



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE MARRAKECH

Année 2015

Thèse N° 61

**État de la formation médicale initiale
en gynécologie obstétrique:
Point de vue du médecin généraliste de la ville
de Marrakech**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18/05/2015

PAR

Mme. Meryem OUERAGLI

Née Le 21 juillet 1989 à Casablanca

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Gynécologie-Obstétrique – Formation médicale initiale – Médecine générale.

JURY

Mr. A. SOUMMANI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

PRESIDENT

Mr. Y. AIT BENKADDOUR

Professeur agrégé en Gynécologie Obstétrique

RAPPORTEUR

Mr. M. AMINE

Professeur agrégé d'Epidémiologie Clinique

Mme. B. FAKHIR

Professeur agrégée en Gynécologie Obstétrique

} **JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى
وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحاً تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي
عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ."

صدق الله العظيم

سورة النمل الآية 19



Serment d'hypocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

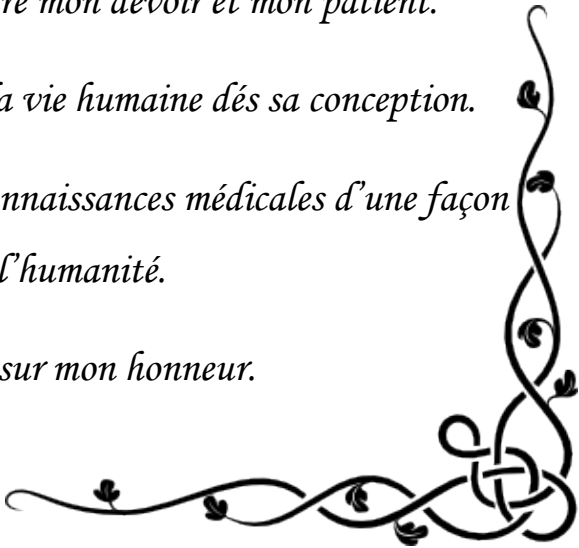
Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.



A decorative scroll frame with a black outline. The frame has a vertical bar on the left side and a small circular flourish at the top right corner. The text is centered within the frame.

*LISTE
DES PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire: Pr Badie Azzaman MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la recherche et la coopération : Pr.Ag. Mohamed AMINE

Secrétaire Générale : Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie

AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha (Militaire)	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani (Militaire)	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil (Militaire)	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha (Militaire)	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato-orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha (Militaire)	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid (Militaire)	Traumato- orthopédie

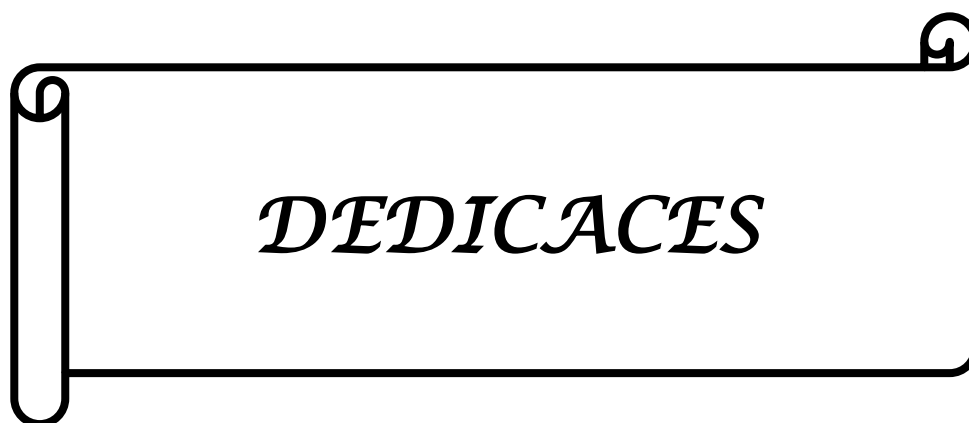
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed (Militaire)	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae (Militaire)	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BEN DRISS Laila (Militaire)	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi (Militaire)	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid (Militaire)	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal(Militaire)	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QACIF Hassan (Militaire)	Médecine interne

CHAFIK Aziz (Militaire)	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef (Militaire)	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid (Militaire)	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine (Militaire)	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme (Militaire)	Rhumatologie
AISSAOUI Younes (Militaire)	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said (Militaire)	Médecine interne
ARABI Hafid (Militaire)	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine (Militaire)	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi (Militaire)	Radiologie	LAHKIM Mohammed (Militaire)	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham (Militaire)	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed (Militaire)	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar (Militaire)	Traumatologie - orthopédie

BELHADJ Ayoub (Militaire)	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed (Militaire)	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah (Militaire)	Radiologie
BENLAI Abdeslam (Militaire)	Psychiatrie	NADOUR Karim(Militaire)	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef (Militaire)	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua (Militaire)	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam (Militaire)	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness (Militaire)	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef (Militaire)	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid (Militaire)	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed (Militaire)	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa (Militaire)	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah (Militaire)	Chirurgie Thoracique



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles
sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui
m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour
atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette
thèse ...

