEM1, 4 en TCEM2 et 3 en TCEM3.) . Cinq autres sont proposés et obligatoires pendant le semestre de stage chez le praticien. L'enseignement de gynécologie-obstétrique est abordé au cours d'un séminaire de 7 heures pendant la TCEM2 (9h-12h / 14h-18h) dont le titre est le suivant : Gynécologie en pratique quotidienne et abord des troubles de la sexualité en consultation de Médecine générale.

4. Reims :

A la Faculté de Médecine de Reims, le mot d'ordre pour la formation des étudiants du 3^{ème} cycle de médecine générale est l'autonomie.

En effet, les règles de l'enseignement prévoient la validation du 3^{ème} cycle par la présence obligatoire à quinze séminaires, organisés mensuellement le samedi matin de 8h à 12h, sur trois ans. Certains séminaires sont obligatoires en fonction de l'année d'études et répétés chaque année. D'autres sont laissés au choix de l'étudiant afin de le rendre actif dans son programme d'enseignement.

Pour l'année universitaire 2005/2006, les huit demi-journées de formation proposaient des sujets aussi divers que La prise en charge des patients diabétiques ou L'installation au cabinet de médecine générale : assurances, comptabilité, éthique.

Cependant, aucun sujet n'était consacré à la gynécologie-obstétrique ou au suivi de grossesse.

II.F : L'enseignement post-universitaire :

Il est géré par des associations de FMC au niveau départemental, qui sont indépendantes de la Faculté de Médecine de Nancy. Ces associations proposent une formation aux médecins installés ou remplaçants et accueillent volontiers les étudiants en médecine, dans leurs séances de formation continue.

1. **AMPPU 54 : Association Médicale de Perfectionnement Post Universitaire :**

Dans le département de Meurthe-et-Moselle, la formation post-universitaire passe par trois types d'enseignement :

- Des groupes de travail, qui sont autonomes et au nombre de 19 dans le département. Ils se réunissent une fois par mois et débattent d'un sujet convenu à l'avance.
- Des soirées de travail thématiques organisées dans les locaux de l'Ordre des Médecins et encadrées par des Professeurs, chefs de

service, au rythme de deux soirées par mois. Les thèmes choisis abordent les actualités médicales. : nouvelles recommandations de l'AFSSAPS, nouvelles AMM médicamenteuses...

- Des séminaires indemnisés sur deux jours (vendredi et samedi), organisées par les responsables de groupe de l'AMMPU 54. Six séminaires ont eu lieu en 2006 et huit sont prévus pour 2007.

Au total, sur plus de 300 thèmes abordés en 2005/2006, quatre avaient trait à la Gynécologie et Obstétrique :

- Ménopause
- Aménorrhée
- Contraception orale
- Cancer du Col de l'Utérus

2. AMMFC 55 : Association Médicale Meusienne de Formation Continue :

En Meuse, et ce pour des raisons d'organisation, le planning des formations sur 2005/2006 n'a pas proposé de sujets concernant la Gynécologie-Obstétrique.

3. AMMPU 57 : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire :

En Moselle, il existe douze sections de formation permanente qui organisent indépendamment les unes des autres des conférences mensuelles. Parmi les nombreux sujets abordés, on ne retrouve que deux thèmes ayant trait à la gynécologie-obstétrique :

- Cancer du col de l'utérus et douleur pelvienne chronique de la femme par le Professeur BALDAUF pour la section de Bitche
- Contraception de l'adolescente et contraception après quarante ans par le Docteur LEMARIE pour la section de la Vallée de l'Orne

D'autre part, il existe des Journées et Soirées d'actualité qui proposent des conférences à l'ensemble du département ; des ateliers pour l'apprentissage d'un geste ou d'une technique ; des cycles de formation qui réunissent un même groupe dans un même thème général ; et des séminaires indemnisés sur une journée complète au minimum. On retrouve dans le programme 2005/2006, un séminaire traitant de gynécologie-obstétrique : Suivi de la femme de 45 à 55 ans (traitement hormonal ou non ?) sur deux jours consécutifs à Metz.

4. AMVPPU 88 : Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post Universitaire :

Pour l'année 2006, l'AMVPPU 88 proposait :

- un programme départemental avec trois séminaires de deux journées : Accident du travail et maladies professionnelles, Imagerie médicale, Création d'un groupe de pairs.
- un programme de sections qui divise le département en trois : section de Saint-Dié, section Epinal-Remiremont, section Haute Moselle. Chaque section propose des soirées thématiques sur inscription. En 2006, sur les 17 thèmes abordés par les différentes sections, aucun ne concernait la grossesse ou la gynécologie.
- des réunions par groupes de pairs une fois par mois.
- une section GEMM 88 ou Groupe d'Enseignement en Médecine Manuelle avec une réunion bimestrielle.

**PARTIE III :
L'ENSEIGNEMENT DU
« SUIVI DE LA
GROSSESSE NORMALE
PAR LE MEDECIN
GENERALISTE »**

III.A : Les étudiants :

L'enseignement MG1-1 intitulé : « La femme enceinte » est proposé durant la 1^{ère} année du 3^{ème} cycle d'études médicales, au décours du premier semestre, à tout étudiant reçu à l'ENC (Examen National Classant), de mai 2005, dans la formation du DES de Médecine Générale.

Deux sessions de cet enseignement ont été proposées aux TCEM 1 : le mercredi 09 et le jeudi 24 Novembre 2005.

Environ 35 étudiants sont attendus pour chaque session.

III.B : Les enseignants :

Les responsables de l'enseignement MG1-1 sont le Docteur Marie-France GERARD Médecin Généraliste et le Professeur Jean-Louis BOUTROY Universitaire.

L'enseignement est assuré par deux médecins généralistes : le Docteur GERARD et le Docteur RAPHAEL ; et deux gynécologues-obstétriciens : le Professeur BOUTROY hospitalo-universitaire et le Docteur LEMARIE hospitalier.

L'enseignement se fait dans le cadre d'un binôme médecin généraliste / gynécologue-obstétricien.

III.C : La forme :

L'enseignement se déroule sur 3 heures, de 14h30 à 17h30, dans une salle du DUMG de la Faculté de Médecine de Nancy.

Le support utilisé est une présentation Power Point par ordinateur portable, projetée sur un écran de la salle.

III.D : Le fond :

L'enseignement s'est donné pour objectif principal le suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste avec quatre objectifs pédagogiques spécifiques.

1. Objectifs pédagogiques :

Ils composent les deux premières pages du Power Point et fixent d'emblée les buts à atteindre :

- a. Utiliser les critères anamnestiques, biologiques et échographiques pour définir la date de début de grossesse.
- b. Etablir un calendrier de suivi de la grossesse en listant les éléments cliniques et para-cliniques utiles à ce suivi et leurs critères de normalité sous forme d'un tableau.
- c. Citer dans une liste de 25 médicaments ceux que l'on peut prescrire chez la femme enceinte dans des situations médicales courantes.
- d. Savoir prendre en charge les pathologies courantes rencontrées en suites de couches.

Pour chacun de ces objectifs, un système interactif de questions-réponses entre les enseignants et les étudiants doit permettre de les atteindre. Nous allons détailler chacun de ces objectifs afin de mettre en avant le contenu de cet enseignement.

2. **Objectif a :**

Savoir dater le début de grossesse est bien souvent à la charge du médecin généraliste car c'est lui que la femme viendra consulter en premier lieu lorsqu'elle s'estime enceinte. Pour être compétent lors de cette consultation, l'étudiant doit se former à de simples calculs.

Pour cet objectif, quatre cas concrets montrent de quelle façon la datation est possible :

→ Avec la date des dernières règles et selon la régularité des cycles de la patiente, savoir que :

- pour un cycle de 21 jours, la fécondation a lieu 7 jours après la date des dernières règles
- pour un cycle de 28 jours, la fécondation a lieu 14 jours après la date des dernières règles
- pour un cycle de 35 jours, la fécondation a lieu 21 jours après la date des dernières règles

et se rappeler que c'est la seconde partie du cycle qui est fixe à 14 jours. Dans l'exemple choisi, la patiente a des cycles longs de 35 jours avec une date des dernières règles au 07.03 donc une grossesse datée du 28.03.

→ Avec la réalisation d'une courbe de température, qui pour être fiable doit être réalisée dans des conditions strictes : tous les jours, au réveil, à la même heure, avant même de se lever et avec le même thermomètre. La fécondation sera donc possible dans les 48 heures entourant le décalage de la température (environ + 0.4°C). Pour appuyer cet exemple, une courbe de température est présentée aux étudiants.

→ La mesure de la hauteur utérine permet d'évaluer l'âge de la grossesse, sachant que :

- un utérus à 2 doigts sous l'ombilic équivaut au 4^{ème} mois de grossesse
- un utérus à l'ombilic équivaut au 5^{ème} mois de grossesse
- au-delà de l'ombilic : on divise le nombre de centimètres par quatre pour connaître l'âge de la grossesse, soit : 24 cm pour 6^{ème} mois, 28 cm pour 7^{ème} mois. Pour les 8^{ème} et 9^{ème} mois, on rajoute 1 cm, soit : 8 mois = 29 cm et 9 mois = 30 cm.

Ici, l'exemple pris est celui d'une patiente avec un retard de règles et dont la hauteur utérine est à 24 cm, qui consulte pour la première fois un médecin généraliste. Un débat s'ouvre avec les étudiants sur la conduite à tenir.

→ Le dosage sanguin des béta-hCG qualitatif et quantitatif qui est positif si supérieur à 10 UI. Ce test a une bonne sensibilité, permettant ainsi un diagnostic fiable dès retard des règles. Ici, les béta-hCG sont à 45 UI donc il y a grossesse.

3. **Objectif b :**

Mois par mois, les intervenants et les étudiants dressent ensemble un calendrier de suivi de la femme enceinte, prenant à chaque fois en compte les versants cliniques, biologiques, échographiques et la prévention.

Les points principaux de ce calendrier sont :

- ➔ La consultation du 1^{er} mois avec :
 - un examen clinique soigneux (seins, état veineux des membres inférieurs, tension artérielle, poids, examen gynécologique avec frottis de col si non fait) et reprise des antécédents et facteurs de risque
 - la réalisation d'un bilan biologique complet surtout au niveau du statut sérologique et du groupe sanguin
 - les conseils hygiéno-diététiques sur le tabac, l'alcool, les médicaments, les drogues
- ➔ La consultation du 2^{ème} mois qui est parfois la première consultation auprès d'un médecin et qui doit alors reprendre les mêmes points que ceux du premier mois.
- ➔ La consultation du 3^{ème} mois avec surtout :
 - la déclaration de grossesse ou la décision d'IVG avant 14 semaines d'aménorrhée
 - la réalisation de la première échographie morphologique vers 12 semaines d'aménorrhée
 - l'information sur l'HT 21
 - la surveillance biologique mensuelle si la sérologie toxoplasmose est négative
 - la surveillance urinaire
- ➔ La consultation du 4^{ème} mois avec principalement la réalisation du dépistage de la Trisomie 21 par bilan biologique, à faire entre 15 et 17 semaines d'aménorrhées plus 6 jours, si la femme enceinte a donné son consentement éclairé.
- ➔ La consultation du 5^{ème} mois avec la recherche systématique des bruits du cœur fœtaux au doppler et la réalisation de la seconde échographie vers 22 semaines d'aménorrhée.
- ➔ La consultation du 6^{ème} mois avec la deuxième détermination du groupe sanguin et surtout le test de O'Sullivan pour dépister le diabète gestationnel. Cette consultation est la dernière faite auprès du médecin généraliste qui passe alors la main au spécialiste pour la consultation du 7^{ème} mois.
- ➔ La consultation du 7^{ème} mois avec la dernière échographie vers 33 semaines d'aménorrhée pour la croissance fœtale et la surveillance placentaire.
- ➔ La consultation du 8^{ème} mois qui sera faite par un membre de la future équipe de l'accouchement (sage-femme ou médecin obstétricien), avec un prélèvement vaginal

ainsi qu'un rendez-vous de consultation d'anesthésie même si la femme ne désire pas d'analgésie péridurale.

→ La consultation du 9^{ème} mois qui n'a pas toujours lieu...

→ La consultation du post-partum, environ huit semaines après l'accouchement avec prescription de rééducation périnéale, conseils sur l'allaitement maternel ou artificiel, et la vaccination rubéolique de la mère si le test était négatif avant la grossesse.

L'ensemble de ces données est synthétisé dans un tableau remis aux étudiants à la fin de l'enseignement (ANNEXE VI)

Durant l'élaboration de ce tableau, et à l'évocation des différents examens, un rappel des grandes lignes de ces tests est réalisé.

a. **Bilan du 1^{er} mois (18) :**

On retrouve des examens obligatoires :

- groupage ABO avec phénotype Kell et deux déterminations
- recherche d'anticorps irréguliers (RAI) : si la recherche est positive, il faut compléter par le titre et le type
- sérodiagnostic de la rubéole sauf si la patiente peut prouver son immunisation antérieure à la grossesse
- sérodiagnostic de la toxoplasmose : idem à la rubéole
- sérodiagnostic de la syphilis par VDRL et TPHA

Certains examens considérés comme utiles sont conseillés :

- frottis cervico-vaginal si aucun examen n'a été pratiqué depuis plus d'un an
- sérodiagnostic VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine) surtout si la femme appartient à un groupe à risque
- ECBU (Examen Cyto Bactériologique des Urines) si symptomatologie d'infection urinaire
- glycémie si facteur de risque de diabète
- prélèvement vaginal si leucorrhées

b. **Déclaration de grossesse :**

Elle est remplie par le praticien avant 14 SA et doit être retournée à la CAF (Caisse d'Allocations Familiales) par la patiente dans les plus brefs délais.

Cet imprimé comporte :

- la date de l'examen
- la date présumée de début de grossesse (pour anticiper les dates de congés maternels)
- la date des autres consultations prévues

c. Interruption Volontaire de Grossesse :

Ce thème de l'IVG n'est pas développé dans l'enseignement qui nous intéresse puisqu'il a une place privilégiée dans l'enseignement MG1-8 : Contraception et IVG.

Ainsi, dans l'enseignement sur le suivi de la grossesse normale, on rappelle que l'IVG est autorisée en France depuis les lois Veil de 1975 et Pelletier de 1979.

Depuis 2001, elle est réalisable jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.

d. Echographies :

➔ Echographie de datation :

La grossesse peut être affirmée dès 5.5 SA par la mise en évidence d'un sac gestationnel. Dès 6 SA, la visualisation de la vésicule vitelline dans le sac gestationnel permet d'éliminer un pseudo-sac ou un œuf clair. L'activité cardiaque est également observable. Cette échographie confirme également le caractère intra-utérin de la grossesse.

La datation de la grossesse se fait par l'existence d'un sac gestationnel (5.5 SA) ou d'un embryon (6 SA), par la mesure de la longueur crânio-caudale ou du diamètre bi-pariétal.

➔ Echographie du premier trimestre :

Réalisée entre 11 et 12 SA, elle étudie la morphologie et la vitalité de l'embryon. Elle dépiste certaines malformations :

- encéphaliques : anencéphalie, exencéphalie
- cardiaques ou abdominales : hernie ombilicale, omphalocèle, laparoschisis
- des membres : absence ou anomalie
- de la colonne vertébrale : spina bifida
- urinaires : hypertrophie rénale ou vésicale

Elle permet également la mesure de la zone claire rétro-nucale qui doit théoriquement être inférieure à 3mm. Dans le cas contraire, la réalisation d'un caryotype fœtal est indiquée dans le cadre de la recherche d'une anomalie principalement de type trisomie.

➔ Echographie du deuxième trimestre :

Réalisée à 21-23 SA pour une étude morphologique, elle dépiste environ 50 % des malformations mais la sensibilité de ce dépistage varie de 17 à 74 % selon l'organe étudié, puisque les malformations cardiaques et des membres sont les plus difficiles à diagnostiquer contrairement à celles du pôle digestif, urinaire ou céphalique.

➔ Echographie du troisième trimestre :

Réalisée entre 32 et 34 SA, elle apprécie la croissance fœtale par la mesure du diamètre abdominal transverse, du périmètre abdominal, du diamètre bi-pariétal et de la longueur fémorale. Elle amène donc au diagnostic de RCIU (Retard de Croissance Intra-Utérin) ou de macrosomie fœtale si besoin, puisque la combinaison de ces différentes mesures permet une évaluation du poids fœtal.

D'autre part, elle précise la présentation du fœtus, la position placentaire et la quantité de liquide amniotique.

e. Dosage de l'HT 21 :

C'est l'évaluation biologique du risque de Trisomie 21 en dosant l'alpha foeto-protéine, les béta-hCG et l'estriol. En fonction de ces résultats et de l'âge de la patiente, un logiciel informatique évalue le risque. Lorsque celui-ci est supérieur à 1/250, la réalisation d'un caryotype fœtal par amniocentèse est proposée à la femme mais celui-ci n'est pas obligatoire.

A noter que sa réalisation est alors prise en charge par la Sécurité Sociale.

Ce test sanguin doit être précisément réalisé entre 15 SA et 17 SA +6 jours par un laboratoire agréé. Son avantage principal est qu'il permet de dépister deux trisomies 21 sur trois. Cependant, le seuil de risque à 1/250 conduit à la réalisation de nombreuses amniocentèses pour lesquelles le risque de fausse-couche est tout de même de 0.5 %.

Il est à noter que l'information de la patiente est obligatoire par rapport à ce test, qu'elle désire ou non le réaliser.

f. Test de O'Sullivan :

C'est le test de dépistage du diabète gestationnel (19) recommandé pour toute femme ne présentant pas de facteur de risque de diabète (si ces facteurs de risque existent, le test de dépistage doit être proposé dès le début de la grossesse).

Ce test est réalisé entre 24 et 28 SA.

Il s'agit d'un test de surcharge : une glycémie est réalisée une heure après l'ingestion de 50 grammes de glucose. Tout résultat supérieur à 1.30 ou 1.40 g/L selon le seuil choisi doit bénéficier d'un test diagnostique par HGPO (HyperGlycémie Provoquée par voie Orale) pour affirmer le diabète de grossesse. Si la glycémie est d'emblée supérieure ou égale à 2 g/L (ou 11.1mmol/L), l'HGPO n'est pas nécessaire et le diagnostic de diabète gestationnel est retenu.

L'HGPO se déroule sur 3 heures avec ingestion de 100 grammes de glucose. Le diagnostic de diabète gestationnel est formel lorsque deux des quatre valeurs mesurées sont supérieures à la limite :

A jeun : 0.95 g/L

1 heure : 1.80 g/L

2 heures : 1.55 g/L

3 heures : 1.40 g/L

Il est à noter que cette méthode en deux temps est la plus employée en France mais n'est pas préconisée par l'OMS qui a préféré retenir une méthode en un temps avec ingestion de 75 grammes de glucose et 2 valeurs seuils mesurées : 0.95g/L à jeun et 1.50g/L à 2 heures.

g. Rééducation périnéale :

Elle doit être prescrite pour toute femme ayant accouché à raison de 10 séances chez un kinésithérapeute ayant une formation en kinésithérapie périnéale ou chez une sage-femme. Les séances (20) sont prises en charge par la Sécurité Sociale. Elles permettent de tonifier la sangle périnéale et diminuent le risque d'apparition à long terme d'effets indésirables comme l'incontinence urinaire d'effort.

Dans un second temps, une rééducation de la ceinture abdominale peut être envisagée.

h. Allaitement :

Pour les femmes désirant un allaitement artificiel exclusif, il est nécessaire d'utiliser un agoniste dopaminergique qui inhibe la sécrétion de prolactine, et ce dès le lendemain de l'accouchement. C'est la Bromocriptine qui est utilisée à raison de 2 comprimés / jour pendant 14 à 21 jours après avoir débuter à doses fractionnées pour éviter le risque d'hypotension et de vertiges. Il existe une seule contre-indication : l'HTA sévère.

Pour toutes les femmes qui désirent allaiter (21), la lactation s'installe en 24 à 48 heures. Le lait est composé d'eau, de glucides (principalement du lactose), de lipides, de protéides, d'oligo-éléments et de cellules immunocompétentes. Son seul inconvénient est sa pauvreté en vitamine D nécessitant une supplémentation systématique. On lui reconnaît trois avantages principaux : diminution de la fréquence des infections digestives, ORL et respiratoires, facteur positif de la relation mère-enfant, plus économique que l'allaitement artificiel.

Selon les dernières recommandations de l'OMS, la mise au sein doit être immédiate en salle de travail et l'allaitement doit être souple avec horaires libres qui se jugent plus sur le regard et le comportement de l'enfant que sur la courbe de poids.

La seule contre-indication médicale à l'allaitement maternel est la galactosémie congénitale (déficit en lactase). La séropositivité pour le VIH en Occident reste une contre-indication puisque le rapport du risque au bénéfice reste défavorable à l'allaitement maternel, contrairement au Tiers-Monde.

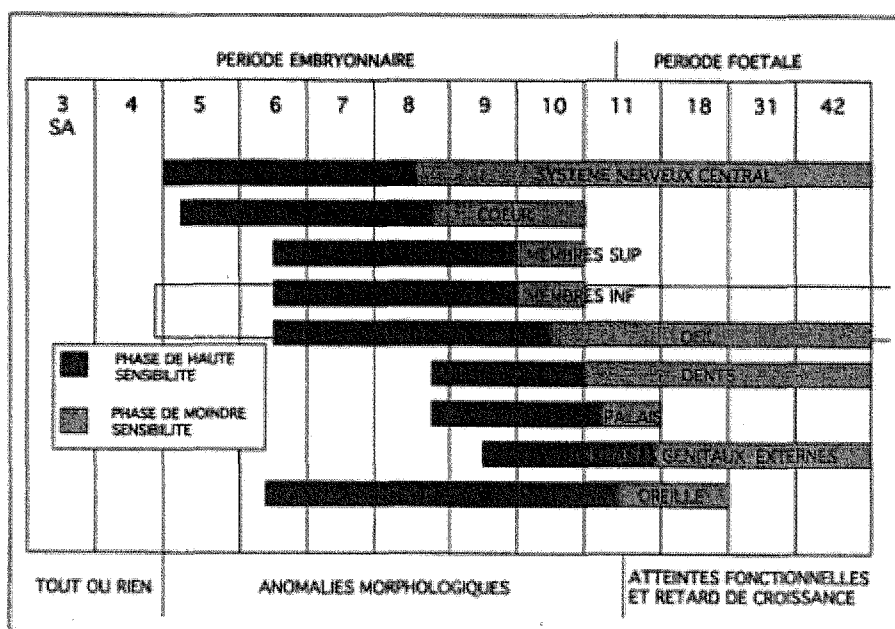
Les complications de l'allaitement maternel sont développées lors d'un cas clinique en fin d'enseignement.

4. Objectif c :

Afin de mettre en avant les médicaments les plus utilisés dans les pathologies courantes, une liste de 25 spécialités est présentée aux étudiants. A partir de cette liste, et pour chaque molécule, l'opportunité de son utilisation chez la femme enceinte est évoquée, amenant à lister les médicaments qui sont formellement contre-indiqués.

Il est à noter que l'interaction médicaments et grossesse dépend de la molécule utilisée, de sa posologie, de la durée d'utilisation et de la période d'exposition.