A la mémoire de mon père, Mohamed Najib Oueriagli

Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir de ce bonheur ensemble et de t'exprimer de mon respect.

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que tu n'as jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien être.

C'est à travers tes encouragements que j'ai opté pour cette noble profession, et c'est à travers tes critiques que je me suis réalisée.

J'espère avoir répondu aux espoirs que tu avais fondés en moi.

Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

J'espère que tu seras présent parmi nous.

Puisse Dieu tout puissant t'accorder sa clémence, sa miséricorde et t'accueillir dans son saint paradis.

Je t'aime.

A ma chère mère, Laïla Ammor

Vous étiez toujours présente pour nous, toujours prête à nous aider, vous nous avez comblés de bonheur. Votre aide, votre générosité, votre soutien ont été pour moi une source de courage et de confiance.

C'est grâce à vous que je deviens médecin. Pour toutes les peines que vous avez endurées en m'accompagnant durant ce long parcours, je ne peux qu'exprimer ma gratitude absolue.

Le moment est venu de vous rendre hommage, de vous témoigner mon affection et ma profonde reconnaissance. Que dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants.

A ma grand-mère paternelle, Amīna ibn Atīya

Puisse dieu te protéger du mal, te procurer une longue vie pleine de bonheur.

A la mémoire de mes grands-parents

Ammor Mohamed, Ammor Sadiia et Mohamed Oueriagli

Puisse dieu tout puissant assurer le repos de votre âme par sa sainte
miséricorde.

A mon mari, Fahd

Tes sacrifices, ton soutien moral et ta gentillesse sans égal m'ont permis de
réussir cette mission. Que dieu réunisse nos chemins pour un long commun
serein et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance pour l'affection
et la confiance que tu as sue me témoigner.

A mon cher frère , Mohammed Amīne

Tu es loin des yeux et mais au fin fond de mon cœur,
Tu es un homme maintenant, mon très cher, je suis si fière d'être ta grande
sœur. J'espère pouvoir te guider dans tes choix et t'orienter dans la vie
Je remercie Dieu de ta présence, car elle est source de fierté, de confort, de
protection et de bienveillance.
Je prie le Dieu tout puissant de te protéger.

A ma chère petite sœur, Yassmine

Ma petite princesse, ma joie de vivre Je ne peux exprimer à travers ses lignes
tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers toi. Puisse l'amour et la
fraternité nous unissent à jamais.

Peux-tu garder ta pureté et ta joie de vivre. Je te souhaite tout le bonheur du
monde. Merci pour la joie que tu me procures. Je prie le Dieu tout puissant de
te protéger.
Je t'aime.

A ma chère cousine, Kenza Essasí

Un remerciement particulier et sincère pour tout ce que tu as fait pour moi, tu m'as toujours soutenu , réconforté et soutenu dans les moments difficile, que ce travail soit un témoignage de gratitude et de respect.

Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur à toi et à ta petite famille.

*A mes amis qui me rendent la vie plus belle par leur présence,
Soukaína Sellamí, Soukaína Jiddí, Intíssar Aítouakrouch*

Je ne pouvais espérer meilleures amies, sœurs et confidentes que vous. Ce lien si spécial que nous avons tissé au fil du temps est éternellement incassable, pour tous les moments forts, les folies et les petites aventures qui pimentent notre jeunesse. Vous avoir à mes coté depuis toutes ces années est un don du Ciel, et j'en remercie le bon Dieu.

A Zakaría Ramzí, je ne pouvais espérer avoir un meilleur ami que toi, tu m'a toujours soutenu et réconforté, que la bonté de Dieu illumine ton chemin, je te souhaite tout le bonheur du monde.

Votre aide était tellement précieuse pour accomplir ce travail que je ne saurais vous remercier assez.

Merci pour votre soutien durant les moments difficiles. Vous avoir à mes coté depuis toutes ces années est un don du Ciel, et j'en remercie le bon Dieu.

A nous ! A jamais !

Rajaa , Yassíne , Jínane, Asmaa : en témoignage de la grande amitié qui nous réunit.

Je vous apprécie énormément. En souvenir des moments agréables passés ensemble, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé.

A mes chers oncles, A mes chères tantes,
E.MOKHTAR, L. ILIAS, S.DRISS, O.AMANE, O.SIMOHAMED,
O.LAARABI, O.OMAR
A. KHADIJA, A. OUM KALTOUM, A. BOUCHRA, A.HOURIA, L.
IHSANE, E.NAWAL, O.HABIBA, T. Loubna, E.HIND, B.TOURIA, C.
JALILA

Un remerciement particulier et sincère pour tout ce que vous avez fait pour moi,
vous m'avez toujours soutenu et réconforté, que ce travail soit un témoignage
de gratitude et de respect.

A ma famille maternelle, A ma famille paternelle,
Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude, Pour votre foi en moi,
votre soutien, votre amour, votre aide et votre présence à mes côtés dans les
moments difficiles de ma vie et votre encouragement dans cette voie.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes
sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de
bonne santé.

Aux amis de la famille,
DUBOS P. ET JOSETTE, JANELALAIN, A. JILALI ET TOURIA,
Vos encouragements m'ont été d'un grand soutien.
Vous vous êtes montrés de bons conseils. Vous avez toujours été à l'écoute.
Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de mon affection. Que Dieu vous
bénisse et vous garde en bonne santé.

*À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement
de citer.*

*À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce
travail.*



*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

*A notre maître et présidente de thèse
Monsieur le professeur SOUMMANI Abderraouf ,_Professeur et
chef du service de Gynécologie- obstétrique au CHU Mohammed VI de
Marrakech*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de
juger et de présider ce travail de thèse.*

*Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération
et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et
humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre
profonde gratitude.*

*A notre maître et rapporteur de thèse,
Monsieur le professeur AIT BENKADDOUR Yassir,
Professeur agrégé en Gynécologie- obstétrique au CHU Mohammed VI
de Marrakech*

*Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger cette thèse.
Votre aide et votre disponibilité, nous ont beaucoup apporté tout au long
de ce travail.*

*Merci également pour vos conseils judicieux, la gentillesse dont vous avez
fait preuve. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance
et de notre profonde estime.*

*A notre maître et juge de thèse,
Monsieur le professeur AMINE Mohamed
Professeur agrégé et chef de service d'épidémiologie clinique au CHU
Mohammed VI de Marrakech et vice doyen de la faculté de médecine et
de pharmacie de Marrakech*

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de
siéger parmi notre jury de thèse.*

*Depuis notre premier cours d'épidémiologie, vous nous avez transmis
l'admiration de cette belle spécialité. Un grand merci pour la qualité de
votre enseignement.*

*Votre savoir et votre sagesse suscitent toute notre admiration. Veuillez
accepter ce travail, et y trouver, cher maître, l'expression de notre
profonde reconnaissance.*

*A notre maître et juge de thèse,
Madame la professeure FAKHIR Bouchra
Professeur agrégé en Gynécologie- obstétrique au CHU Mohammed VI
de Marrakech*

*Pour l'amabilité et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de
juger ce travail.*

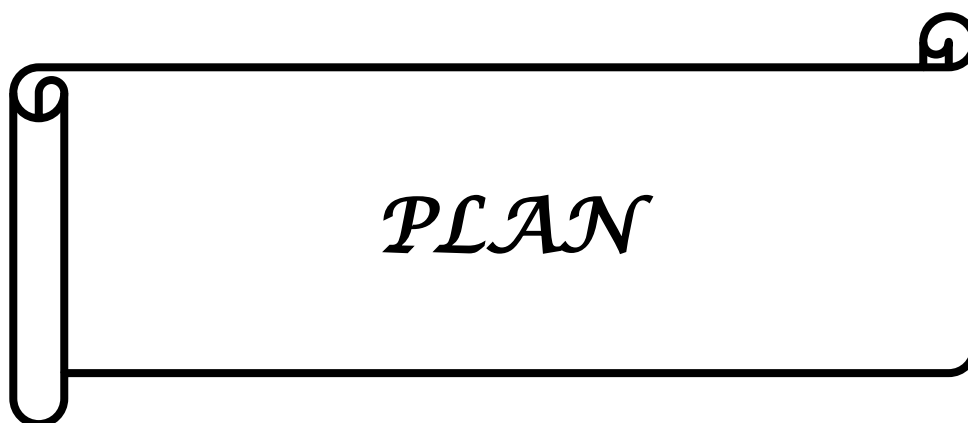
*Vous nous faites un grand honneur en siégeant à notre jury.
Veuillez trouver en ce travail l'expression de notre profond respect et
gratitude.*



ABBREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

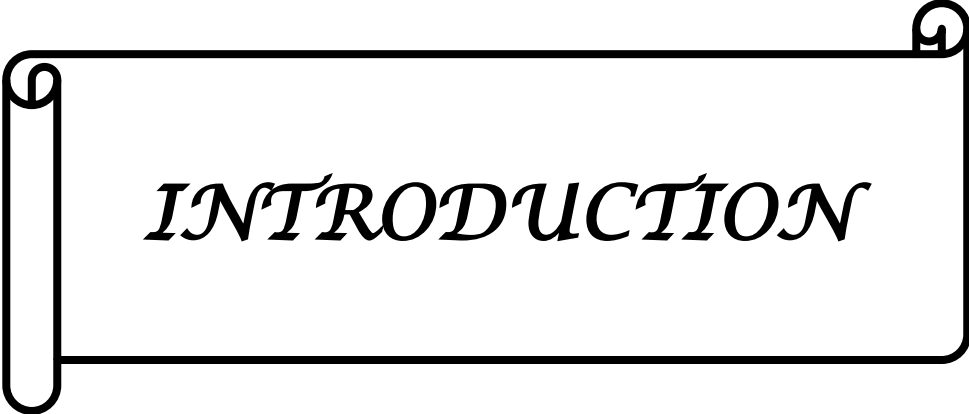
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CNGO F	: Collège national des gynécologues et obstétriciens français
DDL	: Degré de liberté
DIU	: Diplôme inter universitaire
FCV	: Frotti cervico – vaginal
FMC	: Formation médicale continue
GO	: Gynécologie – obstétrique
Hab	: Habitants
ISF	: Indice synthétique de fécondité
IVA	: Inspection visuelle sous acide acétique
MG	: Médecin généraliste
MS	: Ministère de la santé
NA	: Naissances attendues
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PEC	: Prise en charge
PF	: Planification familiale
PSGA	: Programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement



PLAN

INTRODUCTION	01
MATERIELS ET METHODES	04
I. Type d'étude	05
II. Méthode d'échantillonnage	05
III. Taille de l'échantillon	05
IV. Elaboration du questionnaire	06
V. Déroulement de l'enquête	07
VI. Analyses des données	08
VII. Considérations éthiques	08
VIII. Difficultés rencontrées	09
RESULTATS	10
I. Présentation de l'échantillon	11
1. Répartition des médecins selon le sexe	11
2. Répartition des médecins selon l'âge	11
3. Répartition des médecins selon l'âge et le sexe	12
4. Répartition des médecins selon le secteur d'exercice	12
5. Répartition des médecins selon l'année d'installation et de soutenance de thèse	13
6. Répartition des médecins selon les facultés de provenance	14
7. La part de la gynécologie – obstétrique dans l'activité quotidienne des médecins généralistes	14
II. Données sur la formation initiale	16
1. Pertinence des principaux objectifs acquis en gynécologie –obstétrique	16
1.1. Suivi des grossesses	16
1.2. Prise en charge des troubles du cycle	19
1.3. Prescription de la contraception	20
1.4. Prise en charge de l'infertilité	22
1.5. Dépistage du cancer du sein et du col	24
1.6. Prise en charge des urgences gynéco–obstétricales	27
1.7. Auto-évaluation concernant les gestes pratiques	28
2. Pertinence des méthodes pédagogiques	29

2.1. La formation théorique	29
2.2. La formation pratique (stages hospitaliers)	34
III. Formation médicale continue	42
IV .Commentaires et suggestions des médecins participants	46
DISCUSSION	47
I. Les principaux problèmes de santé publique en gynéco-obstétrique au Maroc	48
1. Evolution de la fécondité	49
2. La mortalité maternelle au Maroc et la surveillance de la grossesse et de l'accouchement	52
3. Dépistage des cancers gynéco mammaires	56
II.L 'exercice de la médecine générale au Maroc	58
1. L'importance du rôle du médecin généraliste dans le système de santé	58
2. L'activité des médecins généralistes en gynécologie obstétrique	59
III. La formation des médecins généralistes	61
1. Historique des facultés de médecine au Maroc	61
2. Les capacités de formation des professionnels de santé	62
3. La réforme des études médicales au Maroc	64
4. Cours de formation	65
4.1. Programme de la formation des médecins généralistes	65
4.2. Pertinence des principaux objectifs acquis en GO.	71
4.3. Appréciation de la formation théorique et pratique en gynéco-obstétrique	84
IV. La formation médicale continue	89
V. Forces et faiblesses de l'étude	93
VI. Propositions et perspectives	94
CONCLUSION	99
RESUMES	102
ANNEXES	106
BIBLIOGRAPHIE	114



INTRODUCTION

*L*a médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation et de pratique clinique [1]. Elle est habituellement le premier maillon du système de soins, en ayant une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires [2].