Ainsi de la conception (J0) à J12, le retentissement suit la loi du tout ou rien. Durant la période embryonnaire du 13^{ème} au 60^{ème} jour post-conceptionnel (5 à 10.5 SA), les risques d'atteinte malformative sont maximaux et ce d'autant plus que le diagnostic de grossesse n'est pas encore établi. Au-delà du 61^{ème} jour, et jusqu'à l'accouchement, on retrouve des atteintes fonctionnelles temporaires ou définitives, une atteinte de la croissance ou une cancérogénèse à distance.



Calendrier tératologique.

Le diaporama présente une première diapositive avec la liste des 25 molécules et la seconde inscrit en rouge les molécules contre-indiquées chez la femme enceinte au sein de cette liste. Ainsi un débat s'ouvre sur les molécules suivantes (22) :

→ Prednisolone. CORTANCYL :

Le passage trans-placentaire de cette molécule est réel. Les études réalisées ne retrouvent pas de risque malformatif lié à la prise de corticoïdes lors du premier trimestre. Parfois, et lorsque l'exposition se fait tout au long de la grossesse, on peut retrouver un retard de croissance intra-utérin. De rares cas d'insuffisance surrénale néonatale ont été observés lorsque la posologie était élevée.

La Prednisolone n'est donc pas contre-indiquée lors de la grossesse.

→ Paracétamol. DOLIPRANE 1 gramme :

Les études épidémiologiques menées sur cette molécule excluent tout effet malformatif ou foetotoxique, ainsi, le Paracétamol peut être prescrit comme antalgique et antipyrétique aux posologies normales pendant toute la grossesse.

➔ Acébutolol. SECTRAL 200 :

Les bêta-bloquants appartiennent aux médicaments non tératogènes mais à risque fœtal/néonatal. En effet, à ce jour, aucun effet tératogène ni malformatif n'a été rapporté.

Cependant, chez le nouveau-né de mère traitée, l'action du traitement bêta-bloqueur persiste pendant plusieurs jours après la naissance et peut se traduire par une bradycardie, des signes d'insuffisance cardiaque, une hypoglycémie.

Ainsi ce médicament peut être prescrit pendant la grossesse si besoin, mais si le traitement doit se poursuivre jusqu'à l'accouchement, le nouveau-né doit être accueilli par une équipe pédiatrique avec surveillance de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire et de la glycémie dans les 3 à 5 premiers jours de vie.

➔ Ramipril. TRIATEC :

Il faut savoir qu'actuellement, aucune étude épidémiologique n'est disponible sur la femme enceinte traitée par inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC). Pourtant, certaines observations isolées sont rassurantes quant au risque malformatif faible même si quelques cas d'anomalie de la voûte crânienne ont été rapportés.

Cependant, la prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion) au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse s'avère absolument contre-indiquée du fait de la toxicité rénale fœtale amenant jusqu'à l'oligoamnios ou l'insuffisance rénale néonatale.

Ainsi, un relais doit être pris au plus tôt par un autre traitement anti-hypertenseur.

➔ Dompéridone. MOTILIUM :

Aucune étude n'existe chez la femme enceinte. Des études chez le rat montrent un effet toxique sur la reproduction, incitant donc à ne pas utiliser la Dompéridone durant la grossesse.

➔ Lopéramide. ARESTAL :

A l'étude d'un nombre limité de grossesse, on ne recense pas d'effet malformatif ou fœtotoxique. L'utilisation du Lopéramide et des autres anti-diarrhéiques de même classe doit être envisagée seulement si nécessaire.

➔ Fluoxétine. PROZAC :

Dans le cadre de cet antidépresseur IRS (Inhibition de la Recapture de la Sérotonine), les études ne retrouvent pas d'effet tératogène, et de ce fait, la Fluoxétine peut être utilisée pendant la grossesse en cas d'épisodes dépressifs majeurs c'est-à-dire caractérisés ou de TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs).

Pourtant, le nouveau-né doit être accueilli par le pédiatre car il peut présenter dans les 4 à 16 jours post-nataux des signes sérotoninergiques ou de sevrage, de type hyperexcitabilité, tremblements, pleurs persistants, troubles du sommeil.

➔ Alprazolam. XANAX 0.25 :

Pour cette benzodiazépine, un risque malformatif a été évoqué mais non confirmé à la suite d'études épidémiologiques. Cependant, l'imprégnation néo-natale persistant sur plusieurs jours avec apnées, troubles de la succion, somnolence, doit faire préférer un anxiolytique de demi-vie intermédiaire (inférieure à 10 heures) lorsque le traitement s'avère absolument nécessaire.

→ Fluticasone et Salmétérol. SERETIDE 250 :

L'utilisation de l'association d'un bêta-2 mimétique et de glucocorticoïdes comme anti-asthmatique au décours de la grossesse est envisageable avec la nécessité de trouver la dose minimale efficace assurant un contrôle suffisant des symptômes asthmatiques, puisque actuellement les données restent insuffisantes pour évaluer un effet malformatif ou foetotoxique.

→ Roxithromycine. RULID 150 :

Il n'existe pas de contre-indication formelle à l'utilisation de cet antibiotique de la classe des macrolides, tout comme la grande majorité des antibiotiques puisque la priorité reste le bénéfice maternel attendu, et ce, d'autant plus que les études animales ne mettent pas en évidence d'effet tératogène.

→ Amoxicilline. CLAMOXYL 500 :

Cette pénicilline reste bien souvent l'antibiotique de référence chez toute femme enceinte (sans allergie à la molécule) dans le cadre du traitement des infections ORL, urinaires et gynécologiques, digestives et biliaires.

→ Doxycycline. DOXY :

Cet antibiotique de la famille des tétracyclines est par contre-indiqué dès le 2^{ème} trimestre de grossesse et très fortement déconseillé lors du 1^{er} trimestre, puisqu'il expose le fœtus au risque de coloration des dents de lait lorsque le traitement a été pris au-delà de 14 SA.

→ Mefloquine. LARIAM :

Elle ne doit pas être utilisée chez la femme enceinte puisque les études animales démontrent un possible effet tératogène. En cas d'allergie à la quinine ou de résistance du plasmodium à la quinine, son utilisation peut être envisagée dans le traitement curatif des accès simples de paludisme mais avec précaution.

→ Aciclovir. ZOVIRAX :

Dans le cadre des infections à HSV (Herpès Simplex Virus) et par le biais de l'analyse de plus de mille grossesses exposées, aucun effet malformatif ou foetotoxique n'a été observé. Cet anti-viral sera donc utilisé seulement si nécessaire chez la femme enceinte.

→ Isotrétinoïne. ROACCUTANE :

La grossesse est une contre-indication absolue au traitement par Isotrétinoïne pour l'acné sévère. Il existe en effet un risque très élevé d'anomalies du système nerveux central (hydrocéphalie, microcéphalie, anomalie cérébelleuse), d'anomalie des oreilles (hypoplasie ou absence du conduit auditif externe, microtie, anotie), d'anomalies cardiovasculaires (tétralogie de Fallot, transposition des gros vaisseaux). Ainsi, toute femme sous Isotrétinoïne doit prendre une contraception rigoureuse pendant toute la durée du traitement et jusqu'à un mois après son arrêt.

→ Pravastatine. VASTEN :

Il n'existe pas de données pertinentes à l'heure actuelle concernant cette molécule. Il est donc conseillé d'arrêter tout traitement pendant la grossesse, d'autant que l'athérosclérose étant un processus chronique, l'arrêt de l'hypocholestérolémiant pendant la grossesse a peu d'effet sur le risque à long terme.

→ Oméprazole. MOPRAL 20 :

Le suivi de grossesses exposées à l'Oméprazole est insuffisant pour exclure tout risque. Ainsi, c'est dans le cadre d'un reflux gastro-oesophagien sévère avec oesophagite érosive ou ulcère gastro-duodénal évolutif que cet inhibiteur de la pompe à protons sera prescrit chez la femme enceinte.

→ Diclofénac . VOLTARENE 50 :

Jusque 12 SA, aucun effet tératogène n'a été observé. Dès 12 SA, on retrouve une toxicité de classe pour tous les inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines avec le risque d'oligoamnios voire d'anamnios ainsi que d'insuffisance rénale à la naissance ou de fermeture partielle ou complète du canal artériel dès cinq mois révolus de grossesse, pouvant conduire à la mort fœtale in utero même en cas de prise brève.

A noter que ce risque est d'autant plus grand que la prise est proche du terme.

Ainsi, il s'agit d'une contre-indication formelle.

→ Sodium Valproate. DEPAKINE :

Le risque global de malformations au 1^{er} trimestre lors de l'administration de DEPAKINE n'est pas supérieur aux autres anti-épileptiques. Cependant, il est reconnu que le Valproate induit des anomalies de fermeture du tube neural : myéломéningocèle, spina bifida (fréquence de 1% environ). Il a été rapporté quelques cas de dysmorphies faciales et d'anomalie des membres.

De ce fait, il ne faut pas conseiller une grossesse à une femme traitée. Mais si une grossesse est envisagée ; il faut de nouveau peser l'indication du traitement.

Il est certain que pendant la grossesse, un traitement par Valproate de sodium ne doit pas être interrompu s'il est efficace mais il faut s'efforcer de trouver la dose minimale efficace et de la répartir en plusieurs prises. De plus, les échographies anté-natales devront être axées sur le tube neural. En post-natal, le risque est hémorragique pour le nouveau-né (quelque soit l'anti-épileptique utilisé) mais avec le Valproate de sodium, il n'est pas lié à un déficit en vitamine K. Ainsi, il faudra pratiquer une NFS (Numération Formule Sanguine) avec plaquettes, dosage du fibrinogène et TCA.

→ Macrogol. FORLAX :

Etant donné l'absence d'effet malformatif ou foetotoxique chez l'animal et bien que les données actuelles ne soient pas suffisantes pour évaluer ce risque chez l'homme, l'utilisation de ce laxatif osmotique dans la constipation de la femme enceinte n'est pas contre-indiqué.

→ Salbutamol. SALBUMOL :

Ce bêta-2 mimétique aux propriétés utéro-relaxantes peut parfaitement être utilisé chez la femme enceinte puisqu'il n'existe pas d'effet tératogène ou malformatif mis en évidence et qu'il constitue le traitement de référence de la MAP (Menace d'Accouchement Prématuro), en association avec la mise au repos de la patiente.

→ Alginique acide. GAVISCON :

L'analyse d'un nombre élevé de grossesses exposées au GAVISCON ne révèle pas d'effet malformatif ou foetotoxique. Ainsi cet anti-acide et anti-reflux est largement prescrit dans le traitement du reflux gastro-oesophagien de la femme enceinte.

→ Association amoxicilline acide clavulanique. AUGMENTIN :

Cette association d'une pénicilline et d'un inhibiteur des bêta-lactamines ne présente pas d'effet tératogène. Il peut donc être prescrit en fonction des nécessités.

→ Acétylsalicylate de lysine. ASPEGIC :

Les études chez l'animal montrent un effet tératogène. Chez la femme, l'ASPEGIC peut être prescrit pendant le 1^{er} et le 2^{ème} trimestre mais à des doses inférieures à 150 mg / jour et de façon très ponctuelle.

En revanche, il est contre-indiqué pendant le 3^{ème} trimestre sauf dans le cadre d'utilisations cardiologiques ou obstétricales très limitées : puisqu'à des doses supérieures ou égales à 500 mg / jour, il existe, comme pour tout inhibiteur de la synthèse des prostaglandines une toxicité cardio-pulmonaire foetale avec fermeture prématurée du canal artériel et HTAP (Hyper Tension Artérielle Pulmonaire), ainsi qu'un dysfonctionnement rénal pouvant aller jusqu'à l'insuffisance rénale avec oligoamnios.

D'autre part, l'ASPEGIC provoque un allongement du temps de saignement ce qui peut être préjudiciable surtout en fin de grossesse.

→ Ofloxacine. OFLOCET :

Chez la femme enceinte, l'utilisation de cet antibiotique sur des effectifs limités en nombre ne révèle à ce jour aucun effet malformatif ou foetotoxique. Cependant, en Pédiatrie, des atteintes articulaires ont été décrites lors de l'administration post-natale de ces quinolones.

De ce fait, le risque articulaire conséquent aux administrations post-natales fait vivement déconseiller l'utilisation des fluoroquinolones durant la grossesse.

5. Objectif d :

Il concerne les suites de couches et propose sous forme de cas cliniques d'aborder les principaux sujets du post-partum.

→ Allaitement et complications :

Le cas exposé est celui d'une femme à J+15 de son accouchement avec allaitement maternel exclusif et qui consulte pour une tension douloureuse des deux seins. Le diagnostic retenu est celui d'un engorgement mammaire. Il peut être uni ou bilatéral. Il est en général la conséquence d'un asynchronisme entre la lactogénèse et les mécanismes d'éjection du lait.

Le plus important reste de rassurer la femme sur sa possibilité à poursuivre l'allaitement.

Il est demandé aux étudiants de proposer un traitement. Dans ce cas, les enseignants préconisent la mise sous OSMOGEL avec une augmentation des fréquences de douches chaudes avec massage des seins pour les vider. La nécessité d'une surveillance par la patiente de sa température corporelle est expliquée. Une consultation à 48 heures est préférable afin d'évaluer l'évolution clinique et de se poser la question de la pertinence d'un traitement antibiotique. Il faut noter que parfois, on propose de façon ponctuelle une injection intra-musculaire de 2 unités d'Ocytocine (SYNTOCINON) environ 20 minutes avant la tétée pour favoriser l'éjection du lait.

Les diagnostics différentiels à éliminer sont :

- La lymphangite mammaire qui survient 5 à 10 jours après l'accouchement, de façon brutale, avec hyperthermie à 40°C, frissons et douleur mammaire unilatérale. A l'examen, on retrouve un placard rouge, chaud et douloureux de la face externe du sein avec traînée rosâtre vers l'aisselle et adénopathie axillaire douloureuse. Le traitement comprend une suspension de l'allaitement du sein douloureux mais poursuite avec le sein contro-latéral, la mise sous aspirine ou AINS et les pansements antiphlogistiques. L'antibiothérapie est controversée.
- La galactophorite, généralement due à un staphylocoque, environ 15 jours après l'accouchement, à début progressif sur plusieurs jours associée à une fébricule à 38°C. Il existe des douleurs de l'ensemble du sein avec la présence de pus dans le lait (signe de Budin). L'antibiothérapie est obligatoire (pénicillines M pendant 8 jours) avec suspension de l'allaitement.
- L'abcès du sein, qui est la complication d'une galactophorite insuffisamment traitée. La fièvre est croissante jusque 40°C, avec un sein volumineux, très douloureux. En cas de doute clinique, c'est l'échographie mammaire qui pose le diagnostic. Le traitement est toujours chirurgical par incision-drainage. L'antibiothérapie n'est qu'un traitement adjuvant.

Par ce cas clinique, c'est également l'occasion de rappeler que ces consultations concernant les pathologies de l'allaitement permettent de dispenser à nouveau les conseils pour un allaitement pertinent qui diminue tout risque de complications.

➔ Contraception du post-partum (23) :

Moins d'un mois après son accouchement et si la femme suit un traitement par Bromocriptine pour stopper la montée laiteuse, l'ovulation est possible et avec elle, la fécondation d'un nouvel œuf. Il faut donc exposer ce risque de nouvelle grossesse aux femmes en post-partum et leur proposer une contraception adaptée à leur situation et à leur désir :

- L'allaitement peut être considéré comme une méthode contraceptive si les tétées durent plus de vingt minutes au minimum 5 fois par jour. Ainsi, pendant les 3 premiers mois du post-partum, une contraception complémentaire n'est pas forcément utile.
- La contraception orale par éthinyloestradiol est déconseillée avant le retour de couches ainsi que chez la femme qui allaite. Les micro-progestatifs sont possibles dès le 30^{ème} jour du post-partum. Les oestro-progestatifs sont prescrits dès le retour de couches en l'absence d'allaitement maternel.
- Le DIU (Dispositif Intra Utérin) est possible après un mois.
- Les spermicides peuvent être utilisés sauf ceux contenant du nonoxynol-9 car cette molécule passe dans le lait maternel.
- Les préservatifs restent efficaces à de nombreux titres ...

Dans le cas clinique présenté ici, la femme n'a aucun antécédent et son accouchement s'est déroulé en eutocie : la contraception qui lui est proposée est une pilule progestative, Desogestrel (CERAZETTE). Dans le dictionnaire VIDAL, il est clairement indiqué « que le traitement peut être débuté avant le retour des règles mais qu'une méthode contraceptive complémentaire doit être utilisée pendant la première semaine au-delà de 21 jours après l'accouchement. »

→ Complications des suites de couches :

Le cas clinique présente une patiente à trois semaines de son accouchement et chez laquelle il persiste des pertes sanglantes, en apyrexie mais avec douleurs pelviennes.

Le diagnostic premier à évoquer est celui de l'infection puerpérale à savoir l'endométrite. Les germes responsables sont surtout les streptocoques, les staphylocoques et les colibacilles. Ils sont manuportés et il existe quelques circonstances favorisant : accouchement long avec rupture prolongée des membranes, hémorragie de la délivrance, manœuvres endo-utérines, césarienne.

L'endométrite présente un tableau de fébricule avec lochies abondantes et fétides. Le toucher vaginal retrouve un utérus gros, mou et douloureux avec un col ouvert. Il faut réaliser un ECBU, une bactériologie des lochies et surtout un bilan échographique.

L'infection puerpérale peut aller jusqu'à la pelvipéritonite, voire la septicémie puerpérale qui est gravissime.

Il ne faut pas omettre la possibilité dans ce cas clinique d'un spotting sur contraception orale oestro-progestative ou de pertes physiologiques.

III.E : Les documents :

Au terme des 3 heures d'enseignement, les étudiants reçoivent la photocopie du calendrier de suivi de la grossesse normale par le Médecin Généraliste, ainsi qu'un schéma de la hauteur utérine en fonction des mois de grossesse, une photocopie du formulaire de dépistage de l'HT 21, des formulaires de déclaration de la grossesse. Des carnets de maternité envoyés par la Sécurité Sociale aux futures mamans passent entre les mains des étudiants.

Tout au long de l'enseignement et à l'heure d'Internet, de nombreuses adresses électroniques de site leur sont communiquées afin que chacun puisse à sa guise approfondir ses connaissances.

III.F : L'évaluation :

A l'issue de l'enseignement, aucune évaluation n'est imposée aux étudiants. Ce cours est susceptible de faire partie des sujets d'examen de l'ECOS de l'année en cours comme expliqué dans la partie II de cette thèse.

A l'inverse et jusqu'à présent, les enseignants ne proposent pas aux étudiants de fiche d'évaluation ou de questionnaire d'opinion concernant l'enseignement ; ce qui pourrait, par le biais de quelques questions recueillir l'évaluation des différents thèmes évoqués dans le cours et les méthodes utilisées. Ce principe d'évaluation dès la fin de

l'enseignement était réalisé il y a quelques années à la Faculté de Nancy au décours des séminaires du second cycle.

La partie IV de cette thèse s'est justement intéressée à l'évaluation de cet enseignement par les étudiants du 3^{ème} cycle par la réalisation d'une enquête, et ce dans le souci d'en tirer des propositions d'avenir pour l'amélioration de la formation des étudiants.

**PARTIE IV : RESULTATS
DE L'ENQUETE MENEES
AUPRES DES ETUDIANTS
DU 3^{ème} CYCLE**

IV. A : Méthode utilisée :

Il s'agit d'une analyse descriptive, réalisée en une après-midi, au décours de la répartition des stages des étudiants du troisième cycle, pour le semestre Mai 2006 / Novembre 2006.

Les questionnaires, qui se présentent en quatre pages recto seul, ont été distribués à tous les étudiants dès leur arrivée dans l'amphithéâtre avec une courte explication verbale de ma part. Lorsque tous les étudiants ont été installés, et avant que la répartition ne débute, le Docteur RAPHAEL a pris la parole pour expliquer brièvement le contenu des questionnaires. Je me suis également exprimée sur la nécessité de les remplir dans leur globalité et ai rassuré les étudiants quant au peu de temps que cela représentait.

Après avoir effectué leur choix de stage, et avant de quitter l'amphithéâtre, les étudiants m'ont rendu leurs questionnaires remplis.

Cette enquête est anonyme.

Au total, 170 questionnaires ont été distribués et 135 ont été rendus, dont 132 se sont avérés exploitables, soit un taux de participation de 79.4% et un taux exploitable de 77.6%.

IV. B : Description de l'enquête :

Le questionnaire distribué comporte cinq parties dont la dernière laisse une place à l'expression libre en cas de suggestions ou de remarques.

Ce questionnaire est joint en pièce annexe (ANNEXE VII)

1. Partie A :

Elle est intitulée A propos de vous... car elle cherche à mettre en avant le profil de l'étudiant qui y a répondu.

Elle s'intéresse à l'année d'études, au sexe, à la pratique médicale envisagée à la fin du troisième cycle, à la place faite à la Gynécologie-Obstétrique dans la pratique de médecine générale ambulatoire future pour ceux qui l'envisagent, et le mode d'installation souhaité.

Les sixième et septième questions cherchent à connaître la proportion de ceux qui ont déjà remplacé en médecine générale et plus précisément les difficultés rencontrées lorsque la consultation concerne une femme enceinte.

2. Partie B :

Elle est intitulée A propos de vos stages... et a pour but de connaître le cursus de l'étudiant dans sa formation pratique ainsi que la motivation de ses choix.

Quelques questions cherchent à évaluer la place donnée au résident dans ses stages dans le cadre des consultations ou des gestes techniques qui se rapportent à la Gynécologie-Obstétrique.

Cette évaluation n'est exprimée que par les étudiants et non pas par les médecins responsables des stages. Elle prend tout autant en compte les stages hospitaliers (question B5) que les stages chez le praticien (question B6).

3. Partie C :

Elle est intitulée A propos de l'enseignement sur le suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste... dispensé pendant le premier semestre du résidanat.

C'est cette partie de l'enquête qui va nous permettre d'étudier les attentes et les critiques des résidents.

La première question s'intéresse à l'enseignement reçu avant le troisième cycle. La seconde correspond à l'estimation sur échelle numérique du niveau de compétence de l'étudiant dans le suivi de grossesse. La troisième question s'inquiète de la forme de cet enseignement et la quatrième de son contenu.

4. Partie D :

Intitulée A propos des enseignants..., elle jauge les relations étudiants-enseignants et laisse la place libre à certains commentaires autres, si besoin.

5. Partie E :

C'est la conclusion de l'enquête avec deux questions :

- l'estimation du niveau de compétence dans le suivi de la grossesse normale après avoir assisté à cet enseignement.
- les suggestions pour améliorer l'enseignement.

Sans oublier un mot de remerciement à chaque étudiant ayant répondu à ce questionnaire.

IV.C : Résultats :

Ils ont été statistiquement calculés sur la base de 132 questionnaires exploitables.

1. Partie A : A propos des étudiants :

La répartition des étudiants selon leur année d'études retrouve 25% de TCEM1, 29.5% de TCEM2 et 45.5% de TCEM3. Les étudiants de troisième année sont plus nombreux puisque cette promotion de TCEM3 en 2005/2006 présentait un nombre absolu d'étudiants de 95 pour 63 en TCEM1 et 68 en TCEM2.

Il existe une prédominance féminine avec 56.1% de femmes et 43.9% d'hommes.

La médecine générale ambulatoire s'avère être le choix le plus plébiscité des étudiants avec 69.7% de réponses positives. 7.6% désirent une carrière d'urgentiste et 10.6% aimeraient postuler à l'hôpital contre 5.3% qui veulent un emploi salarié.