*C*ette médecine vise à dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent, tenant compte de tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée [3].

*L*e champ d'action du médecin généraliste est large et pluridisciplinaire, son rôle dans le domaine de la gynécologie obstétrique est indéniable, aussi bien dans le suivi de la santé des femmes aux trois grandes étapes physiologiques de leur vie : la contraception, la grossesse et la ménopause, qu'en matière d'éducation, de prévention et de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, notamment dans les régions enclavées caractérisées par le faible nombre de gynéco-obstétriciens.

*L*es efforts déployés récemment par le ministère de la santé, ont été axés sur l'amélioration de la qualité des soins gynéco-obstétricaux pour les femmes marocaines qui représentent un peu plus de la moitié de la population (50,4%) [4], ainsi la santé de la femme constitue une des principales priorités de santé publique.

*U*ne femme consulte en moyenne 3,6 fois par an un médecin généraliste pour un problème gynécologique et cette fréquence augmente avec l'âge de la patiente [5].

*D*evant cet intérêt porté à la santé de la femme, la formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique est obligatoire «Le médecin généraliste fait et doit faire de la gynécologie obstétrique » [6].

*P*lusieurs études réalisées montrent clairement qu'une formation initiale suffisante et adaptée est un facteur capital dans la pratique des médecins généralistes [7–8]. Ces derniers ont une responsabilité permanente d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins offerts aux patients.

À la veille des réformes des études médicales, notre étude s'inscrit dans une logique constructive pour offrir un éclairage sur la qualité de la formation reçue en gynécologie obstétrique, du point de vue des médecins généralistes de la ville de Marrakech.

*N*otre enquête a également pour but de répondre aux objectifs suivants :

- *D*éterminer la pertinence des méthodes pédagogiques et des principaux objectifs acquis lors de la formation initiale des médecins généralistes.
- *É*valuer le degré de satisfaction des médecins généralistes concernant la formation initiale reçue en gynécologie obstétrique (formation théorique et pratique).
- *I*dentifier les besoins et les attentes des médecins généralistes à l'égard de la formation médicale continue en gynécologie obstétrique.

*MATÉRIELS
ET MÉTHODES*

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, explorant au travers des déclarations des médecins généralistes (MG) le degré de pertinence de la formation initiale reçue en gynécologie obstétrique (GO).

Dans ce sens, une enquête a été menée auprès des médecins généralistes de la ville de Marrakech, à l'aide d'un questionnaire qui leur a été directement remis dans leurs lieux de travail.

II. Méthode d'échantillonnage

La population cible est constituée par des MG du secteur public et du secteur privé exerçant au sein de la ville de Marrakech.

Les MG privés en activité ont été identifiés à partir d'un listing des pages jaunes de l'annuaire téléphonique de l'année 2012-2013. Ce listing a permis de recenser cent vingt-cinq (125) MG privé.

Le listing des MG public a été fourni par la délégation du ministère de la santé de la ville de Marrakech, qui a recensé cent vingt-neuf (129) MG opérant dans le secteur public durant l'année 2013-2014.

III. Taille de l'échantillon

Un échantillon de 100 MG a été constitué par tirage au sort, à partir des bases de données précédemment constituées.

Cet échantillon a compris cinquante médecins exerçant dans le secteur public et cinquante médecins dans le secteur privé.

IV. Élaboration du questionnaire

Un questionnaire a été spécialement conçu pour cette enquête, il a été testé sur quelques MG et validé par le service d'épidémiologie clinique de la faculté de médecine de Marrakech, permettant de modifier certaines questions et leurs abords ce qui nous a permis de faire des modifications pertinentes pour le rendre plus abordable et moins chronophage.

Le questionnaire destiné aux MG avait pour but de répondre aux objectifs fixés par notre étude. Chaque questionnaire (annexe 1) était accompagné d'une lettre explicative (Annexe 2) présentant l'objectif de notre étude.

Le questionnaire comporte vingt-cinq (25) questions réparties en quatre parties, faites surtout de questions à choix multiples et de questions à réponse courte (une phrase).

La première partie : recueille les données sociodémographiques des MG: âge, sexe, l'année d'installation et de soutenance de thèse, mode d'exercice des médecins, ainsi que la part de la GO dans leurs activités quotidiennes (consultations et gestes techniques).

La seconde partie : permettra d'identifier la pertinence des principaux objectifs acquis en GO par les MG lors de leur formation initiale.

Une auto-évaluation sur les différents gestes fréquemment réalisés, sous forme d'une grille à choix multiples, a été proposée aux MG.