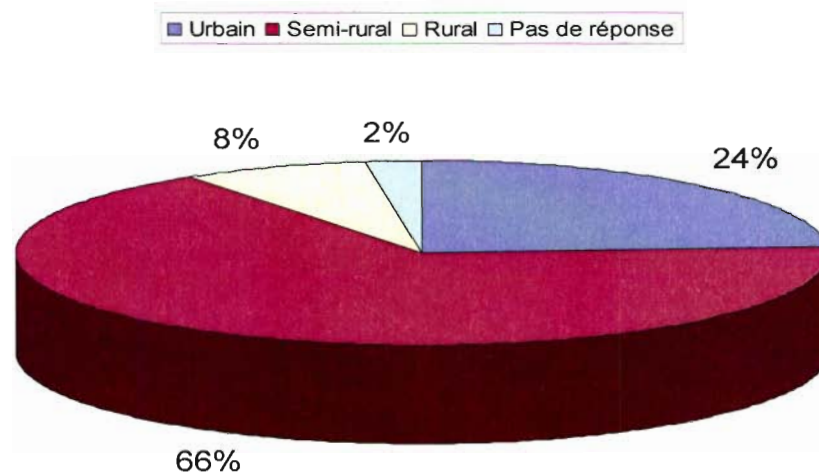
A noter que 21 étudiants, soit 15.9%, ne savent pas encore quelle sera leur pratique future. Dans cette question, les étudiants pouvaient exprimer leur désir sur chaque type de pratique puisqu'il n'est pas rare de voir un médecin généraliste débiter sa carrière en hospitalier ou aux urgences puis de s'installer dans un second temps en libéral.

Pour les 92 étudiants certains de désirer une activité ambulatoire de médecine générale :

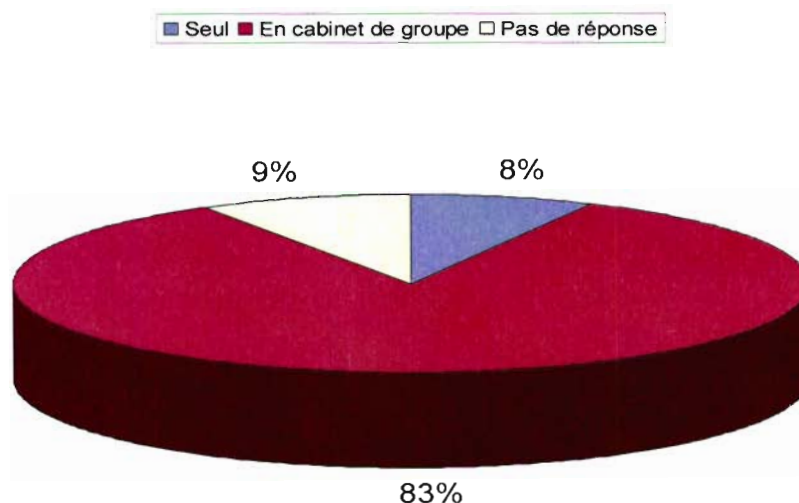
- ils sont 75% à désirer pratiquer des actes de gynécologie médicale
- ils sont 64% à désirer suivre des grossesses

Au niveau du mode d'installation envisagé, ils sont d'une part plus des deux tiers à souhaiter exercer en zone semi-rurale et d'autre part 84% à le désirer exercer dans un cabinet de groupe.

Zone d'installation souhaitée



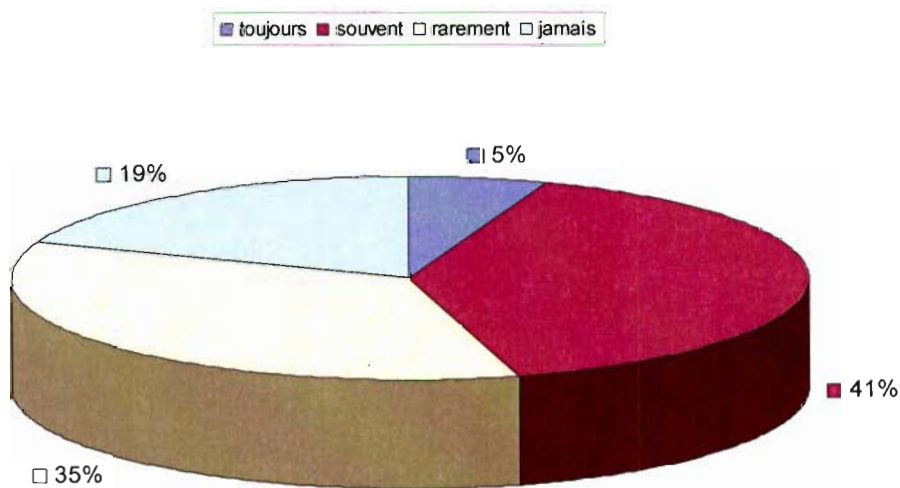
Mode d'installation souhaité



La grande majorité de ces étudiants n'a jamais remplacé en médecine générale pour 76.3% contre 23.7% ayant déjà remplacé. A noter qu'une réponse n'est pas exploitable.

Pour plus des trois quarts de ces étudiants, rencontrer une femme enceinte en consultation provoque des difficultés :

Difficultés rencontrées en consultation



Les domaines de difficultés rencontrées laissés en réponse libre sont :

- les médicaments contre-indiqués ou non (25 réponses)
- le manque d'expérience (6 réponses)
- savoir discerner le pathologique du normal chez la femme enceinte (6 réponses)

- l'examen clinique (2 réponses)
- les papiers administratifs (déclaration, congés maternité) (2 réponses)
- toxoplasmose, fièvre, allaitement, douleur abdominale, diététique avec une réponse à chaque fois
- les questions de la patiente (1 réponse)
- les relations professionnelles entre maternité et médecin généraliste (1 réponse)
- le bon équipement du cabinet en matériel gynécologique (1 réponse)

2. Partie B : A propos de la formation pratique :

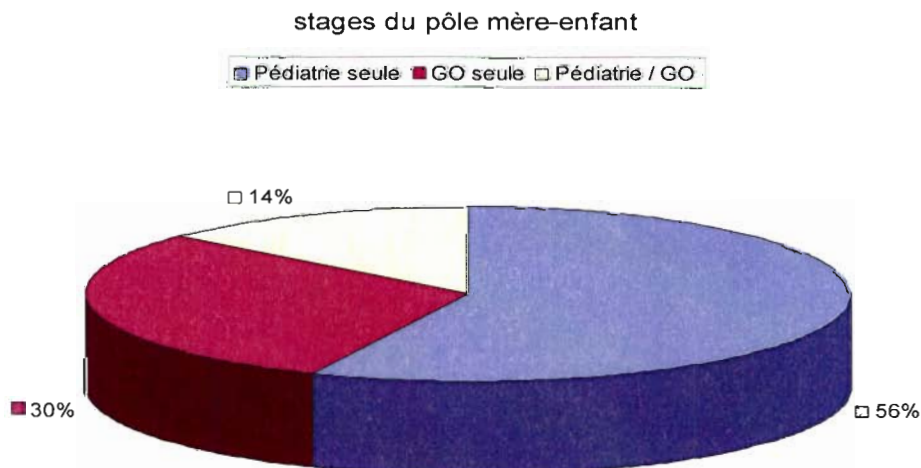
a. L'externat :

Durant leur externat, 47.7% des étudiants ont fait un stage en Gynécologie-Obstétrique.

b. Le résidanat :

Lors de cette répartition de stage d'Avril 2006 et parmi les étudiants ayant répondu à l'enquête, 56.1% ont déjà fait leur stage du pôle mère-enfant dans le cadre du troisième cycle. On retrouve :

- 42 étudiants qui ont fait un stage de pédiatrie seule
- 22 étudiants qui ont fait un stage de gynécologie-obstétrique seule
- 10 étudiants qui ont fait un stage couplé pédiatrie et gynécologie-obstétrique

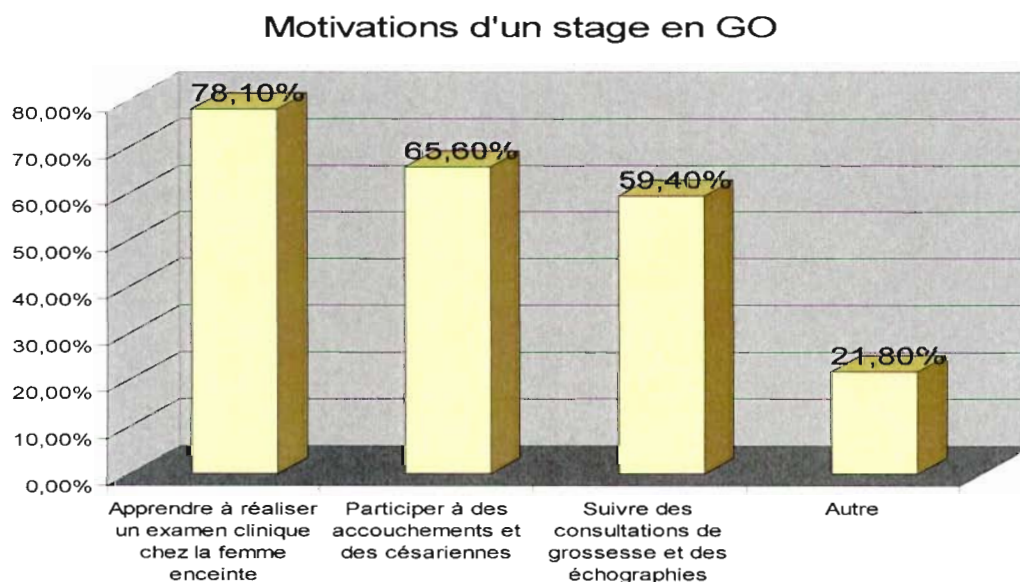


Pour les 42 étudiants n'ayant pas choisi de gynécologie-obstétrique dans leur pôle mère-enfant :

- 4.8% estiment que la gynécologie-obstétrique ne présente pas d'intérêt pour leur pratique future

- 4.8% jugent leurs connaissances insuffisantes pour assurer un stage en Gynécologie-Obstétrique
- 69% pensent qu'entre pédiatrie et gynécologie-obstétrique, la pédiatrie est plus utile pour leur pratique future
- 28.6% ont choisi la pédiatrie car il ne restait plus de place disponible pour un stage en Gynécologie-Obstétrique
- 7.3% évoquent d'autres raisons :
 - la possibilité d'apprendre la gynécologie-obstétrique auprès d'un praticien sans nécessité de faire un stage hospitalier (1 réponse)
 - le regret qu'il n'y ait pas de vrai stage couplé pédiatrie et gynécologie-obstétrique (2 réponses)

Pour les 32 autres étudiants qui ont fait un stage soit en Gynécologie-Obstétrique seule soit en stage couplé avec la pédiatrie, les raisons évoquées sont : (les pourcentages exprimés correspondent au pourcentage de réponses affirmatives à l'item proposé) :



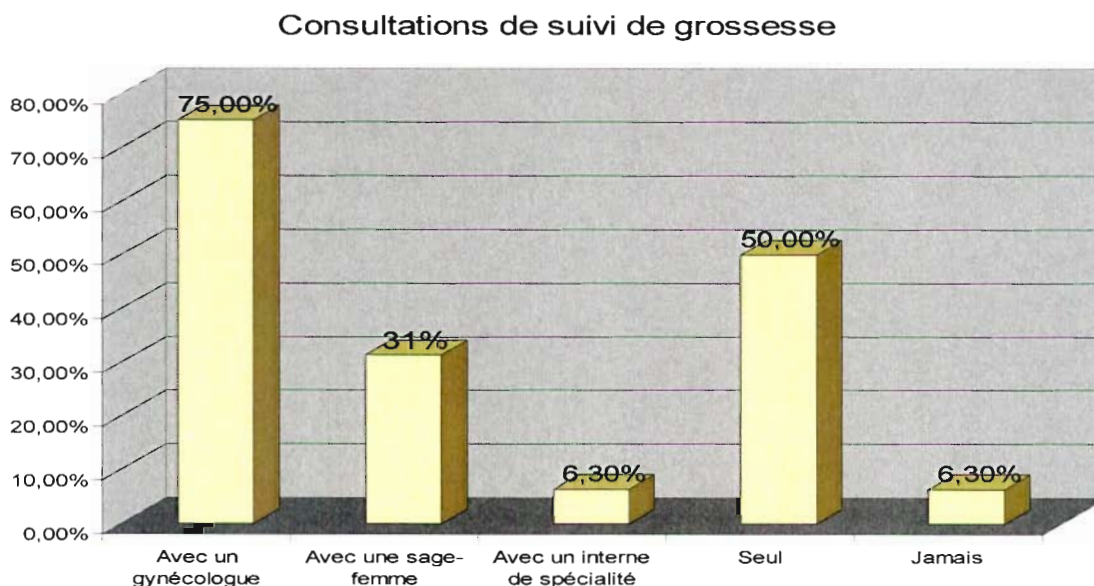
Ainsi, les motivations des étudiants à choisir un stage en Gynécologie-Obstétrique sont très fortes avec plus de la moitié des réponses affirmatives concernant l'examen clinique, les suivis de consultations et d'échographie, et la présence aux accouchements et césariennes. Les étudiants prouvent ici qu'ils désirent être formés sur des sujets aussi vastes que nombreux en Gynécologie-Obstétrique, bien que cela aille parfois au-delà de leurs pratiques futures.

Parmi les 7 étudiants ayant évoqué d'autres motivations à leur choix d'un stage en Gynécologie-Obstétrique, on retrouve :

- la notion qu'il n'y avait plus d'autre choix dans le pôle mère-enfant (3 réponses)
- la notion de compléter certaines connaissances sur la gynécologie médicale avec des gestes techniques comme la pose d'un stérilet ou la pose d'IMPLANON (2 réponses)
- le calme du service et le travail réduit demandé à l'interne (1 réponse)
- un étudiant n'a pas motivé sa réponse par un commentaire

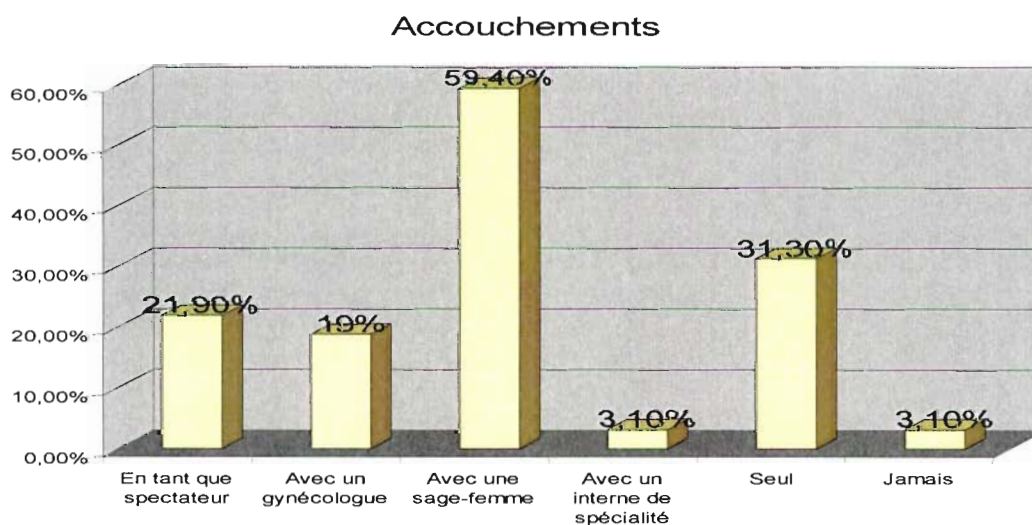
Au-delà des motivations de l'étudiant à choisir un stage en Gynécologie-Obstétrique, la question B5 voulait connaître la place laissée à l'interne dans ces services spécialisés concernant :

- les consultations de grossesse : (les pourcentages exprimés correspondent au pourcentage de réponses affirmatives à l'item proposé)



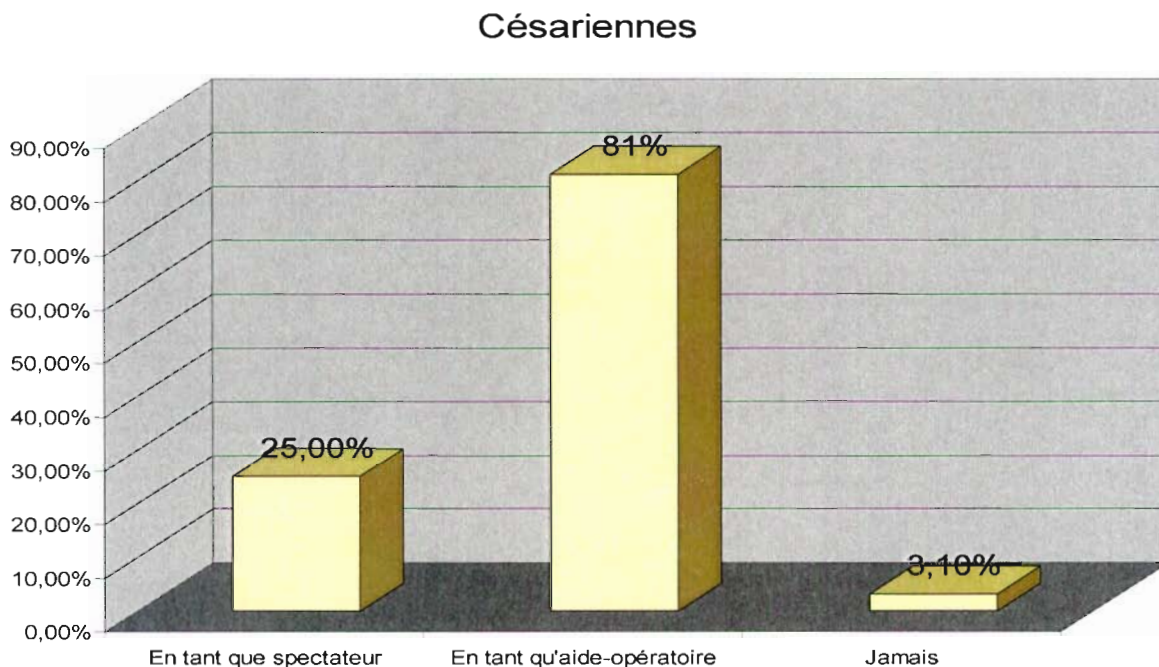
Ainsi, les consultations de grossesse étaient suivies principalement avec un gynécologue ou alors assurées seules par le résident. A noter qu'il y a tout de même deux étudiants soit 6% des répondants à cette question qui n'ont jamais assisté à des consultations de suivi de grossesse : ce qui peut paraître étonnant.

- les accouchements : (les pourcentages exprimés correspondent au pourcentage de réponses affirmatives à l'item proposé)



Cette question montre bien à quel point c'est d'abord par le biais des sage-femmes que le résident approche l'accouchement eutocique. On peut également être agréablement surpris par les 10 étudiants ayant effectué seuls un accouchement (sous le regard et avec les conseils bienveillants de l'équipe sans nul doute).

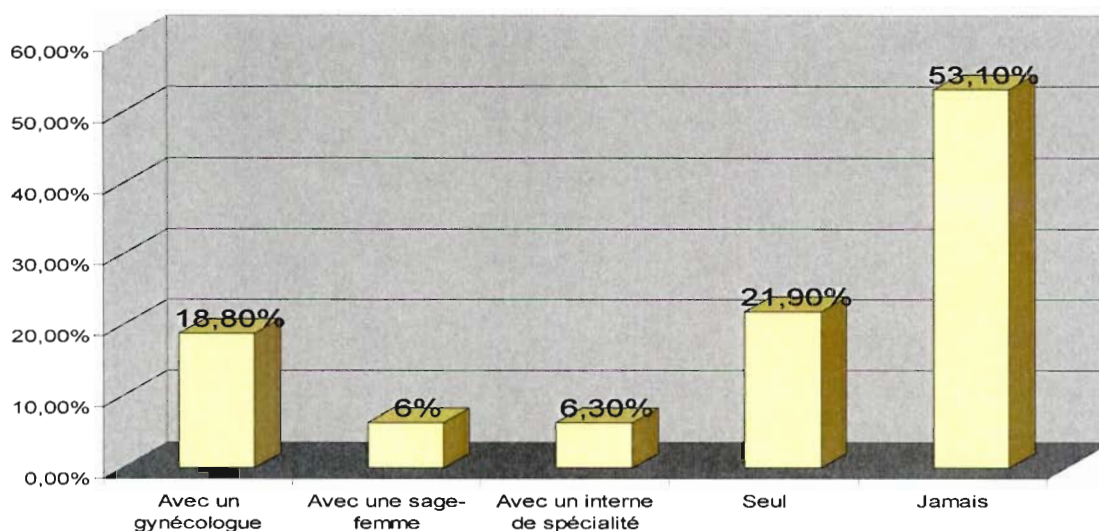
- les césariennes : (les pourcentages exprimés correspondent au pourcentage de réponses affirmatives à l'item proposé)



Il est évident par ces réponses que le résident a sa place au bloc opératoire en tant qu'aide-opérateur lors d'une césarienne puisque 81.3% des résidents ont tenu ce rôle pendant leur stage. Ainsi, le résident semble être totalement intégré au fonctionnement du service de Gynécologie-Ostétrique, puisqu'il entre même en tant qu'acteur dans les gestes chirurgicaux qu'il ne sera pas amené à réaliser dans sa pratique future.

- les astreintes de consultation : (les pourcentages exprimés correspondent au pourcentage de réponses affirmatives à l'item proposé)

Astreintes de consultation



Le système d'astreinte de consultations de gynécologie-obstétrique n'est donc pas, dans 53,1% des cas, l'affaire du résident. Un étudiant sur cinq seulement devra accompagner un spécialiste ou assurer seul cette astreinte.

Il est difficile au vu des résultats obtenus à cette question de conclure concernant le rôle du résident dans le système d'astreinte de consultations ; en effet, cela semble très variable selon les services envisagés.

c. Le stage chez le praticien :

Toujours dans le cadre de la formation pratique, la question B6 interroge l'étudiant sur les consultations auxquelles il a assisté lors de son stage chez le praticien.

Les deux tiers des participants ont fait leur stage chez le praticien au moment de cette enquête soit 80 étudiants. On retrouve dans leur activité :

- des consultations de grossesse :

	Nombre	Pourcentage
Avec le maître de stage	35	43.80%
Seul	16	20.00%
Jamais	29	36.20%
TOTAL	80	100.00%

Ainsi, presque deux étudiants sur trois (63.8%) ont assisté à des consultations de suivi de grossesse chez un médecin généraliste que ce soit seul ou avec le praticien.

- des consultations du post-partum :

	Nombre	Pourcentage
Avec le maître de stage	17	21.20%
Seul	8	10.00%
Jamais	55	68.80%
TOTAL	80	100.00%

Cette question montre qu'à l'inverse de la précédente, les consultations du post-partum sont plus rares en médecine générale et qu'un étudiant sur trois seulement a pu y assister durant son stage chez le praticien.

Cependant, on peut apporter une critique au libellé de cette question, car nous aurions peut-être dû préciser la notion de post-partum à savoir toute consultation ayant eu trait à l'allaitement et ses complications, la contraception du post-partum, les troubles psychiques, le retour de couches, les hémorragies... Ces précisions auraient peut-être amené un nombre plus important de réponses positives à cette question.

3. Partie C : A propos de l'enseignement du « Suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste » :

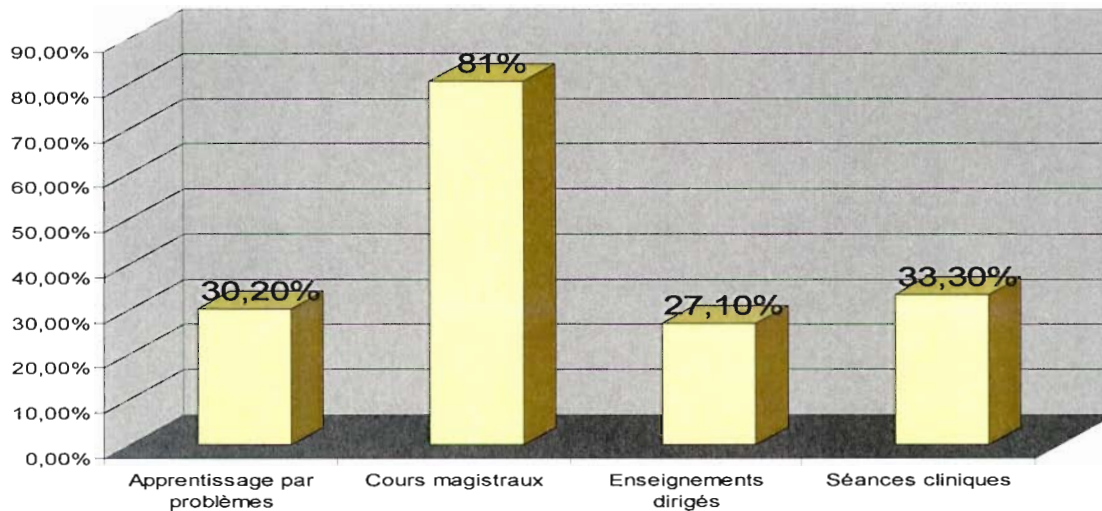
a. Les enseignements des premier et deuxième cycles :

Avant de s'intéresser à l'enseignement du troisième cycle, deux questions sont posées concernant les enseignements suivis auparavant.

La première, qui cherche à connaître l'année durant laquelle ces enseignements ont eu lieu, n'a été que partiellement répondue par les étudiants avec seulement 123 réponses sur 132. Cependant, on note près de 70% de réponses sur la cinquième année soit la DCEM3.

La seconde question s'intéresse à la méthode pédagogique employée, et là, les 132 étudiants ont répondu à la question : (les pourcentages exprimés correspondent au pourcentage de réponses affirmatives à l'item proposé)

Méthode pédagogique employée

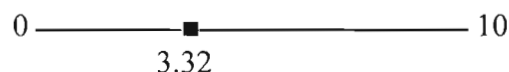


Ainsi, c'est d'abord par les cours magistraux puis par les séances cliniques à la Maternité que les étudiants ont suivi des enseignements sur la grossesse. En troisième place vient l'apprentissage par problèmes (APP). Mais il faut signaler, que sur les trois promotions présentes lors de la remise de ce questionnaire, seul les étudiants en TCEM1 et en TCEM2 ont connu le système de l'APP.

b. Niveau de compétence :

La question C2 permet de connaître le niveau de compétence estimé par l'étudiant lui-même dans le suivi de la grossesse et l'examen clinique de la femme enceinte, par le biais d'une évaluation qualitative sur échelle numérique de 0 (très mauvais niveau) à 10 (très bon niveau) ; et ce, avant qu'il n'ait reçu l'enseignement du troisième cycle sur le suivi de la grossesse normale.

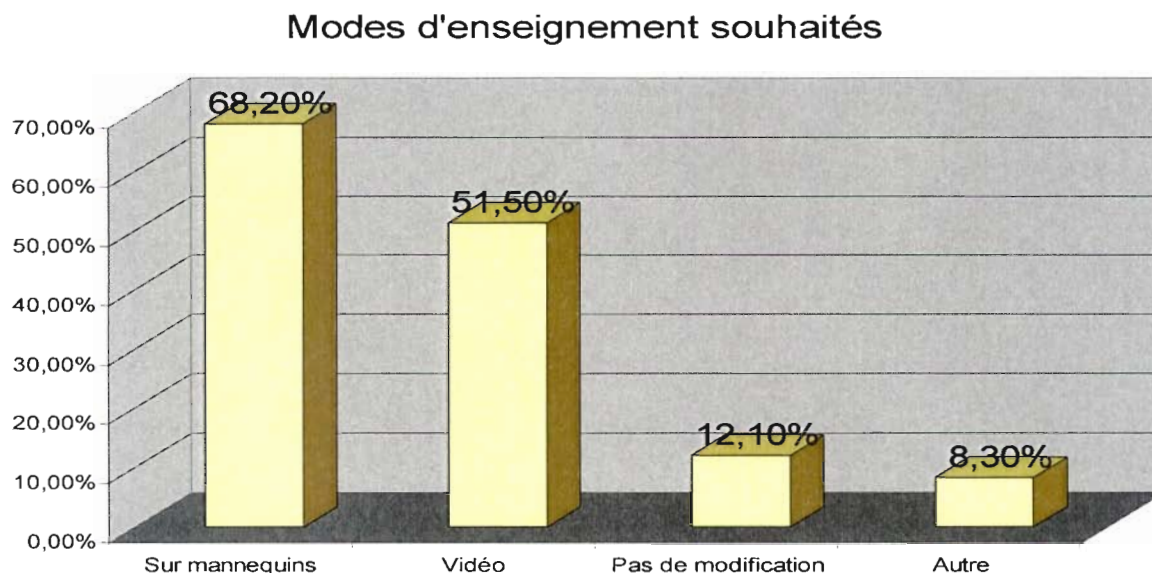
Cette question a obtenu 100% de réponses avec des niveaux évalués de 0 à 10 et dont la moyenne est à 3.32 avec un écart-type de 2.18 :



c. Forme de l'enseignement :

On retrouve 71.2% d'étudiants satisfaits de l'enseignement interactif avec cas cliniques, soit 94 réponses affirmatives sur 132.

A la question des modes d'enseignement souhaités, on retrouve une volonté claire de s'exercer sur mannequins : (les pourcentages exprimés correspondent au pourcentage de réponses affirmatives à l'item proposé)



D'une façon globale, le complément de l'enseignement par des mannequins ou un support vidéo reste plébiscité.

Dans le cadre des 11 réponses positives à « autre enseignement », on retrouve :

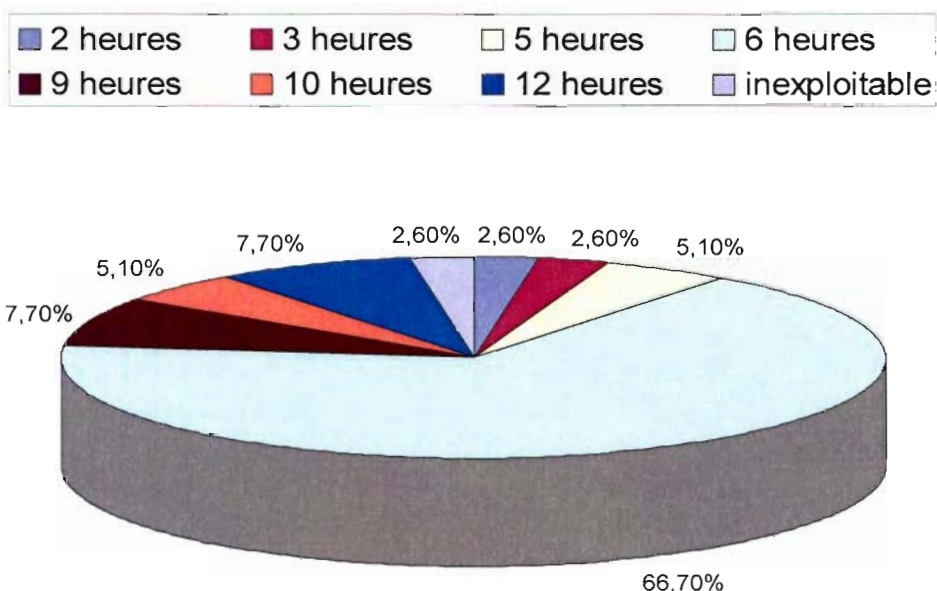
- quatre étudiants qui réclament plus de cas cliniques lors de l'enseignement afin de débattre plus longtemps avec le praticien sur les conduites à tenir
- un étudiant propose de donner sur support papier l'ensemble du cours
- et malheureusement six étudiants ont coché cette réponse sans apporter plus de précision

Par rapport au stage chez le praticien, on retrouve 97.7% d'étudiants estimant que l'enseignement est complémentaire à ce stage. Ce pourcentage démontrant combien le stage pratique et l'enseignement théorique doivent rester étroitement liés pour une bonne formation de l'étudiant.

Sur la question de la durée de l'enseignement, il semble évident, que pour les étudiants, les trois heures consacrées au suivi de la grossesse normale sont trop courtes à 63.4% contre 34.3% qui les trouvent suffisantes et 2.3% qui les jugent trop longues.

Sur les 86 étudiants qui n'étaient pas satisfaits de la durée de l'enseignement, seuls 39 d'entre eux ont proposé une autre durée qui leur semblait plus adaptée ; et c'est à une large majorité que l'on retrouve un horaire de six heures plébiscité.

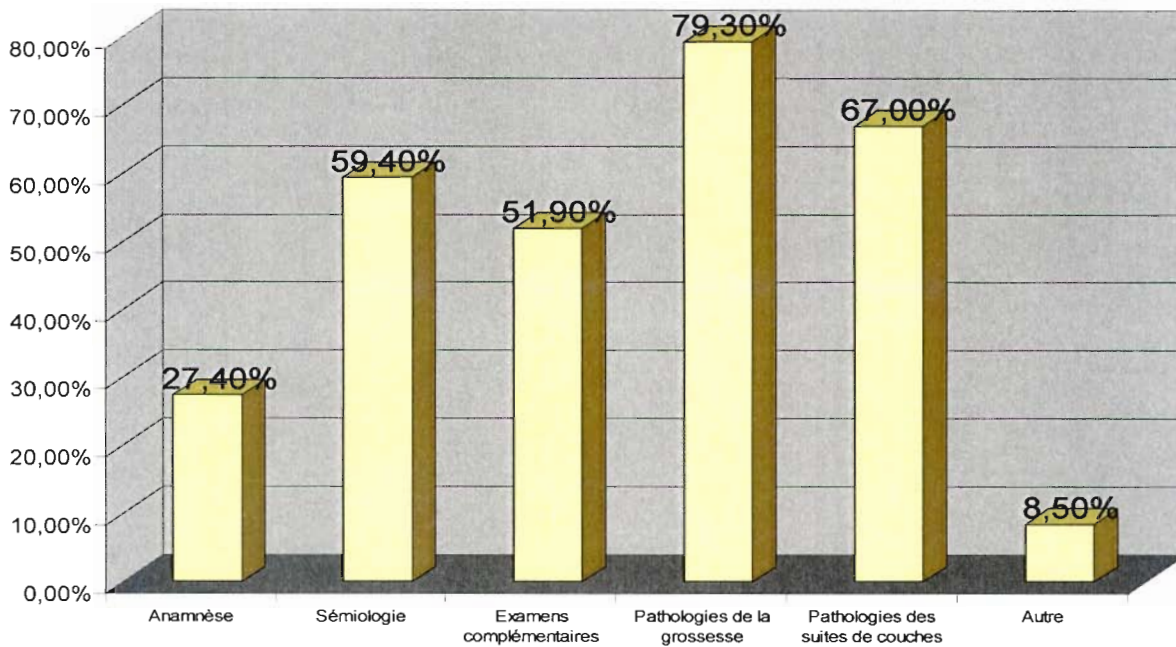
Durée d'enseignement proposée



d. Contenu de l'enseignement :

A propos du contenu de l'enseignement, il nous semblait important de savoir si l'étudiant avait des attentes par rapport au cours : c'est le cas à 80.3%. Pour ces 106 étudiants, les items par rapport auxquels ils présentaient des attentes sont : (les pourcentages exprimés correspondent au pourcentage de réponses affirmatives à l'item proposé) :

Attentes des étudiants par rapport à l'enseignement



Ces réponses démontrent bien que c'est avant tout sur les pathologies de la grossesse ou des suites de couches que les étudiants désirent être formés ; mais aussi sur la sémiologie et donc sur la base même de la consultation de médecine générale.

Dans les 9 réponses données en expression libre, on retrouve :

- 3 réponses sur les conseils pour l'allaitement maternel optimal
- 2 réponses sur les thérapeutiques médicamenteuses possibles chez la femme enceinte
- 2 réponses sur la révision de l'examen clinique normal de la femme enceinte et l'élaboration d'un planning de suivi
- 1 réponse sur la prise en charge des terrains à risque
- 1 réponse sur l'explication du réseau ville-hôpital en gynécologie-obstétrique

Au total, c'est avec de multiples attentes que les étudiants se rendent à l'enseignement.

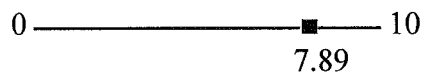
Ensuite, la pertinence de chacun des quatre thèmes principaux de l'enseignement a été soumise à une évaluation numérique par les étudiants de 0 (aucun intérêt) à 10 (intérêt majeur) :

→ concernant les critères anamnestiques, biologiques et échographiques pour définir le début de la grossesse :



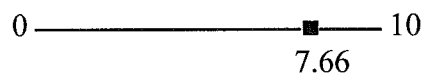
soit une moyenne de 6.72 avec un écart-type de 2.40 et des notes allant de 0 à 10.

→ concernant le calendrier de suivi de grossesse :



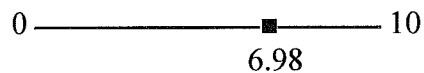
soit une moyenne de 7.89 avec un écart-type de 1.89 et des notes allant de 3 à 10.

→ concernant les médicaments contre-indiqués :



soit une moyenne de 7.66 avec un écart-type de 2.39 et des notes allant de 1 à 10.

→ concernant les pathologies de suites de couches :



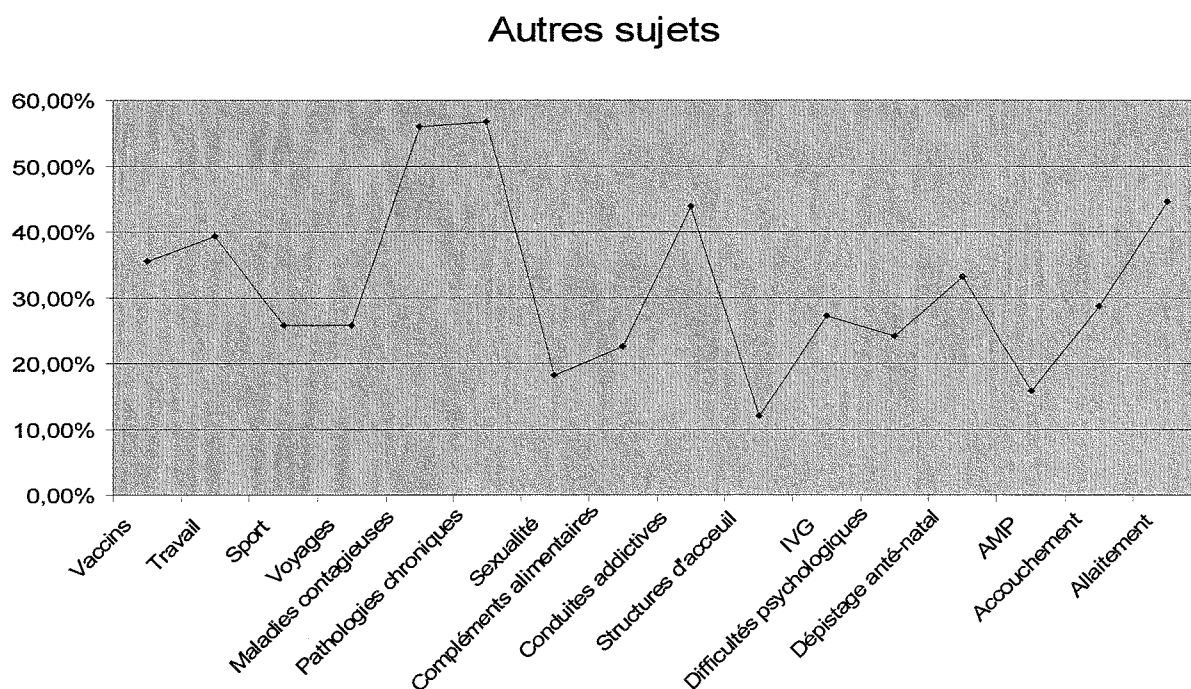
soit une moyenne de 6.98 avec un écart-type de 2.36 et des notes allant de 1 à 10.

De même que sur la durée globale de l'enseignement, il nous a semblé important de savoir comment chaque étudiant avait évalué le temps consacré à chaque item du cours. Ainsi, on retrouve 73.5% de satisfaction pour la durée consacrée aux items des critères anamnestiques, biologiques et échographiques pour définir le début de grossesse et le calendrier de suivi. Par contre, 65.2% et 59.8% des étudiants interrogés estiment trop court le temps consacré respectivement aux médicaments contre-indiqués durant la grossesse et aux pathologies courantes des suites de couches.

La dernière question de cette partie s'interroge sur les autres sujets que les étudiants aimeraient aborder au cours de l'enseignement.

Lors de la première lecture des questionnaires rendus, nous nous sommes aperçus qu'une très large majorité des étudiants n'avait pas tenu compte de la consigne qui demandait à choisir trois items et à les classer par ordre de préférence. Ce non respect de la consigne était tel qu'il ne rendait pas exploitable les résultats de cette question. Nous avons donc préféré traiter cette question sur le mode de réponse Oui-Non à chaque item.

Les résultats sont consignés dans la courbe ci-dessous :



Ainsi, on remarque que deux sujets sont largement plébiscités :

- maladies contagieuses et grossesse avec 56.1% de demandes.
- pathologies chroniques et grossesse (Diabète insulino-dépendant, Hypertension artérielle, Maladies auto-immunes) avec 56.8% de demandes.

Viennent ensuite :

- l'allaitement à 44.7%
- les conduites addictives et grossesse à 43.9%

Pour le reste des items, seul un tiers des étudiants, ou moins, semble demandeur de plus amples explications.

4. Partie D : A propos des enseignants :

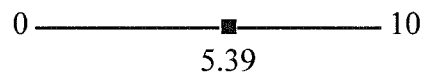
A la première question, qui s'intéresse à la présence d'autres intervenants lors de l'enseignement, ce sont les sage-femmes qui sont les plus attendues avec 74.2% de réponses affirmatives. Concernant les médecins échographistes, on ne retrouve que 15.9% de réponses affirmatives. Un seul étudiant propose la présence d'un médecin obstétricien.

La seconde question cherche à évaluer les rapports entre étudiants et enseignants de ce cours : à 65.9%, les rapports s'avèrent bons et pour 1.5% seulement, ils sont difficiles. A la justification de ces réponses, on retrouve souvent la notion d'un médecin généraliste agréable et d'une équipe enseignante à l'écoute. Les deux étudiants ayant estimé leurs rapports difficiles avec les enseignants, n'ont pas explicité leur réponse d'un commentaire.

5. Partie E : En conclusion :

La conclusion de cette enquête se devait d'évaluer le niveau de compétence estimé des étudiants dans le suivi de la grossesse normale et l'examen clinique de la femme enceinte après avoir assisté à l'enseignement du troisième cycle.

Ainsi, on obtient 100% de réponses à cette question avec des niveaux évalués de 0 à 9 et dont la moyenne est à 5.39 avec un écart-type de 1.84 :



Cela représente une amélioration de deux points sur une échelle de 10 avec un écart-type plus mince.

Il est donc évident que cet enseignement contribue largement à améliorer les capacités professionnelles des résidents à suivre une grossesse.

Enfin, une partie d'expression libre avec suggestions était proposée aux étudiants dans le but d'améliorer l'enseignement. Ils sont vingt à s'y être exprimés. Leurs suggestions sont portées en annexe. (ANNEXE VIII)

Les remarques concernant l'enseignement regroupent :

- ➔ l'apprentissage sur mannequin (1 étudiant)
- ➔ l'augmentation du support papier voire même la réalisation d'un petit fascicule qui pourrait servir de façon quotidienne au cabinet de médecine générale (1 étudiant)
- ➔ le remplacement de certains cours jugés inutiles (sans être nommés) par ce type de cours jugé plus utile (1 étudiant)

- l'augmentation du nombre de séances sur ce thème afin d'élargir les sujets abordés (4 étudiants) et l'organisation d'un séminaire consacré à la grossesse (2 étudiants)

L'autre moitié des étudiants apporte des remarques sur la relation étroite et toujours nécessaire entre la formation théorique et la formation pratique.

Ainsi, ils sont huit à réclamer tout simplement plus de pratique et deux à demander un stage hospitalier obligatoire ou la modification de tous les stages du pôle mère-enfant en stages couplés Pédiatrie et Gynécologie-Obstétrique.

6. Pour aller plus loin :

D'autre part, pour ne pas se borner à une analyse descriptive des résultats de cette enquête, il nous a semblé intéressant de croiser certaines variables.

a. Féminisation des promotions :

Nous avons cherché à savoir si, en fonction du sexe, les volontés de pratique d'actes de gynécologie médicale et de suivi de grossesse présentaient une différence significative.

	Sexe Masculin n=56	Sexe Féminin n'=66	P (test du chi 2)
Actes de gynécologie médicale	51.80%	83.30%	<0.05
Suivi de grossesse	48.20%	72.70%	<0.05

A noter que les effectifs globaux ne sont que de 122 étudiants sur les 132 ayant répondu au questionnaire puisque 10 d'entre eux n'ont pas souhaité répondre à la question de la pratique d'actes de gynécologie médicale et du suivi de grossesse dans l'activité future de médecine générale.

Malgré cela, on note une nette prédominance féminine, statistiquement significative, pour la réalisation d'actes de gynécologie médicale et de suivi de grossesse.

b. Comparaison de deux groupes d'étudiants :

Nous nous sommes également intéressé aux variations selon la réalisation ou non d'un stage en Gynécologie-Obstétrique, sur les 132 participants à l'enquête :

- 100 n'ont pas fait de stage en Gynécologie-Obstétrique, soit parce qu'ils n'ont pas encore choisi dans le pôle mère-enfant, soit parce qu'ils ont choisi la pédiatrie seule. Ils constituent le groupe I.
- 32 ont fait un stage en Gynécologie-Obstétrique seule ou en couplé avec la pédiatrie. Ils constituent le groupe II.

Nous nous sommes intéressé à la comparaison de ces deux groupes sur les variables : niveau avant enseignement, intérêt de l'anamnèse, intérêt du calendrier de grossesse, intérêt des médicaments contre-indiqués, intérêt des pathologies de suites de couche et niveau après enseignement.

Les résultats sont regroupés dans le tableau suivant :

	Groupe I n = 100	Groupe II n' = 32	p (test du chi 2)
Niveau avant enseignement	3.29	3.41	0.79
Intérêt anamnèse	6.60	7.09	0.31
Intérêt du calendrier de suivi	7.85	8.03	0.63
Intérêt des médicaments contre-indiqués	7.57	7.94	0.45
Intérêt des pathologies de suite de couches	7.02	6.84	0.71
Niveau après enseignement	5.26	5.81	0.14

Bien que ces différences ne soient pas statistiquement significatives, puisque le p n'est pas inférieur à 0.05, il nous a semblé contributif de constater que les items de l'enseignement sont évalués avec un intérêt plus grand par le groupe II que par le groupe I sauf en ce qui concerne les pathologies de suite de couches.