La troisième partie : s'intéressera à évaluer la pertinence de la formation initiale et celle des méthodes pédagogiques mise en œuvre pour les MG lors de leur formation en GO aussi bien sur le plan théorique que pratique.

Cette partie, définira également du point de vue des MG le degré d'adéquation entre la formation reçue et leurs besoins en pratique quotidienne en GO.

La quatrième partie : concernera la formation postuniversitaire : le type de formation suivi, les raisons qui ont empêché les médecins de participer à une action de formation continue. Nous avons ensuite, proposé aux MG différents sujets pour préciser leurs besoins de formation en GO.

À la fin du questionnaire, une zone d'expression libre a été mise à la disposition des MG souhaitant apporter des remarques afin d'améliorer ce travail.

Le temps de réponse moyen était de douze minutes.

V. Déroulement de l'enquête

L'étude s'est déroulée sur une période de 8 mois (Avril 2014 – Novembre 2014) avec des périodes d'arrêt provisoire.

Nous avons procédé à la remise du questionnaire aux MG, en face à face, au sein de leurs lieux de travail (hôpitaux périphériques, centres de santé, cabinets privés). Les MG, pouvaient nous joindre pour une éventuelle demande de précision soit par téléphone ou par mail.

- Critères d'inclusion:
 - Être docteur en médecine.
 - Médecins en activité libérale ou publique.
- Critères d'exclusion:
 - Les médecins généralistes en cours de spécialité.
 - Les médecins généralistes ayant refusé de participer à l'étude ou n'ayant pas répondu au questionnaire.
 - Les médecins généralistes en congé de maladie ou de maternité.

Les informations recueillies ont été classées dans un tableau comprenant le nom du médecin, l'adresse, le numéro de téléphone, la date de dépôt et de réception du questionnaire.

Trente-cinq médecins se sont abstenus de participer à cette enquête pour cela, nous avons procédé à un nouveau tirage au sort comprenant trente-cinq (35) médecins à partir de la même base de données afin de conserver la taille de notre échantillon.

VI. Analyse des données

Les données enregistrées sur les fiches d'enquête ont été saisies et traitées sur le logiciel Excel 2010.

L'analyse descriptive a consisté au calcul des fréquences absolues et relatives pour les variables qualitatives, et des paramètres de positionnement et de dispersion pour les variables quantitatives (moyenne, écart-type). La distribution normale des variables continues est vérifiée par le test de Kolmogorov-Smirnov. La comparaison de pourcentages en analyse bivariée a fait appel au test statistique du Chi2 de Pearson.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 19.0. Le seuil de significativité était retenu pour un $p < 0,05$.

VII. Considérations éthiques

Tout au long de cette étude, nous avons veillé au respect de la confidentialité et de l'anonymat des MG.

Le consentement oral des participants a été obtenu avant leur inclusion dans l'étude.

VIII. Difficultés rencontrées

Au cours de la réalisation de cette enquête, nous étions confrontés à quelques problèmes:

1. Les MG ne possédaient pas de statistiques précises pour évaluer leurs activités de façon objective.
2. Le recueil du questionnaire, n'était pas toujours immédiat et consistait à le récupérer ultérieurement selon les disponibilités des MG, parfois après plusieurs visites ou appels téléphoniques (maximum 3 appels), le délai de réponse moyen était de 15 jours.
3. Certains médecins se sont abstenus de participer à ce travail, par manque d'intérêt (dix-huit médecins), manque de temps (quatorze médecins), en congés de maladie (trois MG) et un MG en congé de maternité.



RÉSULTATS

I. Présentation de l'échantillon

Notre échantillon comprenait cent MG exerçant au sein de la ville de Marrakech.

1. Répartition des médecins selon le sexe

Les femmes représentaient 58% de la population étudiée par rapport à 42% des médecins hommes.

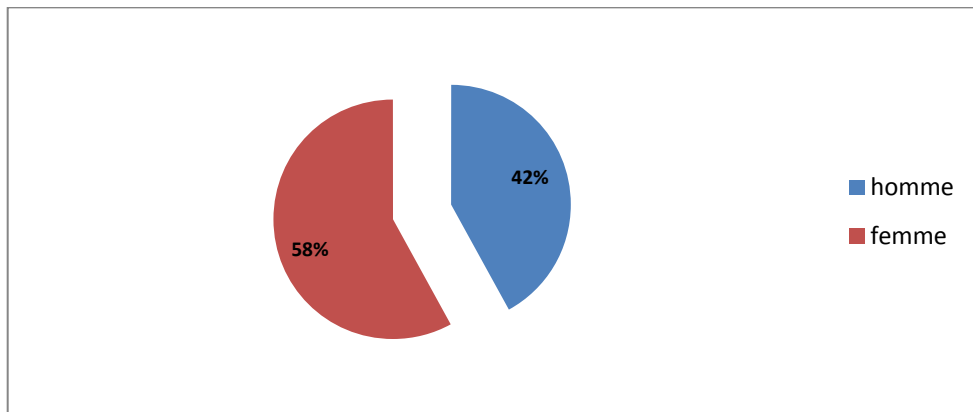


Figure 1 : Répartition des médecins généralistes en fonction du sexe

2. Répartition des médecins selon l'âge

Les tranches d'âge les plus représentées étaient comprises entre 40–49 ans (36%) et 50–59 ans (28%).