D'autre part, concernant l'évaluation de leur niveau de compétence avant l'enseignement, on voit que le groupe I a une moyenne à 3.29 contre une moyenne à 3.41 pour le groupe II. Cette différence de niveau reste présente dans la variable de l'évaluation des compétences post-enseignement avec une moyenne à 5.26 pour le groupe I et 5.81 pour le groupe II.

Le différentiel se creuse d'ailleurs, passant de 0.12 à 0.55, laissant penser que les étudiants qui ont déjà été sollicités durant leur stage en Gynécologie-Obstétrique, améliorent plus leur niveau de compétence par ce cours que ceux qui n'ont pas fait de stage. Peut être par une attention accrue due à leur connaissance des difficultés rencontrées en pratique.

De plus, en comparant de nouveau ces deux groupes d'étudiants, nous nous sommes intéressé aux statistiques concernant la forme et le contenu de l'enseignement :

	Groupe I n = 100	Groupe II n' = 32	P (test du chi2)
Satisfaction par rapport à l'enseignement	74.0%	62.5%	0.2111
Enseignement sur mannequin	70.0%	62.5%	0.4279
Support vidéo	53.0%	47.0%	0.5462
Attentes sur l'enseignement	74.0%	91.0%	< 0.05
Attentes sur l'anamnèse	30.8%	17.9%	0.1886
Attentes sur la sémiologie	60.3%	57.1%	0.7735
Attentes sur les examens complémentaires	50.0%	57.1%	0.5164
Attentes sur les pathologies de grossesse	73.0%	93.1%	< 0.05
Attentes sur les pathologies de suite de couches	64.1%	75.0%	0.2929

Ces résultats s'avèrent significatifs statistiquement par deux fois concernant :

- ➔ les attentes des étudiants par rapport à l'enseignement : 91% des résidents ayant fait un stage en Gynécologie-Obstétrique ont des attentes contre 74% pour ceux qui ne l'ont pas fait.
- ➔ l'attente sur les pathologies de la grossesse : 93.1% des résidents ayant fait un stage en Gynécologie-Obstétrique ont une attente par rapport à cet item contre 73% pour ceux qui ne l'ont pas fait.

IV. D : Conclusions :

Cette enquête nous permet de formuler de nombreuses conclusions :

1. La population de l'enquête montre une féminisation de l'échantillon étudié avec 56% de femmes, tout comme la démographie médicale française actuelle. D'autre part, près de 70% des étudiants actuellement en troisième cycle, se destine à une activité ambulatoire de médecine générale, ce qui est rassurant par rapport au déficit annoncé en médecins généralistes installés ; bien que cela soit encore insuffisant pour permettre un renouvellement complet des praticiens.
De plus, ces futurs médecins généralistes désirent à une large majorité pratiquer des actes de gynécologie médicale et suivre des grossesses. Il est ainsi évident que leur formation se doit d'être la plus complète possible sur ces sujets.
Cependant, par rapport au mode d'installation envisagé, les zones rurales n'inspirent pas ces étudiants qui leur préfèrent les zones semi-rurales ; ceci, risquant d'accentuer encore les inégalités géographiques de la démographie médicale.
2. Pour 75% des étudiants ayant déjà effectué des remplacements en cabinet de médecine générale, il y a eu au moins une fois des difficultés à gérer une consultation avec une femme enceinte et pour 45% de ces mêmes étudiants, la difficulté devient quasi systématique lorsque la femme est enceinte. On ne peut donc pas négliger l'importance d'une formation pertinente en gynécologie-obstétrique pour tous ceux qui désirent s'installer en médecine générale.
3. Les modalités actuelles de la formation pratique du troisième cycle de médecine générale ne permettent pas à l'étudiant de choisir pleinement sa formation en Gynécologie-Obstétrique même s'il le désire puisqu'un tiers a choisi la pédiatrie seule car il ne restait plus de place en Gynécologie-Obstétrique. Le regret qu'il n'y ait pas plus de possibilités de stage hospitalier en Gynécologie-Obstétrique et surtout en stage couplé est présenté clairement par près de la moitié des étudiants dans les suggestions laissées libres en fin d'enquête. D'autant que pour près de quatre étudiants sur cinq, la motivation d'un stage en Gynécologie-Obstétrique reste l'apprentissage d'un examen clinique pertinent chez la femme enceinte.
Cependant, pour les étudiants ayant eu l'opportunité de ce stage hospitalier, on constate que celui-ci leur a permis d'aller bien au-delà de leurs attentes avec une forte participation aux consultations de suivi de grossesse principalement avec un médecin spécialiste (75%), aux accouchements (59.4%) avec une sage-femme, à des césariennes en tant qu'aide-opérateur (81.3%).
De plus, le stage chez le praticien permet également à deux étudiants sur trois d'assister à des consultations de grossesse.

Ainsi, on constate que la formation pratique de l'étudiant peut être très vaste dans le domaine de la Gynécologie-Obstétrique, que ce soit à l'hôpital ou en ambulatoire mais on peut également regretter qu'elle soit accessible à trop peu de résidents du fait d'un déséquilibre entre les stages de Gynécologie-Obstétrique et de Pédiatrie, ce qui ne laisse guère le choix à l'étudiant.

4. L'évaluation globale de l'enseignement du Suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste réalisée dans cette enquête démontre que plus de deux étudiants sur trois (71%) sont satisfaits de la forme de cet enseignement, même si pour ce même pourcentage, le temps qui lui est consacré est trop court et qu'ils préféreraient donc à une large majorité un minimum de six heures sous forme de plusieurs enseignements, voire même d'un séminaire consacré à la grossesse. Cette augmentation horaire permettrait de proposer d'autres formes d'enseignement comme des exercices sur mannequin ou un support vidéo. D'une façon globale, les étudiants sont en attente par rapport à ce sujet de la grossesse d'autant plus qu'ils estiment leur niveau de compétence assez faible à 3.32 sur une échelle de 10. D'ailleurs, cet enseignement que nous avons évalué répond bien à ces attentes puisque les items qui y sont développés sont tous notés avec un intérêt supérieur à la moyenne. Cependant, il semble que les étudiants aimeraient développer un peu plus dans le temps certains items dont principalement les médicaments contre-indiqués chez la femme enceinte et les pathologies courantes des suites de couches. Si le volume horaire le permettait, ils aimeraient également pouvoir aborder d'autres sujets comme les maladies contagieuses, les pathologies chroniques, l'allaitement et les conduites addictives.
5. La mise en relation entre formation théorique et pratique démontre bien que les étudiants ayant effectué leur stage en Gynécologie-Obstétrique sont bien plus demandeurs de complément théorique et ont, de fait, des attentes plus grandes par rapport à l'enseignement, en comparaison avec ceux qui n'ont pas fait de stage. Très certainement parce qu'ils ont été confrontés à l'hôpital ou chez le praticien à des difficultés professionnelles liées à des carences théoriques. Ce sont principalement eux qui savent combien la relation entre théorie et pratique doit être étroite et combien l'une ne va pas sans l'autre.
6. Sur le plan du relationnel entre les étudiants et leurs enseignants, la satisfaction est grande avec plus de 80% de relations estimées bonnes. L'enrichissement de binôme enseignant par la participation d'une sage-femme aux débats est la seule suggestion apportée de façon massive par les étudiants à 74%.

Cette enquête nous permet clairement de comprendre que les étudiants sont demandeurs d'un tel enseignement mais que les modalités horaires leur semblent encore insuffisantes ; que d'autres sujets devraient compléter ceux qui sont déjà abordés actuellement ; que leur niveau de compétence se trouve amélioré après cet enseignement mais aussi que la confrontation de leurs connaissances théoriques avec leurs applications pratiques en stage hospitalier est encore trop limitée par le nombre de places insuffisantes dans les services de Gynécologie-Obstétrique.

PARTIE V : PROPOSITIONS D'AVENIR

V. A : Formation pratique :

Durant l'année universitaire 2005/2006, et avec un nombre de postes en Gynécologie-Obstétrique de 15 sur 39 dans le pôle mère-enfant, le choix, et surtout l'affectation d'un étudiant dans un stage de Gynécologie-Obstétrique s'avère assez difficile alors que la motivation à se former dans cette spécialité est réelle comme l'a démontré notre enquête.

De même, il est regrettable de constater que 28% des étudiants ayant fait un stage en Pédiatrie seule évoquent, comme motif de choix de la pédiatrie, l'absence de place disponible en Gynécologie-Obstétrique et que 69% d'entre eux pensent qu'à choisir entre Pédiatrie et Gynécologie-Obstétrique, la pédiatrie est plus utile pour leur pratique future.

Il semble évident qu'il faut donc tenter de trouver la possibilité de coupler tous les stages du pôle mère-enfant en Gynécologie-Obstétrique/Pédiatrie afin qu'aucune de ces deux spécialités ne disparaisse du cursus de formation pratique d'un futur médecin généraliste.

D'autant plus que dans le cadre de la Gynécologie-Obstétrique, l'expérience acquise par la répétition des gestes ne peut être que bénéfique au futur praticien pour mener à bien, et dans un climat serein, une consultation de gynécologie médicale ou de suivi de grossesse normale à son cabinet.

Un praticien sûr de ses gestes et de ses investigations renforcera d'autant la relation de confiance qui l'unit à sa patiente.

Il faut donc clairement proposer à chaque étudiant un stage de trois mois minimum en service de Gynécologie-Obstétrique.

V. B : Forme de l'enseignement :

Avec plus de 70% des étudiants interrogés qui s'estiment satisfaits de l'enseignement interactif par cas cliniques reçu, il est évident que l'enseignement actuel sur le suivi de la grossesse normale présente de nombreuses qualités qu'il faut conserver. Cependant, il est possible de proposer encore quelques améliorations afin de l'adapter encore plus aux demandes des étudiants.

Ainsi, il faudrait en premier lieu, augmenter le volume horaire consacré au thème de la grossesse avec le passage de trois à six heures d'enseignement.

D'autre part, la possibilité de s'exercer aux touchers pelviens voire à la surveillance de la grossesse sur mannequins permettrait sans aucun doute aux étudiants d'acquérir une expérience de ces gestes techniques et donc une meilleure assurance face à la patiente le moment venu. La mise en place de séquences vidéo explicatives (sur certains signes échographiques, certains gestes techniques comme l'amniocentèse) permettrait également une approche plus imagée, pouvant amener à des explications peut-être plus claires dispensées à la patiente, au besoin.

Afin de pouvoir allier augmentation du volume horaire, exercices sur mannequins, séquences vidéo et cas cliniques interactifs, il semble évident que le principe d'un séminaire avec multiples ateliers de travail serait le plus adapté.

V.C : Contenu de l'enseignement :

1. Sujets déjà abordés :

Il semble évident, au vu des résultats de notre enquête, que le choix actuel des items de l'enseignement (critères anamnestiques, biologiques et échographiques pour définir le début de la grossesse / calendrier de suivi de grossesse / médicaments contre-indiqués / pathologies des suites de couche) est tout à fait pertinent par rapport aux attentes des étudiants, puisque chacun de ces items obtient une évaluation supérieure à 5/10. Pourtant le développement des sujets sur les médicaments contre-indiqués et les pathologies des suites de couches pourraient encore être optimisés par une majoration du temps qui leur est consacré.

Ainsi, on peut proposer, par exemple, de concrétiser le débat sur les molécules médicamenteuses par des cas cliniques brefs principalement sur la prise en charge des symptômes courants de la grossesse :

- nausées et vomissements
- pyrosis
- constipation
- hémorroïdes
- varices
- prévention des vergetures
- augmentation des sécrétions vaginales
- lombalgies
- crampes musculaires
- syndrome du canal carpien

En effet, dans le cadre d'une grossesse normale, c'est généralement vers le médecin généraliste que la femme va se tourner pour la prise en charge de ces symptômes.

D'autre part, en ce qui concerne les pathologies des suites de couches (allaitement et complications, contraception du post-partum et complications des suites de couches), il semble que ce soit principalement à propos de l'allaitement que les étudiants aimeraient être plus longuement formés.

En effet, l'allaitement fait partie des quatre sujets que les étudiants aimeraient aborder en plus des items actuels, si le volume horaire le permettait. Cette thématique sera développée dans le chapitre suivant, concernant les nouveaux sujets à aborder.

2. Nouveaux sujets à aborder :

Notre enquête a permis de démontrer que les étudiants aimeraient aborder d'autres sujets au cours de leur formation sur la grossesse normale, afin d'être plus à même de répondre aux questions ou aux craintes de leurs patientes.

Ainsi, il semble nécessaire de pouvoir les former sur les maladies contagieuses, les pathologies chroniques, l'allaitement et les conduites addictives chez la femme enceinte, pour qu'ils puissent se sentir parfaitement maîtres de leurs consultations de suivi de grossesse.

a. Maladies contagieuses et grossesse :

→ VIH, hépatite B, hépatite C, syphilis :

Dans le cadre de ces quatre maladies contagieuses, le travail du médecin généraliste va principalement consister en un dépistage :

- soit par le biais d'un bilan pré-conceptionnel, qui peut être proposé à toute femme en âge de procréer ou ayant eu des conduites à risque
- soit dans le cadre du bilan réalisé pendant le premier mois de grossesse.

Il est certain que toute sérologie positive au VIH, VHB, VHC ou que tout diagnostic de syphilis doit amener le médecin généraliste à confier au plus vite sa patiente à une équipe de spécialistes alliant gynécologues-obstétriciens et infectiologues. Ces grossesses sont alors considérées comme grossesses à risque et sortent du cadre d'un suivi envisageable par le médecin généraliste.

Cependant, les demandes de formation, exprimées par les étudiants sur ce sujet, mettent en avant le rôle informatif que doit garder le médecin généraliste par rapport à sa patiente : ainsi, on pourra simplement proposer aux étudiants d'expliquer à leur patiente, devant de tels résultats biologiques que :

- le risque de transmission materno-fœtale est de 20% pour le VIH1 et qu'il est maximal le jour de l'accouchement. D'où la proposition possible d'une césarienne programmée (24).
- la transmission du VHB se fait surtout à l'accouchement par échanges sanguins.
- le VHC se transmet au fœtus dans moins de 10% des cas.
- le moindre doute sur une syphilis amène à la mise en route d'un traitement antibiotique qui passe la barrière placentaire et qui permet donc également le traitement du fœtus.

→ Herpès génital :

Il n'est pas rare qu'une future maman ayant des antécédents d'herpès génital, interroge son médecin généraliste sur les risques d'une nouvelle poussée au cours de sa grossesse.

Il convient alors au médecin généraliste de lui expliquer que la contamination fœtale se fait principalement lorsqu'il existe des lésions maternelles au moment du passage de la filière génitale. Il est donc recommandé à la femme de prendre contact avec son gynécologue-obstétricien dans les plus brefs délais en cas d'apparition de lésions afin d'en débiter la prise en charge.

→ Varicelle, zona :

De même que pour l'herpès génital, les questions des femmes enceintes sur les risques encourus après contact avec un enfant atteint de varicelle, ne sont pas rares.

Il faut donc l'informer sur la possibilité de réaliser une sérologie qui confirmera ou non son immunisation lorsqu'il existe une notion de contagion.

S'il n'y a pas d'immunisation biologique ou si elle présente une éruption, elle sera immédiatement confiée à un gynécologue-obstétricien.

D'autre part, il faut la rassurer quant à la survenue d'un zona en cours de grossesse, qui n'entraîne pas d'augmentation du risque de malformation fœtale (24).

→ Toxoplasmose :

Il faut noter que l'enquête nationale (25) de 1995 estimait à 54%, la séroprévalence de la toxoplasmose chez les femmes en âge de procréer.

En ce qui concerne la contamination maternelle par *Toxoplasma gondii*, le médecin généraliste a un important travail d'information et de prévention à réaliser auprès de ses patientes.

Ainsi, devant toute sérologie négative de toxoplasmose en début de grossesse, il doit s'assurer de la bonne compréhension de la patiente quant aux règles hygiéno-diététiques qui diminuent le risque de contamination. Ces règles sont reportées dans le tableau ci-après.

Tableau 3. Conseils hygiéno-diététiques à une femme enceinte non immunisée.

Ne mangez pas de viande crue ou saignante: beefsteack, tartare, fondue bourguignonne, brochettes, méchouis, côtelettes...

Ne mangez de viande que très cuite ou préalablement congelée

Lavez les fruits, les légumes et les plantes aromatiques avant consommation, ainsi que les ustensiles et les surfaces ayant servi à la préparation des repas

Nettoyez et désinfectez régulièrement le réfrigérateur

Lavez-vous les mains avant et après toute manipulation d'aliments, et avant chaque repas

Lors des repas pris en dehors du domicile, évitez les crudités et préférez les légumes cuits

Portez des gants pour jardiner et lavez-vous les mains après avoir manipulé de la terre

Évitez les contacts avec les chats: ne leur donnez pas de viande crue, faites nettoyer tous les jours, par une autre personne, le bac à litière, ou portez des gants

Il doit également lui expliquer la stratégie de surveillance de son statut sérologique de façon mensuelle jusqu'à l'accouchement.

Dès la mise en évidence d'une séroconversion, il devra passer la main aux spécialistes ; cette grossesse devenant à risque.

→ Rubéole :

Grâce à la vaccination, la séroprévalence de la rubéole est supérieure à 95% (24).

Dans les rares cas de séronégativité au premier bilan prénatal, le médecin généraliste pourra proposer une seconde sérologie vers 20 SA pour vérifier l'absence de séroconversion ou prendre avis auprès de ses confrères gynécologues-obstétriciens.

La vaccination est de toute façon contre-indiquée pendant la grossesse.

b. Pathologies chroniques et grossesse :

→ Hypertension artérielle :

Le cas de la grossesse chez la femme hypertendue traitée nécessite parfois quelques adaptations thérapeutiques (22), en fonction des molécules qui constituent le traitement de fond de la femme, en accord entre l'obstétricien et le cardiologue.

Même si la grossesse ne présente pas de complications, le terrain d'hypertension sur lequel elle se développe, la classe dans les grossesses à risque. Le suivi de ces grossesses doit donc être réalisé par une équipe spécialisée de gynécologues-obstétriciens et de cardiologues.

→ Diabète :

La grossesse chez la femme diabétique (26) comporte plus de risques que la grossesse normale. Le pronostic de la grossesse est lié au degré de contrôle glycémique, de la conception jusqu'à l'accouchement, ainsi qu'à la prise en charge pluridisciplinaire de la femme.

C'est une grossesse à haut risque : maternel et fœtal.

La femme diabétique enceinte doit être suivie de façon très étroite par les gynécologues-obstétriciens et le diabétologue.

Le médecin généraliste peut cependant expliquer à sa patiente que :

- les antidiabétiques oraux sont contre-indiqués pendant la grossesse. Il faut donc relayer tout traitement oral antérieur par une insulinothérapie dès que la grossesse est diagnostiquée. Chez les patientes porteuses d'un diabète de type I, l'insulinothérapie est poursuivie.
- tous les matins, il faut rechercher la présence d'acétone dans les urines et chaque mois, un dosage de l'hémoglobine glyquée est à réaliser.

Il faut également rappeler que l'allaitement n'est pas contre-indiqué en cas de diabète maternel, à condition que celui-ci ne soit traité que par régime et/ou insulinothérapie.

➔ Autres pathologies chroniques :

Que ce soit pour les pathologies de type collagénose (lupus érythémateux disséminé ou sclérodermie systémique), les dysfonctions thyroïdiennes ou la drépanocytose, toute femme porteuse et débutant une grossesse relève de la stricte surveillance d'une équipe spécialisée associant les gynécologues-obstétriciens et le spécialiste d'organe concerné.

Le médecin généraliste ne peut ni ne doit assurer le suivi de ces grossesses.

C'est ici la limite notable des possibilités de formation des futurs médecins généralistes par un enseignement sur la grossesse.

c. Allaitement maternel:

➔ Epidémiologie :

La prévalence de l'allaitement maternel en France est de 56% au sortir de la maternité, contre 95% pour les pays du Nord de l'Europe (27).

La durée médiane de l'allaitement est de dix semaines avec seulement 5% d'allaitement poursuivi à quatre mois. Une durée d'allaitement longue est corrélée (28) à la durée des congés maternité et à la proximité du bébé la nuit à la maternité ainsi qu'à l'absence d'utilisation de biberons de complément pendant le séjour à la maternité.

➔ Composition du lait de femme :

Dans les trois premiers jours, le lait de femme appelé colostrum, est très riche en cellules immuno-compétentes, en oligosaccharides, en protéines.

La composition du lait mature est atteinte rapidement en quatre à cinq jours après le début de l'allaitement. On y retrouve :

- 8 à 12 g/l de protéines
- 38 g/l de lipides avec une digestibilité de 80 à 95%
- 75 g/l de glucides dont 63 grammes de lactose et 12 grammes d'oligosaccharides
- des oligo-éléments et des cellules immuno-compétentes

En cours de tétée, la composition du lait change et s'enrichit en graisses et en micelles de caséine.

La production de lait à travers le monde est très semblable dans les différentes populations et ce quels que soient le niveau de vie et l'état nutritionnel des mères, soit environ 700 grammes par jour pendant les deux premiers mois (29).

→ Dimensions psycho-affectives et sociales :

La relation qui s'établit entre le bébé et sa mère ou son père est cruciale pour sa survie et son développement (30).

La portée du contact mère-enfant, dès les premières minutes ou heures qui suivent la naissance, dans le processus d'attachement est maintenant bien établie (31). D'autant, qu'instinctivement, le nouveau-né fera des mouvements pour se diriger vers le mamelon de sa mère. Les comportements accompagnant l'allaitement comme prendre le bébé, le toucher, le regarder, semblent autant de possibilités de resserrer le lien mère-enfant.

→ Bénéfices santé de l'allaitement maternel :

- prévention des infections :

Pour que cet effet préventif soit efficace, il faut que l'allaitement maternel exclusif dure plus de trois mois.

L'allaitement maternel va contribuer à atténuer l'état d'immaturité physiologique immunitaire du nouveau-né. En effet, il contient des substances qui ont une action immuno-modulatrice : hormones (ACTH, cortisol, TRH), facteurs de croissance, cytokines, lactoferrines, nucléotides, oligosaccharides, acides gras poly insaturés...

- prévention de l'obésité :

La plupart des études attestent d'une augmentation du risque d'obésité pendant l'enfance et l'adolescence en l'absence d'allaitement maternel.

Plusieurs hypothèses ont été proposées :

- les nourrissons au sein régulent probablement mieux les quantités de lait qu'ils ingèrent par rapport à ceux nourris au biberon. En effet, dans l'allaitement artificiel, les mères surveillent les quantités bues et sollicitent plus leurs enfants. Ainsi, on constate une croissance staturo-pondérale plus rapide des enfants nourris d'emblée avec un lait pour nourrissons ou sevrés précocement (32).

- une insulínémie significativement plus élevée chez les nourrissons alimentés par préparations a été retrouvée, qui pourrait stimuler le développement des adipocytes et de l'adipogénèse (33).

- les nourrissons allaités au sein semblent mieux apprécier par la suite les aliments nouveaux et les goûts différents, ceci pouvant faciliter la diversification alimentaire, dont l'introduction des légumes verts et des fruits. (33).

→ Complications de l'allaitement :

Elles ont été traitées dans la partie III.D.5 de ce travail de thèse et ne seront pas développées de nouveau ici.

d. Conduites addictives et grossesse :

→ Tabac :

En France, on estime que 37% des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse et que 19.5% des femmes enceintes continuent de fumer pendant tout ou partie de celle-ci (34).

- **Tabac et fécondité :**

Globalement, la fécondité est plus basse chez les fumeuses que chez les non-fumeuses. En effet, le tabac diminue la viabilité de l'ovocyte, la motilité tubaire mais aussi la croissance et l'implantation de l'embryon (35).

Une relation dose-effet et une réversibilité à l'arrêt du tabac ont été mises en évidence.

- **Tabac et grossesse extra-utérine :**

Le risque relatif de grossesse extra-utérine est multiplié par 1.5 pour une femme fumeuse à moins de 10 cigarettes par jour, par 3 pour plus de 20 cigarettes par jour et par 5 pour plus de 30 cigarettes par jour.

Une étude a montré que les anciennes fumeuses n'ont pas de risque accru de grossesse extra-utérine : ainsi, l'arrêt du tabac avant la conception diminue significativement ce risque (36).

En effet, la nicotine entraîne des spasmes tubaires et une sidération des battements ciliaires des cellules tubaires, retardant ainsi la progression de l'œuf et favorisant sa nidation ectopique.

- **Tabac et fausses couches :**

Le taux d'avortements spontanés est multiplié par trois en cas de tabagisme maternel. Ce sont la nicotine, le goudron et l'hypoxie induite qui agiraient comme un agent abortif.

- **Tabac et hématome rétro-placentaire :**

L'apparition d'un décollement marginal du placenta normalement inséré est favorisé par le tabagisme, par anoxie périphérique et nécrose déciduale.

Globalement, on estime qu'un hématome rétro-placentaire sur cinq est directement attribuable au tabac (37). Cependant, dès l'arrêt de l'intoxication tabagique, les effets délétères du tabac sur la vascularisation placentaire s'estompent.

De même, le risque de placenta praevia est deux fois plus important chez les femmes fumeuses.

- Tabac et prématurité :

Le tabagisme de la femme enceinte est un facteur de risque de petite (avant 37 SA) et de grande prématurité (avant 33 SA).

Le risque de rupture prématurée des membranes est deux fois plus fréquent en cas de tabagisme (38).

L'étiologie de ce risque est multifactorielle :

- augmentation de la fréquence des chorioamnionites chez les fumeuses
- vasoconstriction placentaire par effet nicotinique
- fragilité des membranes par carence en acide ascorbique
- augmentation de la production des prostaglandines qui gèrent les contractions du myomètre

Au total, on estime qu'environ 50% des enfants prématurés le sont par tabagisme maternel.

- Tabac et retard de croissance intra-utérin :

Il faut se rappeler que l'hypotrophie est le principal facteur associé de morbidité et de mortalité chez les nouveau-nés.

Le déficit pondéral va de 200 à 300 grammes à la naissance (34). Il s'agit d'un retard de croissance harmonieux

Les causes sont :

- la sous alimentation fréquente de la femme enceinte fumeuse par effet anorexigène de la nicotine
- la présence de carboxyhémoglobine responsable d'anémie chronique
- les phénomènes de vasoconstriction au niveau des artères utérines par libération des catécholamines sous l'effet de la nicotine
- la réduction du flux maternel placentaire

D'autre part, c'est principalement durant le troisième trimestre que l'exposition au tabac provoque un retentissement maximal sur le poids du fœtus (35).

- Tabagisme passif :

Sur les mêmes bases que le tabagisme de la femme enceinte, le tabagisme passif induit une augmentation du risque de retard de croissance intra-utérin et de prématurité. Ce risque s'avère d'autant plus important que l'intoxication provient du compagnon de la femme.

Ainsi, l'ensemble de ces risques démontre à quel point le rôle du médecin généraliste dans le sevrage tabagique pré-conceptionnel ou lors de la grossesse de la femme tient toute son importance afin de limiter un maximum les risques fœtaux. C'est là tout l'enjeu du rôle du

médecin généraliste pour informer la future mère mais aussi pour dépister un tabagisme actif dans un projet de conception.

Pour le médecin généraliste qui va suivre la femme dans son post-partum, il est primordial de rester vigilant quant à la reprise du tabagisme, et ce, surtout à la reprise de l'activité professionnelle.

- Sevrage tabagique de la femme enceinte :

Il faut avant tout reconnaître que l'arrêt du tabac est immédiatement bénéfique à l'enfant à naître et à sa mère ; et qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter l'intoxication tabagique (39).

Cependant, il faut veiller à ne pas culpabiliser les femmes, même si elles ont des difficultés à se sevrer ou qu'elles se montrent réticentes à ce projet.

Après évaluation de la dépendance de la future mère à la nicotine par réalisation d'un test de Fagerström (ANNEXE IX) et d'une évaluation du comportement tabagique par le test de Horn (ANNEXE X), le médecin généraliste doit proposer des méthodes d'aide au sevrage tabagique. Le taux d'arrêt du tabagisme est plus élevé chez les femmes ayant un score bas au test de dépendance de Fagerström (34).

Afin de démontrer toute l'importance de son intoxication tabagique à la femme enceinte, il est possible de lui proposer un dosage rapide et facile du CO dans l'air expiré grâce au CO testeur. Cette mesure peut être le point de départ d'une discussion sur le sevrage tabagique.

Dans le cas de la femme enceinte, il sera tenté en premier lieu un sevrage sans mode de substitution nicotinique avec la mise en place de thérapies comportementales et cognitives.

Si la femme n'arrive cependant pas à un sevrage rapide, le recours pharmacologique est de mise avec principalement d'un patch transdermique de nicotine. Actuellement, il est recommandé aux femmes de le porter entre 12 heures et 16 heures maximum et non pas 24 heures et ce, à cause du risque d'accumulation de la nicotine dans liquide amniotique au-delà des 16 heures de port du patch. On prescrit donc des patch de 16 heures. L'association aux formes orales de substitution n'est pas contre-indiquée.

Le Bupropion (ZYBAN) et la Varénicline (CHAMPIX) sont contre-indiqués pendant la grossesse.

Si le choix d'allaiter est fait par la mère, il faut l'y encourager, même si l'intoxication tabagique est toujours présente. La substitution nicotinique peut se faire à tout moment, et plutôt par comprimés buccaux et/ou gommes, en dehors des moments de tétée, voire, au mieux, après la fin de la tétée.

→ Alcool :

En France, il y a actuellement de nombreuses campagnes d'information concernant la relation alcool et grossesse afin de sensibiliser les femmes aux risques de la consommation d'alcool aigue ou chronique en cours de grossesse. Il s'agit là, effectivement, d'un sujet qui reste encore trop souvent tabou.

La conséquence la mieux connue, et la plus typique, est représentée par le Syndrome d'Alcoolisation Fœtal (SAF).

- Effets de l'alcool sur la grossesse :

On note un ralentissement des processus de division cellulaire responsable d'anomalies malformatives par arrêt du développement normal à certains stades. Ce risque est d'autant plus élevé que l'alcoolisation a lieu sous forme de crises d'ivresse pendant le développement embryonnaire (40).

Au niveau du placenta, l'alcoolisme aigu diminue la circulation sanguine par spasmes des vaisseaux sanguins.

L'alcool ingéré passe rapidement dans le sang maternel puis la barrière placentaire, et la concentration d'alcool au niveau de la circulation sanguine fœtale est approximativement celle du sang maternel. L'élimination par le fœtus est beaucoup plus longue car il n'est pas capable de métaboliser l'alcool pour l'éliminer.

- Syndrome d'Alcoolisation Fœtal :

Il repose dans sa forme complète sur quatre critères :

- une alcoolisation maternelle confirmée pendant la grossesse
- un retard de croissance pré ou post-natal
- une dysmorphie crânio-faciale avec dans sa forme complète : rétrécissement des fentes palpébrales, raccourcissement du nez avec ensellure nasale prononcée, philtrum allongé, convexe de profil avec disparition des piliers, lèvre supérieure fine avec arc de Cupidon mal dessiné
- une atteinte du système nerveux central : petit périmètre crânien, malformations cérébrales comme une agénésie des corps calleux, un retentissement neurosensoriel, un retard du développement psychomoteur, des troubles du comportement, un déficit intellectuel variable.

Dès les premières minutes de vie, le syndrome d'imprégnation fœtale se manifeste par un abattement et une torpeur du nouveau-né, nécessitant souvent une oxygénothérapie avec stimulation respiratoire.

Dans le cadre de l'intoxication alcoolique, le médecin généraliste a un rôle primordial à jouer en écoutant sans juger, ces patientes souvent fragiles et qui ont un désir de grossesse. Il faut alors savoir leur expliquer tout le poids, à moyen et long terme, de leur intoxication alcoolique sur le futur enfant à naître et pouvoir leur proposer une aide adaptée à chaque histoire personnelle.

On ne connaît pas le seuil de consommation d'alcool qui serait sans risque pour le fœtus. La seule recommandation raisonnable est de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse.

→ Toxicomanies :

• Cannabis :

Actuellement, on admet la réalité d'une dépendance physique et psychique au cannabis. La consommation régulière de cannabis nécessite donc au même titre que les autres conduites addictives une prise en charge globale afin d'en limiter les conséquences sur l'enfant à naître.

On ne connaît pas de tératogénicité sévère à la consommation de cannabis chez la femme enceinte mais cependant, on retrouve des risques d'hypotrophie, des troubles du comportement et du sommeil chez le nouveau-né (41).

Tout usage de cannabis doit être recherché par le médecin qui suit la grossesse, et ce d'autant plus que les jeunes mamans actuelles n'abordent pas la question facilement : soit parce qu'elles ignorent les risques, soit parce qu'elles craignent d'être mal jugées.

• Héroïne :

La dépendance à l'héroïne entraîne très fréquemment une aménorrhée ou une oligoménorrhée, d'où un retard habituel au diagnostic (vers le quatrième mois), rendant l'interruption volontaire de grossesse impossible si elle est souhaitée.

Ces grossesses sont également des grossesses mal suivies. C'est pour cela que le diagnostic précoce de toxicomanie permet de proposer à la future maman d'entrer dans un programme de soins et donc un meilleur suivi prénatal (42).

Dès le diagnostic de grossesse posé, le médecin généraliste doit passer la main aux gynécologues-obstétriciens, considérant ces grossesses comme de réelles grossesses à risque. D'autant que ces grossesses sont reconnues comme pourvoyeuses d'un stress fœtal majoré par le ressenti fœtal de son propre manque, de façon aigue et répétitive.

• Cocaïne :

Toute femme consommatrice de cocaïne et porteuse d'une grossesse doit être suivie de façon étroite par une équipe spécialisée de gynécologues-obstétriciens et d'addictologues.

• Indications du sevrage et de la substitution :

Le sevrage doit être mis en place dans une structure de soins très organisée et qui a l'habitude des patientes toxicomanes. Il relève autant des compétences des gynécologues-obstétriciens que des psychologues et psychiatres qui entourent ce sevrage.

Il ne doit en aucun cas être initié par les médecins généralistes.

V.D : Enseignants :

En premier lieu, il semble important de rappeler que pour les deux tiers des étudiants interrogés dans notre enquête, les rapports avec le binôme médecin généraliste/médecin spécialiste, durant l'enseignement, se sont avérés bons. Il apparaît donc important de préserver cette équipe enseignante.

Cependant, dans le cadre des améliorations à apporter à cet enseignement, on pourrait proposer la constitution d'un trio d'enseignants avec la venue de sages-femmes.

En effet, elles occupent une place à part dans le suivi de la grossesse, d'abord dans le cadre du réseau santé ville-hôpital, mais aussi, et surtout, dans la relation à la patiente. Elles représentent un savoir-faire et une écoute différents de ceux du médecin généraliste ou du gynécologue-obstétricien. Elles constituent donc, pour les mères, un interlocuteur privilégié durant leur grossesse, et pour cette raison, elles doivent pouvoir trouver leur place dans l'enseignement sur la grossesse normale proposé lors du troisième cycle de Médecine générale.

CONCLUSION

Ce travail de thèse nous a permis de comprendre à quel point la pratique de Gynécologie-Obstétrique va devenir importante au cabinet de médecine générale, entre autre, par le fait de la démographie médicale française qui est en mutation. En effet, nous avons vu que la pénurie annoncée en gynécologues-obstétriciens et en gynécologues et obstétriciens, va provoquer de la part des patientes une demande plus grande de suivi par le médecin traitant.

D'autre part, l'étude de l'organisation de l'enseignement des premier et deuxième cycles, nous a montré que tous les sujets innérent à la pathologie gynéco-obstétricale sont abordés au cours de ces six premières années des études médicales, afin de donner la formation la plus globale possible sur la Gynécologie-Obstétrique aux étudiants. La formation débute par de la théorie fondamentale puis de la théorie par pathologies, parallèlement à des stages pratiques hospitaliers. Cette logique de formation permet aux étudiants, qui ont choisi la Médecine Générale à l'Examen National Classant, d'intégrer le troisième cycle de médecine générale pour y recevoir une formation qui s'appuie sur les bases de ces deux premiers cycles et qui a pour but d'amener les étudiants à leur exercice libéral en cabinet.

L'évaluation que nous avons menée auprès des étudiants, sous forme d'une étude de l'enseignement sur « Le suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste », nous a permis de reconnaître que l'enseignement actuel est bon et qu'il faut donc le préserver.

Cependant, par le biais des différentes remarques et annotations laissées par les étudiants, nous avons tenté d'esquisser des propositions d'avenir pour nous rapprocher un maximum d'une formation « à la carte ».

Il semble ainsi certain, que la principale proposition d'avenir à laquelle nous amène ce travail est la mise en place d'un séminaire de six heures sur le thème de la grossesse avec exercices sur mannequins, séquences vidéos, cas cliniques sur le calendrier de suivi de grossesse, les médicaments contre-indiqués, les pathologies des suites de couches, mais aussi les maladies infectieuses, les pathologies chroniques, l'allaitement et les conduites addictives ; et ce, encadrés par des médecins généralistes, des médecins spécialistes de Gynécologie-Obstétrique et des sage-femmes.

Enfin, l'évaluation de ce séminaire par les étudiants à la fin de la journée, pourrait permettre à l'équipe enseignante de rester toujours au plus près des attentes des étudiants.

Il semble également évident qu'une réflexion doit être portée sur la nécessité d'une possibilité plus large pour les internes d'accéder systématiquement à une formation pratique par stages hospitaliers en Gynécologie-Obstétrique.

D'un point de vue global, il semble primordial de rester toujours vigilant aux demandes des étudiants mais aussi à la modification des pratiques médicales et à l'évolution de la démographie médicale, qui influent sur l'enseignement à donner aux étudiants.

L'ensemble de ces facteurs étant perpétuellement en changement, comme notre société.

BIBLIOGRAPHIE

1. ROBELET.M / LAPEYRE-SAGESSE.N
Les pratiques professionnelles des jeunes médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans.
 Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins
 Janvier 2006.
2. ALLONIER.C / DOURGNON.P
Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)
 Série Résultats. IRDES 2006.
3. FENINA.A / GEFFROY.Y
Les comptes nationaux de la santé en 2005.
 DREES. Etudes et Résultats n° 505.
 Juillet 2006.
4. BECHTEL.J / DUEE.M
Les prestations de protection sociale en 2005.
 DREES. Etudes et Résultats n°523.
 Septembre 2006.
5. FENINA.A / GEFFROY.Y
Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologies en France.
 DREES. Etudes et Résultats n° 504.
 Juillet 2006.
6. COHEN.J / MADELENAT.P
Gynécologie et Santé des femmes. Quel avenir en France ?
 Editions ESKA 2000.
7. SCHEIDEGGER.S / VILAIN.A
Disparités sociales et surveillance de grossesse.
 DREES. Etudes et Résultats n°552.
 Janvier 2007.
8. CLERC.P / BOISNAULT.P
Observatoire de la médecine générale : quels bénéfices pour les médecins ?
 La Revue du praticien.Médecine générale.
 Avril 2004. Tome 18, n°650/651.
9. OBSERVATOIRE DE LA MEDECINE GENERALE
Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville.
<http://omg.sfm.org>
10. SOURCE DE DONNEES : L'OBSERVATOIRE THALES
La prise en charge gynécologique.
<http://www.cngof.asso.fr>

11. Livret d'organisation de l'enseignement en PCEM 1
Faculté de Médecine de Nancy. 2005/2006.
12. Livret d'organisation de l'enseignement en PCEM 2.
Faculté de Médecine de Nancy. 2005/2006.
13. Livret d'organisation de l'enseignement en DCEM 1.
Faculté de Médecine de Nancy. 2005/2006.
14. Livret d'organisation de l'enseignement en DCEM 2.
Faculté de Médecine de Nancy. 2005/2006.
15. Livret d'organisation de l'enseignement en DCEM 3.
Faculté de Médecine de Nancy. 2005/2006.
16. Livret d'organisation de l'enseignement en DCEM 4.
Faculté de Médecine de Nancy. 2005/2006.
17. NETTER.P / JUDLIN.P / FINANCE.JM
DIU de formation complémentaire en gynécologie et obstétrique.
Université Henri Poincaré Nancy I. 2005/2006.
18. RUDIGOZ.RC
Grossesse.Diagnostic, surveillance clinique, indication des examens complémentaires, réglementation.
La Revue du praticien 1999. Tome 49, n° 3.
19. LEPERCQ.J
Principales complications de la grossesse : 1^{ère} partie : diabète gestationnel.
La Revue du praticien 2006. Tome 56, n°8.
20. ANTOINE.JM
De la conception à la naissance.
Editions MASSON. 2002.
21. GABRIEL.R / CECCALDI.PF
Allaitement et complications.
La Revue du praticien 2002. Tome 52 n° 20.
22. Dictionnaire VIDAL 2006.
23. LOPES.P / MENSIER.A
Contraception : méthodes, contre-indications, surveillance.
La Revue du praticien 2000. Tome 50 n° 4.
24. GRANGEOT-KEROS.L / AUDIBERT.F
Infections virales et toxoplasmose materno-fœtales : prise en charge clinico-biologique.
Guides MédiBio 2001.

25. ANCELLE.T / GOULET.V
La toxoplasmose chez la femme enceinte en France en 1995. Résultats d'une enquête nationale périnatale.
 Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 1995.
26. *Grossesse et contraception chez la femme diabétique. Recommandations.*
<http://www.alfediam.org/magazine>
27. Programme National Nutrition Santé
Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.
 Société Française de Pédiatrie. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.
 2005.
28. BRANGER.B / CEBRON.M
Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes.
 Archives de Pédiatrie 1998.
29. BROWN.K / DEWELY.KG
Complementary feeding of young children in developing countries : a review of current scientific knowledge.
 OMS.1998.
30. BEAUDRY.M / CHIASSE.S
Biologie de l'allaitement. Le sein. Le lait. Le geste.
 Presses de l'Université du Québec. 2006.
31. KENNEL.JH / KLAUS. MH
Bonding : Recent observations that alter perinatal care.
 Pediatric Revue 1998.
32. KRAMER.MS
Breast-feeding and infant growth. Biology or bias?
 Pediatrics 2002.
33. LUCAS.A / BOYES.S
Metabolic and endocrine responses to a milk feed in six-day-old term infants : differences between breast and cow's milk formula feeding.
 Pediatrics Actuality Scandinavia. 1981.
34. CONFERENCE DE CONSENSUS
Grossesse et tabac. Recommandations.
 ANAES. Lille. Octobre 2004.
35. DELCROIX.M / CHUFFART.M
La grossesse et le tabac.
 Série Que sais-je ?. Editions PUF. 1999.

36. PHILIPPS.RS / TUOMALA.RE
The effects of cigarette smoking, Chlamydia trachomatis infection and vaginal douching on ectopic pregnancy.
Obstetric-Gynecology 1992, Tome 79.
37. MARPEAU.L
Tabagisme et grossesse. Conséquences obstétricales.
Entretiens de Bichat, Paris 1997, Thérapeutique.
Editions Expansion scientifique française.
38. HARGER.JH / HSING.AW
Risk factors of preterm premature rupture of foetal membranes : a multicenter case-control study.
American Journal of Obstetrical and Gynecology.1990, tome 163.
39. MARTINET.Y / BOHADANA.A
Le tabagisme. De la prévention au sevrage.
Abrégés Masson 1997.
40. DEHAENE.P
La grossesse et l'alcool.
Série Que sais-je ?. Editions PUF. 1995.
41. *Cannabis : usager occasionnel ou à risque ? Balance décisionnelle.*
La Revue du praticien Médecine Générale 2005. Tome 55, n°1.
42. Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants. Groupe Pompidou.
Grossesse et toxicomanies : état des lieux en 2000.
Collection Drogues et toxicomanie.
Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe. 2001.

ANNEXES

ANNEXE I :

Maladies recueillies, classification par chapitre

Maladies de l'appareil circulatoire Hypertension artérielle Angine de poitrine Infarctus du myocarde Trouble du rythme, palpitations Insuffisance cardiaque Accident vasculaire cérébrale avec séquelle Accident vasculaire cérébrale sans séquelle Artérite des membres inférieurs Varices, ulcère variqueux Hémorroïdes Autres problèmes cardiovasculaires	Maladies génito-urinaires Infection urinaire, cystite Perte involontaire d'urine Maladie de la prostate Troubles des règles Troubles liés à la ménopause Autres problèmes génito-urinaires
Tumeurs Cancer Tumeurs bénignes	Maladies endocriniennes et métaboliques Affection de la thyroïde Diabète Trop de lipide dans le sang Autres problèmes endocriniens
Maladies de l'appareil respiratoire Bronchite chronique Asthme Autres problèmes de l'appareil respiratoire Sinusite aiguë Rhinopharyngite Rhinite allergique Angine	Maladies de l'œil et troubles de la vue Cataracte Glaucome, hypertension oculaire Strabisme Troubles de la vue Autres maladies de l'œil (hors troubles de la vue)
Maladies de l'oreille et troubles de l'audition Otite aiguë Troubles de l'audition Autres problèmes de l'oreille	Maladies psychiques Troubles du sommeil Dépression nerveuse Anxiété, troubles anxieux Autres troubles mentaux
Maladies de l'appareil digestif Ulcère de l'estomac, duodenum Crampes, brûlures, douleurs d'estomac Hernie hiatale Troubles chroniques du transit intestinal Maladies du foie* Autres problèmes digestifs**	Maladies du système nerveux Migraines, maux de tête Autres maladies du système nerveux
Maladies de la bouche et des dents Problèmes bouche et dents	Maladies de la peau Eczéma Psoriasis Acné Mycoses cutanées Autres problèmes de peau
Maladies du système ostéo-articulaire Sciatique, lumbago, douleur lombaire Hernie discale Ostéoporose Arthrose et rhumatisme Autres maladies des os et des articulations	Maladies infectieuses et parasitaires Maladies infectieuses et parasitaires***
	Maladies du sang et organes hématopoïétiques Maladies du sang et organes hématopoïétiques
	Affections congénitales, périnatales, anomalies chromosomiques Affections congénitales, périnatales, anomalies chromosomiques
	Symptômes, maladies illisibles Symptômes
	Causes externes, lésions traumatiques et facteurs influant sur l'état de santé Causes externes, facteurs influant sur l'état de santé

* dont hépatites virales

** hors problèmes de la bouche et des dents

*** hors hépatites et mycoses cutanéomucosées

Source : IRDES - ESPS 2004

ANNEXE II :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE
9, Avenue de la Forêt de Haye
B.P. 184
54505 VANDOEUVRE-lès-NANCY
Tél. 03.83.68.30.32

Année Universitaire 2005/2006

A retourner pour Ven 1 sep 2006

2ème Cycle des Études Médicales FICHE D'ÉVALUATION DE STAGE HOSPITALIER

Etablissement : VANDOEUVRE CHU BRABOIS

SERVICE : Médecine et Endocrinologie

Chef de service: Mr le Pr WERYHA Georges

Période d'affectation : du 3/07/06 au 30/09/06

Année d'études : DCEM2

Nom : JEFFROY

Épouse :

Prénom : HELENE

Date de naissance : 10/11/84

CRITÈRES D'ÉVALUATION

1-COMPORTEMENT GÉNÉRAL

Conscience professionnelle et dévouement, comportement avec le malade
et le personnel du Service, assiduité et ponctualité

OUI ☐ NON ☐

2-OBJECTIFS ATTEINTS AU COURS DU STAGE (feuilles jointes)

OUI ☐ NON ☐

STAGE VALIDÉ ☐

STAGE INVALIDÉ ☐

Validation du stage : toute demande d'invalidation de stage doit être argumentée par écrit par le chef de service.