La moyenne d'âge des médecins généralistes était de 43,25 ans (+/-10 ans) avec un minimum de 27 ans et un maximum de 80 ans.

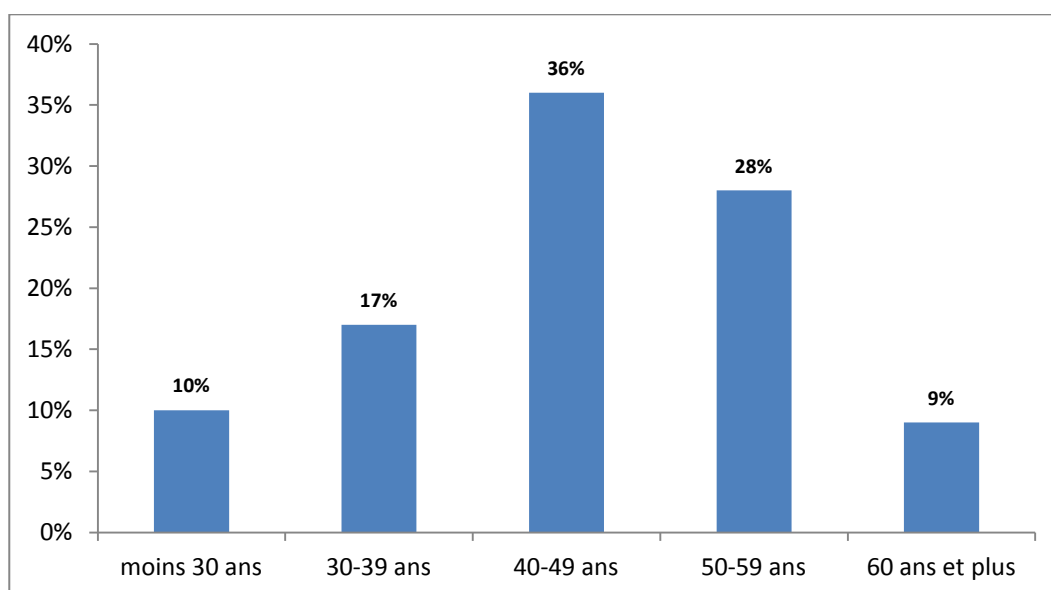


Figure 2 : Répartition des médecins généralistes en fonction de l'âge

3. Répartition des médecins selon l'âge et le sexe

Les femmes avaient en moyenne 41,8 ans et les hommes 45,2 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était entre 40–49 ans, chez les deux sexes.

Tableau I : Répartition des médecins selon le sexe et l'âge

	F	H
30–39	18%	10%
40–49	22%	14%
50–60	11%	12%

4. Répartition des médecins selon le secteur d'exercice

Sur cent médecins généralistes, cinquante (50 %) médecins exerçaient dans le secteur public et cinquante (50 %) exerçaient dans le secteur privé.