ARGUMENTATION DE L'INVALIDATION ÉVENTUELLE

.....

.....

Cachet du Service, date et signature

FICHE À REMPLIR PAR LE CHEF DE SERVICE EN PRÉSENCE DE L'ÉTUDIANT

CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

LOCALISATION DU SERVICE : MATERNITE REGIONALE A. PINARD
10 RUE DU DOCTEUR HEYDENREICH - BP 4213
54042 NANCY CEDEX

ORIENTATION DU SERVICE : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Coordonnateur de la Clinique :	Professeur :	Jean-Louis BOUTROY
Responsable du pôle gynécologique :	Professeur :	Philippe JUDLIN
Responsable du pôle obstétrical :	Professeurs :	Michel SCHWEITZER Jean-Louis BOUTROY

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

Théoriques	OUI	NON
OBSTÉTRIQUE		
L'étudiant hospitalier doit être capable de :		
- préciser les modalités réglementaires de l'examen prénuptial	☐	☐
- connaître les éléments de surveillance clinico-biologique de la grossesse normale	☐	☐
- connaître les indications et les conditions de réalisation d'une radio - pelvimétrie	☐	☐
- connaître la mécanique obstétricale de l'accouchement normal	☐	☐
- décrire les phases de la délivrance normale	☐	☐
- connaître la surveillance clinique du post-partum non compliqué	☐	☐
- connaître l'allaitement et ses complications	☐	☐
- connaître les principaux éléments anamnestiques ou clinico-biologiques qui font de la grossesse en cours une grossesse à risque	☐	☐
- déterminer la conduite à tenir devant une hémorragie du premier trimestre de la grossesse	☐	☐
- déterminer la conduite à tenir devant une hémorragie du troisième trimestre de la grossesse	☐	☐
- déterminer la conduite à tenir devant une fièvre chez la femme enceinte,	☐	☐
- déterminer la conduite à tenir devant une hémorragie des suites de couches.	☐	☐

GYNÉCOLOGIE

L'étudiant hospitalier doit être capable de :		
- décrire le cycle menstruel normal	☐	☐
- connaître les différentes méthodes de contraception, leur efficacité, leurs indications, contre-indications et leurs modalités de surveillance	☐	☐
- déterminer la conduite à tenir devant des leucorrhées	☐	☐
- déterminer la conduite à tenir devant des métrorragies	☐	☐
- déterminer la conduite à tenir devant une aménorrhée secondaire	☐	☐
- déterminer la conduite à tenir devant des algies pelviennes	☐	☐

FICHE À REMPLIR PAR LE CHEF DE SERVICE EN PRÉSENCE DE L'ÉTUDIANT

Pratiques	A VU	A FAIT
- rédaction correcte d'observations en tenant compte des particularités anamnestiques et cliniques de l'examen gynéco-obstétrical	☐	☐
- examen correct d'une femme enceinte avec en particulier mesure de la hauteur utérine, palper abdominal	☐	☐
- examen correct d'une femme consultant en gynécologie,	☐	☐
- réaliser dans de bonnes conditions techniques :		
• de la pose d'un spéculum	☐	☐
• des prélèvements endo-cervicaux à la recherche de germes banals ou plus particuliers (mycoplasmes, chlamydiae)	☐	☐
• d'un frottis cervico-vaginal	☐	☐
- assistance à des accouchements normaux et dystociques	☐	☐
- aides opératoires aux blocs de Gynécologie et d'Obstétrique	☐	☐

Signature

ANNEXE III :

Université Henri Poincaré, Nancy 1
Faculté de Médecine

FICHE D'ÉVALUATION DES GARDES DES ÉTUDIANTS

DE DC2 ☐ DC3 ☐ DC4 ☐

Numéro chronologique de la garde | | |

Nom : Prénom : Date de naissance :

Garde

Date (jour, mois, année) :/...../..... Horaires de à

<u>Médecine</u>			<u>Chirurgie</u>		
Service	SAU - HC	☐	SAU - HC		☐
	UAA - HB	☐	Hôp. Enfants		☐
	Hôp. Enfants	☐	Chirurgie Jeanne d'Arc		☐
	Réanimation respiratoire	☐	Clinique traumatologie		☐
	Réanimation Mal. Infect.	☐	Gynécologie obstétrique		☐
	Réanimation néonatale	☐	Maternité régionale		☐

Objectifs généraux

Présence oui ☐ non ☐

Comportement - Relations	TB	B	AB	Insuffisant
	☐	☐	☐	☐
<u>Objectifs théoriques</u>	☐	☐	☐	☐

Objectifs pédagogiques pratiques

Examen clinique satisfaisant oui ☐ non ☐

Réanimation cardio-respiratoire oui ☐ non ☐ ECG oui ☐ non ☐

Prélèvement veineux oui ☐ non ☐ Prélèvement artériel oui ☐ non ☐

Pose voie veineuse oui ☐ non ☐

Suture oui ☐ non ☐ Pansements de plaies oui ☐ non ☐

Techniques d'immobilisation des membres oui ☐ non ☐

Aides opératoires oui ☐ non ☐

Asepsie bien ☐ insuffisant ☐

Évaluation générale de la garde	TB	B	AB	Insuffisant
	☐	☐	☐	☐

ANNEXE IV :

Annexe à l'arrêté du 10 octobre 2000 concernant les enseignements de la 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle des études médicales.

PRÉAMBULE

Il est rappelé que l'enseignement clinique dispensé en DCEM 2, DCEM 3 et DCEM 4 repose sur l'acquisition préalable de connaissances bio-cliniques et sémiologiques de l'homme normal et des grands processus des altérations de l'état normal. La progression exponentielle des connaissances impose des choix et conduit à rejeter toute idée d'exhaustivité dans le programme de DCEM 2, DCEM 3 et DCEM 4. L'évolution rapide des connaissances rendrait vaine une tentative de cet ordre.

Le deuxième cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences cliniques et thérapeutiques et de capacités d'adaptation permettant aux étudiants d'exercer les fonctions hospitalières du troisième cycle et d'acquérir les compétences professionnelles de la filière dans laquelle ils s'engageront. En fin de deuxième cycle, tous les étudiants doivent avoir assimilé l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique ; les principaux processus anatomo-physio-pathologiques ; l'examen somatique et les principaux gestes techniques ; les pathologies les plus fréquentes, leurs procédures diagnostiques, leurs thérapeutiques et leurs préventions ; la démarche médicale en fonction de la prévalence, de la gravité et des possibilités thérapeutiques ; la gestion des urgences les plus fréquentes ; la maîtrise des outils de la relation et de la communication.

Il est tout aussi essentiel que les étudiants soient aptes à informer les patients et leurs familles en termes simples et compréhensibles, pour mieux les associer aux décisions qui les concernent. Les modalités d'enseignement doivent favoriser le développement de l'auto-apprentissage contrôlé et de l'interdisciplinarité. Elles feront appel aux différentes méthodes d'apprentissage à partir de problèmes de santé. Elles comportent des séminaires, des conférences de synthèse, des enseignements par petits groupes avec développement des nouvelles technologies éducatives.

L'acquisition de ces objectifs repose, dans toute la mesure du possible, sur l'intégration et la cohérence des enseignements théoriques et des stages hospitaliers regroupés en pôles selon des modalités déterminées par chaque conseil d'unité de formation et de recherche.

Les enseignements ne doivent pas chercher à couvrir l'ensemble des champs disciplinaires, mais doivent considérer comme essentiel ce qui est fréquent ou grave ou constitue un problème de santé publique et ce qui est cliniquement exemplaire. Il revient en particulier aux enseignants de spécifier et de différencier ce qui appartient au deuxième cycle de ce qui relève du troisième cycle des études médicales, au cours duquel est acquise la professionnalisation.

I - PREMIÈRE PARTIE : 11 MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 1 : "Apprentissage de l'exercice médical"

1 - Objectifs généraux

L'étudiant doit apprendre à maîtriser la relation médecin-malade et sa différence dans la maladie aiguë grave et dans la maladie chronique. Il doit savoir communiquer et justifier sa démarche diagnostique et thérapeutique en s'appuyant sur les données actuelles de la science. Il a une obligation d'auto-formation grâce à la recherche documentaire, à l'analyse critique et à l'apprentissage à la résolution de problèmes. Cette attitude professionnelle dont l'étudiant doit connaître les aspects médico-légaux, doit respecter la déontologie et les droits des malades.

2 - Programme d'enseignement

1. La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale.
2. La méthodologie de la recherche clinique.
3. Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur des preuves. L'aléa thérapeutique.
4. Évaluation des examens complémentaires dans la démarche médicale : prescriptions utiles et inutiles.
5. Indications et stratégies d'utilisation des principaux examens d'imagerie.
6. Le dossier médical. L'information du malade. Le secret médical.
7. Éthique et déontologie médicales ; droits du malade : problèmes liés au diagnostic, au respect de la personne et à la mort.
8. Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation.
9. Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office.
10. Responsabilité médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire.
11. Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles.
12. Recherche documentaire et auto-formation. Lecture critique d'un article médical. Recommandations pour la pratique. Les maladies orphelines.
13. Organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux.
14. Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé.

Module 2 : "De la conception à la naissance"

1 - Objectifs généraux

L'étudiant doit connaître la contraception et les problèmes médicaux liés à la procréation, à la grossesse et à la naissance. Il doit participer à la prise en charge de la grossesse et de ses complications. Il doit connaître les problèmes posés par les principales maladies génétiques et participer à l'information de la famille et du malade.

2 - Programme d'enseignement

15. Examen prénuptial.
16. Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte.
17. Principales complications de la grossesse :
 - hémorragies génitales
 - interruption spontanée de grossesse
 - fièvre et grossesse
 - hypertension artérielle et grossesse
 - diabète et grossesse
 - menace d'accouchement prématuré
18. Grossesse extra-utérine.
19. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.
20. Prévention des risques foetaux : infections, médicaments, toxiques, irradiation.
21. Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risque et prévention.
22. Accouchement, délivrance et suites de couches normales.
23. Évaluation et soins du nouveau-né.
24. Allaitement et complications.
25. Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours.
26. Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies.
27. Contraception.
28. Interruption volontaire de grossesse.
29. Stérilité du couple : conduite de la première consultation.
30. Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.
31. Problèmes posés par les maladies génétiques à propos :
 - d'une maladie chromosomique : la trisomie 21
 - d'une maladie génique : la mucoviscidose
 - d'une maladie d'instabilité : le syndrome de l'X fragile

Module 3 : "Maturation et vulnérabilité"

1 - Objectifs généraux

L'étudiant doit connaître les aspects normaux et pathologiques de la croissance humaine et de la maturation psychologique. Il doit être capable d'identifier et de savoir prendre en charge les comportements qui témoignent d'une fragilité de l'individu, en particulier à certaines périodes de la vie, afin de prévenir et dépister le passage à des conditions désocialisantes ou pathologiques.

2 - Programme d'enseignement

32. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage.
33. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantiles.
34. Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.
35. Développement bucco-dentaire et anomalies.
36. Retard de croissance staturo-pondérale.
37. Maltraitance et enfant en danger. Protection maternelle et infantile.
38. Puberté normale et pathologique.
39. Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent.
40. Sexualité normale et ses troubles.
41. Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.
42. Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.
43. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte.
44. Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge.
45. Addictions et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage :

- alcool
- tabac
- psychoactifs et substances illicites.

46. Sujets en situation de précarité : facteurs de risque et évaluation. Mesures de protection sociale. Morbidité et comorbidité : diagnostic, complications et traitements.

47. Bases psychopathologiques de la psychologie médicale.

48. Grands courants de la pensée psychiatrique.

Module 4 : "Handicap - incapacité - dépendance"

1 - Objectifs généraux

À partir des notions générales sur les handicaps et les incapacités, l'étudiant doit comprendre à propos de deux ou trois exemples, les moyens d'évaluation des déficiences, incapacités et handicaps, les principes des programmes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion et surtout la prise en charge globale, médico-psycho-sociale, de la personne handicapée dans une filière et/ou un réseau de soins.

2 - Programme d'enseignement

49. Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur, cognitif ou sensoriel.

50. Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.

51. L'enfant handicapé : orientations et prise en charge.

52. Le handicap mental. Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice.

53. Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.

Module 5 : "Vieillesse"

1 - Objectifs généraux

L'étudiant doit connaître les caractéristiques du vieillissement humain normal et pathologique et les aspects spécifiques des maladies des personnes âgées. Il doit analyser la polypathologie et hiérarchiser ses actions. Il doit savoir discuter le rapport bénéfice / risque des décisions médicales en prenant en compte la personne âgée dans sa globalité, son environnement et ses attentes.

2 - Programme d'enseignement

54. Vieillesse normale : aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique.

55. Ménopause et andropause.

56. Ostéoporose.

57. Arthrose.

58. Cataracte.

59. La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques.

60. Déficit neuro-sensoriel chez le sujet âgé.

61. Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.

62. Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé.

63. Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé.

64. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé.

Module 6 : "Douleur - soins palliatifs - accompagnement"

1 - Objectifs généraux

L'étudiant doit savoir différencier une douleur aiguë ou douleur "symptôme" d'une douleur chronique ou douleur "maladie". Il doit être attentif à écouter, à évaluer et à prendre en charge les souffrances physiques et morales des malades. Il doit être capable de mettre en place et de coordonner les soins palliatifs à domicile ou à l'hôpital chez un malade en fin de vie.

2 - Programme d'enseignement

65. Bases neuro-physiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique.

66. Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses.

67. Anesthésie locale, loco-régionale et générale.

68. Douleur chez l'enfant : sédation et traitements antalgiques.

69. Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage.

70. Deuil normal et pathologique.

Module 7 : "Santé et environnement - maladies transmissibles"

1 - Objectifs généraux

L'étudiant doit savoir analyser les grands problèmes de santé publique en France et dans le monde, l'influence de l'environnement et du travail sur la santé et appliquer la prévention des risques. Il doit connaître les principales maladies transmissibles, leur prévention et leur traitement, et formuler des recommandations précises d'hygiène pour limiter le risque nosocomial.

2 - Programme d'enseignement

71. Mesure de l'état de santé de la population.
72. Interprétation d'une enquête épidémiologique.
73. Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires.
74. Risques sanitaires liés aux irradiations. Radioprotection.
75. Épidémiologie et prévention des maladies transmissibles : méthodes de surveillance, déclaration, investigations d'une épidémie dans une collectivité et mesures préventives.
76. Vaccinations : bases immunologiques, indications, efficacité, complications.
77. Angine et pharyngite de l'enfant et de l'adulte.
78. Coqueluche
79. Ectoparasitose cutanée : gale et pédiculose.
80. Endocardite infectieuse.
81. Fièvre aiguë chez un malade immunodéprimé.
82. Grippe.
83. Hépatites virales. Anomalies biologiques hépatiques chez un sujet asymptomatique.
84. Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents.
85. Infection à VIH.
86. Infections broncho-pulmonaires du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.
87. Infections cutané-muqueuses bactériennes et mycosiques.
88. Infections génitales de la femme. Leucorrhées.
89. Infections génitales de l'homme. Écoulement urétral.
90. Infections naso-sinusiennes de l'enfant et de l'adulte.
91. Infections nosocomiales.
92. Infections ostéoarticulaires. Discospondylite.
93. Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte. Leucocyturie.
94. Maladies éruptives de l'enfant.
95. Maladies sexuellement transmissibles : gonococcie, chlamydie, syphilis.
96. Méningite infectieuse et méningo-encéphalite chez l'enfant et chez l'adulte.
97. Oreillons.
98. Otalgie et otite chez l'enfant et chez l'adulte.
99. Paludisme.
100. Parasitoses digestives : lamblie, téniasis, ascaridiose, oxyurose, amibiase, hydatidose.
101. Pathologie d'inoculation.
102. Pathologie infectieuse chez les migrants.
103. Prévention du tétanos.
104. Septicémie.
105. Surveillance des porteurs de valve et de prothèse vasculaire.
106. Tuberculose.
107. Voyage en pays tropical : conseils avant le départ ; pathologies du retour : fièvre, diarrhée.
108. Environnement professionnel et santé. Prévention des risques professionnels.
- Organisation de la médecine du travail.
109. Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions.
110. Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Évaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition.
111. Sports et santé. Aptitude aux sports chez l'enfant et chez l'adulte. Besoins nutritionnels chez le sportif.

Module 8 : "Immunopathologie - réaction inflammatoire"

1 - Objectifs généraux

L'étudiant doit connaître les grands mécanismes immunopathologiques et les principales affections mettant en jeu une réaction inflammatoire, allergique, dysimmunitaire ou fibrosante. Il doit maîtriser la prise en charge diagnostique et thérapeutique des affections les plus courantes.

Il doit connaître les problèmes posés par les affections plus rares et participer à leur surveillance au long cours ainsi qu'à celle des transplantations d'organes.

2 - Programme d'enseignement

- 112. Réaction inflammatoire : aspects biologiques et cliniques. Conduite à tenir.
- 113. Allergies et hypersensibilités chez l'enfant et chez l'adulte : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.
- 114. Allergies cutané-muqueuses chez l'enfant et chez l'adulte. Urticaires. Dermate atopique et de contact.
- 115. Allergies respiratoires chez l'enfant et chez l'adulte.
- 116. Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.
- 117. Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des anti-phospholipides.
- 118. Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique.
- 119. Maladie de Horton et pseudo-polyarthrite rhizomélisque.
- 120. Pneumopathie interstitielle diffuse.
- 121. Polyarthrite rhumatoïde.
- 122. Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire (syndrome de Guillain-Barré).
- 123. Psoriasis.
- 124. Sarcoïdose.
- 125. Sclérose en plaques.
- 126. Immunoglobuline monoclonale.
- 127. Transplantation d'organes : aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance ; complications et pronostic ; aspects éthiques et légaux.

Module 9 : "Athérosclérose - hypertension - thrombose"

1 - Objectifs généraux

L'étudiant doit connaître les facteurs de risque, les complications et le traitement de l'athérome et de l'hypertension artérielle. La prise en charge du malade polyathéromateux doit être envisagée dans sa globalité, au long cours ou lors d'une complication. L'étudiant doit connaître les procédures de prévention, de diagnostic et de traitement de la maladie thrombo-embolique artérielle et veineuse.

2 - Programme d'enseignement

- 128. Athérome : épidémiologie et physiopathologie. Le malade polyathéromateux.
- 129. Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention.
- 130. Hypertension artérielle de l'adulte.
- 131. Artériopathie oblitérante de l'aorte et des membres inférieurs ; anévrismes.
- 132. Angine de poitrine et infarctus myocardique.
- 133. Accidents vasculaires cérébraux.
- 134. Néphropathie vasculaire.
- 135. Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire.
- 136. Insuffisance veineuse chronique. Varices.
- 137. Ulcère de jambe.

Module 10 : "Cancérologie - oncohématologie"

1 - Objectifs généraux

L'étudiant doit connaître les stratégies de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des principales tumeurs bénignes et malignes, afin de participer à la décision thérapeutique multidisciplinaire et à la prise en charge du malade à tous les stades de sa maladie.

2 - Programme d'enseignement

- 138. Cancer : épidémiologie, cancérogénèse, développement tumoral, classification.
- 139. Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers.
- 140. Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques ; stadification ; pronostic.
- 141. Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie.
- La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade.
- 142. Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.
- 143. Agranulocytose médicamenteuse : conduite à tenir.
- 144. Cancer de l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

3 - Les localisations d'organes suivantes sont des modèles d'application des principes généraux. Ces tumeurs seront envisagées dans le cadre du module de cancérologie ou dans un autre module selon l'organisation propre à chaque unité de formation et de recherche.

Selon les localisations, seront envisagées les tumeurs bénignes, les lésions précancéreuses et les tumeurs malignes.

- 145. Tumeurs de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures.

146. Tumeurs intra-crâniennes.
147. Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin.
148. Tumeurs du colon et du rectum.
149. Tumeurs cutanées, épithéliales et mélaniques.
150. Tumeurs de l'estomac.
151. Tumeurs du foie, primitives et secondaires.
152. Tumeurs de l'oesophage.
153. Tumeurs de l'ovaire.
154. Tumeurs des os, primitives et secondaires.
155. Tumeurs du pancréas.
156. Tumeurs de la prostate.
157. Tumeurs du poumon, primitives et secondaires.
158. Tumeurs du rein.
159. Tumeurs du sein.
160. Tumeurs du testicule.
161. Dysmyélopoïèse.
162. Leucémies aiguës.
163. Leucémie lymphoïde chronique.
164. Lymphomes malins.
165. Maladie de Vaquez.
166. Myélome multiple des os.

Module 11 : "Synthèse clinique et thérapeutique"

De la plainte du patient à la décision médicale - urgences

1 - Objectifs généraux

À la fin du 2ème cycle, l'étudiant doit être capable, dans des situations cliniques très fréquentes et/ou d'urgence, d'évaluer la gravité, de décider ou non une hospitalisation, d'argumenter la prise en charge du malade, le raisonnement diagnostique et les examens complémentaires pertinents, en tenant compte des spécificités de l'enfant. Il doit instaurer un traitement et une surveillance adaptée. L'acquisition de ces procédures cliniques et thérapeutiques doit s'appliquer à des cas cliniques réels faisant ressortir les problèmes posés par la polypathologie et les traitements multiples sur des terrains à risque.

2 - Thérapeutique générale

167. Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.
- Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations.
168. Effet placebo et médicament placebo.
169. L'évaluation thérapeutique et les niveaux de preuve.
170. La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse.
171. Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. Interactions médicamenteuses.
172. Automédication.
173. Prescription et surveillance des antibiotiques.
174. Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens.
175. Prescription et surveillance des anti-thrombotiques.
176. Prescription et surveillance des diurétiques.
177. Prescription et surveillance des psychotropes.
178. Transfusion sanguine et produits dérivés du sang : indications, complications.
- Hémovigilance.
179. Prescription d'un régime diététique.
180. Prescription d'une cure thermique.
181. Iatrogénie. Diagnostic et prévention.

3 - Situations cliniques fréquentes et/ou d'urgence

182. Accidents des anticoagulants.
183. Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles.
184. Agitation et délire aigus.
185. Arrêt cardio-circulatoire.
186. Asthénie et fatigabilité.
187. Anomalie de la vision d'apparition brutale.
188. Céphalée aiguë et chronique.
189. Conduite suicidaire chez l'adolescent et chez l'adulte.

246. Hyperthyroïdie.
247. Hypertrophie bénigne de la prostate.
248. Hypothyroïdie.
249. Insuffisance aortique.
250. Insuffisance cardiaque de l'adulte.
251. Insuffisance mitrale.
252. Insuffisance rénale aiguë. Anurie.
253. Insuffisance rénale chronique.
254. Insuffisance respiratoire chronique.
255. Insuffisance surrénale.
256. Lésions dentaires et gingivales.
257. Lésions ligamentaires et méniscales du genou et de la cheville.
258. Lithiase biliaire et complications.
259. Lithiase urinaire.
260. Maladie de Paget osseuse.
261. Maladie de Parkinson.
262. Migraine et algie de la face.
263. Myasthénie.
264. Néphropathie glomérulaire.
265. Neuropathie périphérique.
266. Névrose.
267. Obésité de l'enfant et de l'adulte.
268. Pancréatite aiguë.
269. Pancréatite chronique.
270. Pathologie des glandes salivaires.
271. Pathologie des paupières.
272. Pathologie génito-scrotale chez le garçon et chez l'homme.
273. Pathologie hémorroïdaire.
274. Péricardite aiguë.
275. Péritonite.
276. Pneumothorax.
277. Polykystose rénale.
278. Psychose et délire chroniques.
279. Radiculalgie et syndrome canalaire.
280. Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.
281. Rétrécissement aortique.
282. Spondylarthrite ankylosante.
283. Surveillance d'un malade sous plâtre.
284. Trouble de la conduction intra-cardiaque.
285. Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive.
286. Trouble de la personnalité.
287. Trouble de la réfraction.
288. Trouble des phanères.
289. Trouble psycho-somatique.
290. Ulcère gastrique et duodénal. Gastrite.

III - TROISIÈME PARTIE : ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT :

291. Adénopathie superficielle.
292. Algies pelviennes chez la femme.
293. Altération de la fonction visuelle.
294. Altération de la fonction auditive.
295. Amaigrissement.
296. Aménorrhée.
297. Anémie.
298. Ascite.
299. Boîterie et troubles de la démarche chez l'enfant.
300. Constipation chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement).
301. Déficit moteur et / ou sensitif des membres.
302. Diarrhée aiguë chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement).
303. Diarrhée chronique.
304. Diplopie.
305. Douleur buccale.
306. Douleur des membres et des extrémités.

ANNEXE V :

Université Henri Poincaré, Nancy 1
Faculté de Médecine
Service de la Scolarité 3^{ème} cycle
B.P. 184
54505 VANDŒUVRE LES NANCY CEDEX

A retourner pour le :

FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

Semestre n° du au
ÉTUDIANT / NOM : Prénom :
NOM d'épouse :
Subdivision d'origine :
DES choisi :
DESC : AFS ; AFSA choisi(e) :
Autre :

ÉTABLISSEMENT / CABINET MÉDICAL / USER :

DÉNOMINATION DU SERVICE / CABINET MÉDICAL / USER :
CHEF DE SERVICE / MAÎTRE(S) DE STAGE / RESPONSABLE USER :
AGRÈMENT du DES pris en compte sur la décision d'affectation de l'interne :
AGRÈMENT(S) du Service pour les formations DESC :

Congé annuel : jours Autres absences : jours

GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES						
		A	B	C	D	E
1	Connaissances théoriques					
2	Aptitudes diagnostiques					
3	Aptitudes thérapeutiques					
4	Aptitudes à l'urgence					
5	Aptitudes à la synthèse du dossier					
6	Aptitudes à la décision					
7	Présentation orale de dossiers					
8	Relations avec les patients					
9	Hygiène / propreté					
10	Ponctualité, assiduité					
11	Intégration dans l'équipe de soins ou le cabinet médical					
12	Acquisitions au cours du stage					
Échelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais (tout "E" doit être motivé en observation)						

Document établi en deux exemplaires, dont l'un doit être retourné par le chef de service au Service de la Scolarité 3^{ème} cycle de la FACULTÉ DE MÉDECINE de Nancy à l'adresse indiquée ci-dessus. Le second exemplaire est destiné à l'interne. Le Service de la Scolarité se charge de recueillir le visa du Coordonnateur Interrégional.

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES DU OU DES MAÎTRES DE STAGE

Aspects positifs :

AVIS du Chef de service / Maître(s) de stage / Responsable USER sur
la validation du stage :

Date :
Signature(s) et cachet(s)

Date :
Signature(s) et cachet(s)

AVIS du Coordonnateur interrégional :

Signature et cachet

Signature et cachet

Signature de l'interne :

Décision du Doyen de la Faculté de Médecine :

STAGE VALIDÉ : OUI / NON

Signature et cachet

ANNEXE VI :

CALENDRIER DE SUIVI DE LA GROSSESSE

TERME	CLINIQUE	BIOLOGIE	ECHOGRAPHIE	AUTRES
1^{er} mois 6 SA 0 SA à 6 SA 1/3	ATCD seins, varices, poids, TA, TV, spéculum, frottis, HU = mandarine	TPHA, VDRL, (HIV), rubéole(*), rhésus, Ac irréguliers-Grpe ABO, Alb, glycosurie, toxoplasmose(*) (*) Sauf immunité acquise avec résultat écrit		Tabac, alcool, autres
2^{ème} mois 11 SA 6 SA 1/3 à 11 SA 2/3	Poids, TA, TV, HU = orange	Idem 1 ^{er} mois si pas fait		
3^{ème} mois 15 SA 11 SA 1/3 à 15 SA	Poids, TA, TV, HU = pamplemousse	Alb, glycosurie, toxo, rubéole	1 ^{ère} écho à 12 à 13 SA Datation Morpho du 1 ^{er} trimestre	IVG AVANT 14 SA DECLARATION DE GROSSESSE AVANT FIN 14 SM DE GROSSESSE Info HT 21
4^{ème} mois 19 SA 15 SA à 19 SA 1/3	Poids, TA, TV, HU = 1 doigt ss ombilic MA + (multipare)	Alb, glycosurie, toxo, rubéole (jusqu'à 18 SA) DEPISTAGE HT 21		Info visite supplémentaire
5^{ème} mois 24 SA 19 SA 1/3 à 23 SA 1/3	Poids, TA, TV, (HU = ombilic = 4ms _) HU = 20 cm MA + (primipare) Cœur fœtal	Alb, glycosurie, toxo (glycémie à jeun)	2 ^{ème} écho à 22 SA Morpho du 2 ^{ème} trimestre	
6^{ème} mois 28 SA 23 SA 1/3 à 28 SA	Poids, TA, TV, oedèmes, HU = 24 cm MA + palpation Cœur fœtal	Alb, glycosurie, toxo, numération globulaire, HBs, agglutinines si RH- ou transfusion 2 ^{ème} détermination de groupe (HIV, HCV) Test glucose		
7^{ème} mois 32 SA 28 SA à 32 SA 1/3	Poids, TA, TV HU = 27 cm MA + palpation Cœur fœtal	Alb, glycosurie, toxo (RAI si RH -)	3 ^{ème} écho 33 SA Croissance fœtale Etat placentaire Liquide amniotique	
8^{ème} mois 37 SA 32 SA 1/3 à 36 SA 2/3 Par un membre de l'équipe qui prendra en charge l'accouchement	Poids, TA, TV HU = 30 cm MA + palpation Cœur fœtal Présentation Prélèvement vaginal (Strepto B)	Alb, glycosurie, toxo (agglutinines si RH- ou transfusion) (TQ, TCK, plaquettes)		CONSULTATION PERIDURALE Congés pathologiques 2 semaines supplémentaires
9^{ème} mois 41 SA 36 SA 1/3 à 41 SA	Poids, TA, TV HU = 33 cm MA + palpation Cœur fœtal Présentation bassin	Alb, glycosurie, toxo (agglutinines si RH- ou transfusion)	Echo si doute sur présentation ou si taille anormale du fœtus.	
Visite 2^{ème} mois après accouchement	Examen clinique, TV, incontinence ? Rééducation après 8 semaines	Vaccin rubéole si négatif avant la grossesse ou fausse couche		

ANNEXE VII :

QUESTIONNAIRE (cochez la ou les bonnes réponses)

Thèse de Médecine Générale : *L'Enseignement sur le suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste dans le 3^{ème} cycle de Médecine Générale de Nancy : contenu pédagogique et évaluation par les étudiants.*

Partie A : A propos de vous...

A1 : Quelle est votre année d'études ?

- ☐ TCEM 1
- ☐ TCEM 2
- ☐ TCEM 3

A2 : Quel est votre sexe ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

A3 : Quelle pratique envisagez-vous ?

- ☐ Médecine générale ambulatoire
- ☐ Urgentiste
- ☐ Poste hospitalier autre : Gériatrie, Médecine Polyvalente ...
- ☐ Médecine salariée : PMI, Médecine préventive, Sécurité sociale ...
- ☐ Ne sait pas encore

A4 : Si vous envisagez une activité ambulatoire de médecine générale, souhaitez-vous :

- ☐ Pratiquer des actes de gynécologie médicale : Oui Non
- ☐ Suivre des grossesses : Oui Non

A5 : Quel mode d'installation envisagez-vous ?

- a / ☐ Urbain
- ☐ Semi-rural
- ☐ Rural
- b / ☐ Seul
- ☐ En cabinet de groupe

A6 : Avez-vous déjà remplacé en Médecine générale ? Oui Non

A7 : Lorsque vous rencontrez une femme enceinte en consultation , éprouvez-vous des difficultés ?

- ☐ Non , jamais
- ☐ Oui , rarement
- ☐ Oui , souvent
- ☐ Oui , toujours

Si oui, dans quels domaines ? (réponse libre)

.....
.....

Partie B : A propos de vos stages ...

B1 : Pendant votre externat, aviez-vous fait un stage en service de Gynécologie-Obstétrique ? Oui Non

B2 : Pendant votre résidanat, avez-vous déjà fait votre stage mère-enfant ? Oui Non

Si oui, avez-vous choisi : ☐ Pédiatrie seule

☐ Gynécologie-Obstétrique seule

☐ Pédiatrie-Gynécologie

B3 : Si vous n'avez pas choisi un stage avec gynécologie-obstétrique, pourquoi ? 1 réponse
(dans ce cas, répondez à cette question puis passez directement à la question B6 .)

☐ La gynécologie-obstétrique ne présente pas d'intérêt pour votre future pratique

☐ Vos connaissances vous semblent insuffisantes pour assurer un stage dans ces services TSV

☐ A choisir entre pédiatrie et gynécologie-obstétrique, la pédiatrie vous semble plus utile pour votre pratique future

☐ Il n'y avait plus de place disponible pour un stage en Gynécologie-Obstétrique

☐ Autre :

.....

.....

B4 : Si vous avez choisi un stage avec gynécologie-obstétrique, pourquoi ? (réponses selon ordre de priorité)

☐ Apprendre à réaliser un examen clinique chez la femme enceinte (TV, mesure de la HU, BDC fœtaux...)

☐ Suivre des consultations de grossesse et des échographies

☐ Participer à des accouchements et des césariennes

☐ Autre :

.....

.....

B5 : Durant votre stage d'interne en service hospitalier de Gynécologie –Obstétrique :

a / avez-vous effectué des consultations de grossesse :

☐ avec un gynécologue

☐ avec une sage-femme

☐ avec un interne de spécialité

☐ seul

☐ jamais

b / avez-vous effectué des accouchements :

☐ seulement en tant que spectateur

☐ à 4 mains avec un gynécologue

☐ à 4 mains avec une sage-femme

☐ avec un interne de spécialité

☐ seul

☐ jamais

c / avez-vous assisté à des césariennes :

☐ en tant que spectateur

☐ en tant qu'aide-opérateur

☐ jamais

d / avez-vous participé à un système d'astreintes de consultations gynéco-obstétricales :

☐ avec un gynécologue

☐ avec une sage-femme

☐ avec un interne de spécialité

☐ seul

☐ jamais

B6 : Durant votre stage d'interne chez le praticien :

a / avez-vous effectué des consultations de grossesse :

- ☐ avec votre maître de stage
- ☐ seul
- ☐ jamais

b / avez-vous effectué des consultations du post-partum :

- ☐ avec votre maître de stage
- ☐ seul
- ☐ jamais

B7 : Où avez-vous fait votre stage hospitalier de Gynécologie-Obstétrique ?

.....

Partie C : A propos de l'enseignement *Le suivi de la grossesse normale par le Médecin Généraliste* dispensé pendant le 1^{er} semestre du résidanat ...

C1 : Avant le 3^{ème} cycle, quel enseignement sur le suivi de la grossesse avez-vous reçu ?

a / en quelle année :

b / sous quelle forme (méthode pédagogique) :

- ☐ apprentissage par problème
- ☐ cours magistral
- ☐ E.D
- ☐ séances cliniques à la Maternité

C2 : Avant l'enseignement du 3^{ème} cycle , comment estimiez-vous votre niveau de compétence dans le suivi de la grossesse et l'examen clinique de la femme enceinte ?

notez de 0 (très mauvais niveau) à 10 (très bon niveau)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C3 : Sur la forme de l'enseignement :

a / vous avez assisté à un cours interactif avec cas cliniques, êtes vous satisfait de ce mode d'enseignement : Oui Non

b / idéalement, quels autres modes d'enseignement souhaiteriez-vous :

- ☐ sur mannequin pour s'exercer aux TV, mesure de la HU, recherche des BDC fœtaux
- ☐ avec support vidéo
- ☐ pas de modification nécessaire par rapport à l'enseignement actuel
- ☐ autre :

c / par rapport à votre stage chez le praticien, vous estimez cet enseignement :

- ☐ complémentaire
- ☐ redondant

d / estimez vous que le temps consacré à cet enseignement (3 heures) est :

- ☐ trop long
- ☐ trop court
- ☐ suffisant

si trop long ou trop court , quelle durée vous paraît plus adaptée :

C4 : Sur le contenu de l'enseignement :

a / aviez-vous des attentes par rapport à cet enseignement : Oui Non

- si oui, sur quels items :
- ☐ anamnèse

- ☐ o séméiologie
- ☐ o examens complémentaires
- ☐ o pathologies de la grossesse
- ☐ o pathologies des suites de couche
- ☐ o autre :
-
-

b / l'enseignement portait sur 4 thèmes principaux, notez leur pertinence de 0 (aucun intérêt) à 10 (intérêt majeur) :

- critères anamnétiques, biologiques et échographiques pour définir le début de grossesse :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- calendrier de suivi de grossesse :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- médicaments contre-indiqués chez la femme enceinte :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- pathologies courantes des suites de couches :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c / le temps consacré à chaque item vous a semblé :

- critères anamnétiques , biologiques et échographiques pour définir le début de grossesse :
 - ☐ o trop long
 - ☐ o trop court
 - ☐ o suffisant
- calendrier de suivi de grossesse :
 - ☐ o trop long
 - ☐ o trop court
 - ☐ o suffisant
- médicaments contre-indiqués chez la femme enceinte :
 - ☐ o trop long
 - ☐ o trop court
 - ☐ o suffisant
- pathologies courantes des suites de couches :
 - ☐ o trop long
 - ☐ o trop court
 - ☐ o suffisant

d / quels autres sujets auriez vous aimé aborder dans cet enseignement (3 items à noter de 1 à 3 par ordre de préférence) :

- ☐ o vaccins et grossesse
- ☐ o travail et grossesse
- ☐ o sport et grossesse
- ☐ o voyages et grossesse
- ☐ o maladies contagieuses et grossesse
- ☐ o pathologies chroniques et grossesse (DID, HTA, Maladies auto-immunes)
- ☐ o sexualité de la femme enceinte
- ☐ o compléments alimentaires
- ☐ o conduites addictives et grossesse (Tabac, Alcool, Toxicomanies)
- ☐ o structures d'accueil 24 h / 24
- ☐ o IVG : réglementation et modalités
- ☐ o dépistage des difficultés psychologiques
- ☐ o détection des grossesses à risque et diagnostic anté-natal
- ☐ o aide médicale à la procréation
- ☐ o accouchement et séances de préparation à la naissance
- ☐ o allaitement

Partie D : A propos des enseignants ...

D1 : Auriez-vous souhaité la présence d'autres intervenants ?

- o sage-femmes
- o médecins échographistes
- o autres :

D2 : Comment estimez-vous vos rapports avec les enseignants de ce cours ?

- o bons
- o moyens
- o difficiles
- Et pourquoi :
-
-

Partie E : En conclusion ...

E1 : Après cet enseignement du 3^{ème} cycle , comment estimez-vous votre niveau de compétence dans le suivi de grossesse et l'examen clinique de la femme enceinte ?

notez de 0 (très mauvais niveau) à 10 (très bon niveau)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E2 : Avez-vous des suggestions pour l'amélioration de cet enseignement ? (suite au verso si besoin)

.....

.....

.....

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !!!!!

ANNEXE VIII :

1.

opportunity in moments !!!

2.

Supports pédagogiques : calendriers, ...

3.

Un vrai fascicule pédagogique pour ul. K. S. S. -
qualifié avec l'agenda chronologique -
MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !!!!!
acheva par la suite.

4.

Remplacer des cours inutiles par l'agenda de cours
nécessaires.

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !!!!!

5.

Plusieurs enseignements

6.

SEMINAIRE GROSSE

7.

être la même

8.

Don enseignement. A ce point de la pratique courante

9.

Il faut être là

10.

Il faut pratiquer !! la théorie ne
MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !!!!! suffit pas -

11.

→ être de tel que la pratique (c'est - pas pour
MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !!!!! par ce que /

12.

La pratique !!!!! Développer stage de gynéco-obs

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !!!!!

stage prat aux activités de gynéco-obs
déroulées

13.

VOUS-VOUS DES SUGGESTIONS POUR L'AMéliORATION DE CET DISCUTÉRIUM : (SUITE AU VC)

compléter les stages hospitalier
support film

14.

Coupler tous les stages Gynéco-Pédiatrie -

15.

il ne remplace pas la pratique !

16.

Plus de pratique !

17.

aurait justifié un séminaire pour débiter les
différents points

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !!!!!

18.

La gynéco-obs est trop vaste pour être abordée
d'un seul tenant : plutôt plusieurs séances

19.

Plus de cours sur ce sujet

20.

2 séances au lieu d'1 pour élargir sujets

ANNEXE IX :

Annexe 1 – Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée vous sera-t-il le plus difficile de renoncer ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, que vous devez rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
TOTAL		

Score de 0 à 2 – Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le sujet redoute cet arrêt, les professionnels de santé peuvent lui apporter des conseils utiles.

Score de 3 à 4 – Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine.

Score de 5 à 6 – Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Le conseil du médecin ou du pharmacien sera utile pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

Score de 7 à 10 – Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

ANNEXE X :

Annexe 2 – Test de Horn, évaluation des habitudes tabagiques

Entourer le chiffre correspondant : 5 = toujours ; 4 = souvent ; 3 = moyennement ; 2 = parfois ; 1 = jamais

A. Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5	4	3	2	1
B. C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1
C. Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1
D. J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5	4	3	2	1
E. Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1
F. Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1
G. Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1
H. Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1
I. Il y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
J. Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e)	5	4	3	2	1
K. Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
L. J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
M. Je fume pour retrouver mon entrain	5	4	3	2	1
N. J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5	4	3	2	1
O. Je fume quand je me sens bien et détendu(e)	5	4	3	2	1
P. Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
Q. Quand je n'ai pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1
R. Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1
Stimulation	a + g + m =		Anxiété — Soutien		d + j + p =
Plaisir du geste	b + h + n =		Besoin absolu		e + k + q =
Relaxation	c + i + o =		Habitude acquise		f + l + r =

Résumé de thèse : traduction en langue anglaise

« Teaching on the follow-up of an ordinary pregnancy by a general practitioner » in Nancy's medical college third cycle in 2005/2006.

Today the evolution of medical demography, particularly in France, in the obstetric and general medicine field, shows that it is essential for general practitioners to get a training in medical gynaecology and in the follow-up of ordinary pregnancies.

In Nancy's medical college third cycle students are taught pregnancy follow-up. This professional teaching comes after a six-year course of study during which obstetric gynaecology pathologies have been taught first on an anatomic basis then on a physiopathologic level.

The main purpose of this teaching based on the follow-up of an ordinary pregnancy by a general practitioner is to train students how to analyze anamnestic, biological and scanning criteria of pregnancy diagnosis, how to follow-up the pregnancy process and the pathologies resulting from childbirth and which medicines are inadvisable during pregnancy. This teaching consists in a three-hour interactive course.

A survey under the form of a questionnaire proposed to third cycle students attending this course has enabled us to measure their satisfaction and expectations.

The results of this survey reveal that a six-hour course including workshops and video showing would be appreciated by students. They would also like to be given an additional course on the links between pregnancy and infectious diseases, pregnancy and chronic pathologies, breast feeding, and addictions.

Finally a lot of them would appreciate a placement in the obstetric-gynaecology department to improve their practical training, thanks to an increase in the numbers of positions in hospitals.

A one-day seminar could be organized on the following topics: "ordinary pregnancy and the follow-up by a general practitioner" and "pregnant women suffering from a sharp or chronic disease during her pregnancy".

To conclude they should say that more hospital positions might be offered to students.

VU

NANCY, le 4 juin 2007
Le Président de Thèse

Professeur Ph. JUDLIN

NANCY, le 31 août 2007
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 3 septembre 2007

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE THESE :

Actuellement, l'évolution de la démographie médicale et du paysage médical français, dans les spécialités de Gynécologie-Obstétrique et de Médecine Générale, démontre la nécessité pour les futurs médecins généralistes de se former en gynécologie médicale et dans le suivi des grossesses normales.

A la Faculté de Médecine de Nancy, un enseignement portant sur ce suivi est dispensé aux étudiants du troisième cycle de médecine générale. Ce cycle de professionnalisation fait suite à six années d'études au cours desquelles les pathologies gynéco-obstétricales ont été abordées, d'abord d'un point de vue anatomique et secondairement, sur le plan physiopathologique.

L'objectif principal de l'enseignement sur « Le suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste » est de former les étudiants sur les critères anamnestiques, biologiques et échographiques de diagnostic de la grossesse, sur le calendrier de suivi de la grossesse, sur les médicaments contre-indiqués pendant la grossesse et sur les pathologies des suites de couches. Il se présente sous la forme d'un enseignement interactif de trois heures.

Une enquête par questionnaire, menée auprès des étudiants du troisième cycle ayant assisté à cet enseignement, nous a permis d'évaluer leur satisfaction et leurs attentes.

Les résultats de cette enquête montrent qu'un volume horaire de six heures avec ateliers pratiques et séquences vidéo sont les modalités plébiscitées par les étudiants. Ils désirent également recevoir une formation complémentaire sur les relations entre grossesse et maladies contagieuses, grossesse et pathologies chroniques, l'allaitement et ses complications et les conduites addictives.

Enfin, ils sont nombreux à espérer pouvoir bénéficier d'une place en service de Gynécologie-Obstétrique, pour améliorer leur formation pratique, par le biais d'une augmentation du nombre de postes hospitaliers.

Au total, il faudrait pouvoir organiser une journée séminaire sur le thème de la grossesse normale et de son suivi par le médecin généraliste mais aussi sur la femme enceinte atteinte de maladie aiguë ou chronique durant sa grossesse, et proposer plus de postes hospitaliers aux étudiants.

TITRE EN ANGLAIS:

« Teaching on the follow-up of an ordinary pregnancy by a general practitioner » in Nancy's medical college third cycle in 2005/2006.

THESE : MEDECINE GENERALE -- ANNEE 2007

MOTS CLEFS : Enseignement - Grossesse - Médecin généraliste

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cédex