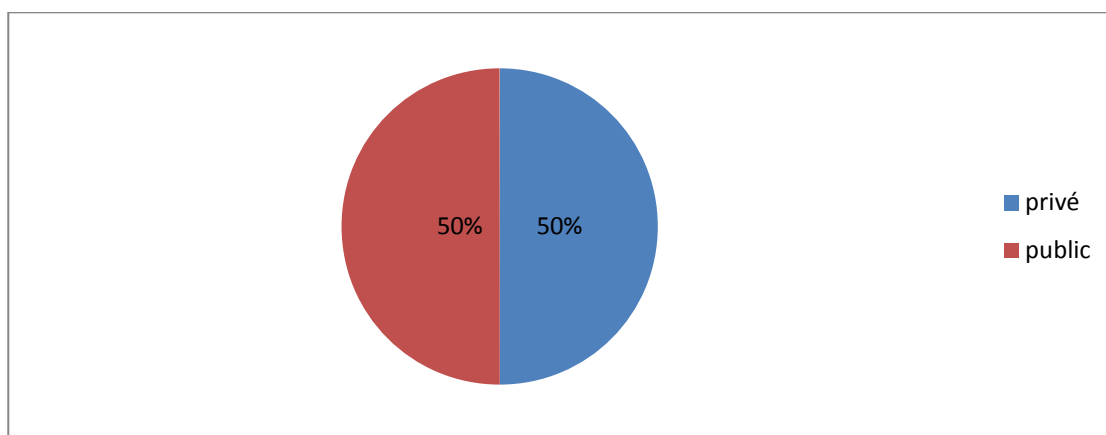


Figure 3 : Répartition des médecins généralistes selon le secteur d'exercice

5. Répartition des médecins selon l'année d'installation et de soutenance de thèse

Selon notre enquête, 35 % des médecins avaient soutenu entre 1992 et 2002 et 42 % des médecins s'étaient installés durant la même période.

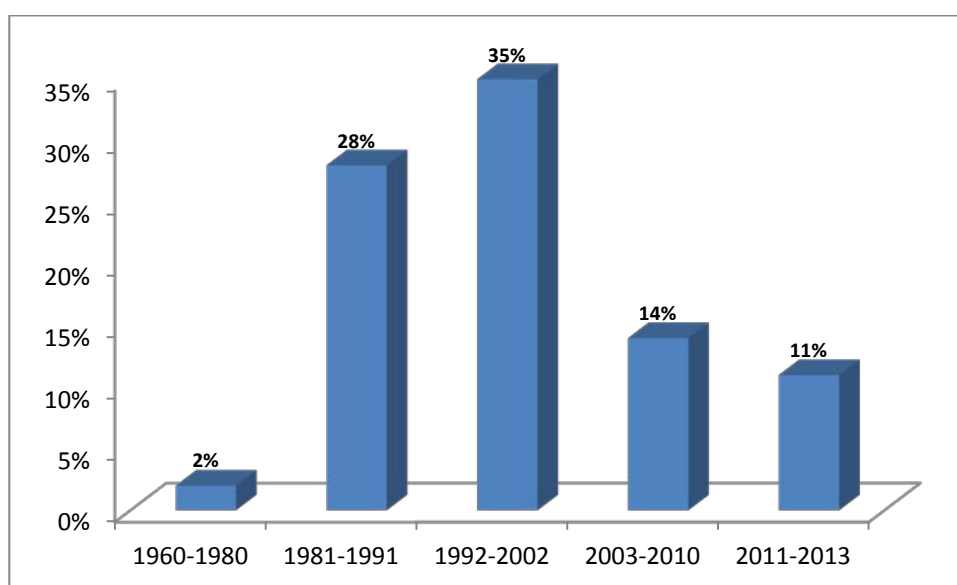


Figure 4 : Répartition des médecins selon l'année de soutenance

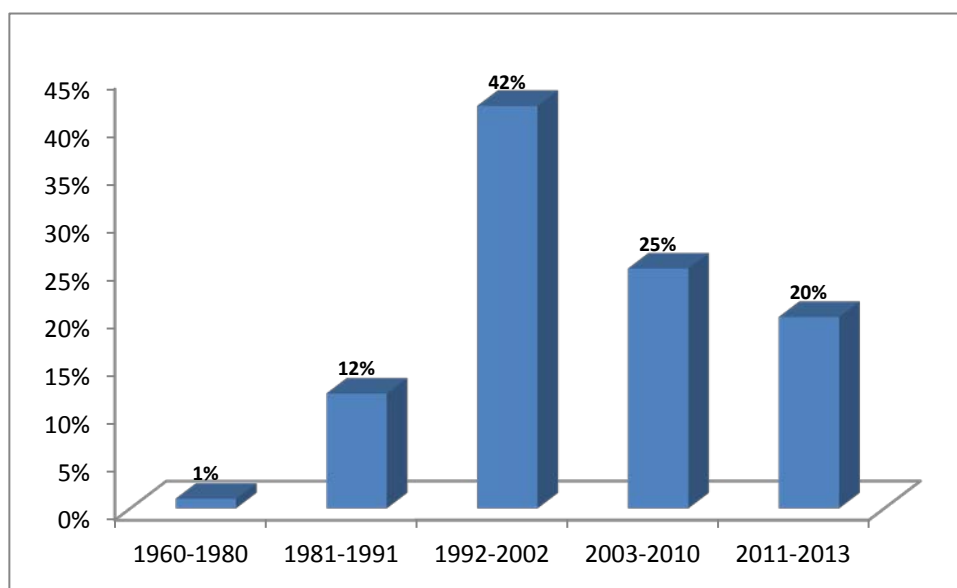


Figure 5: Répartition des médecins selon l'année d'installation

6. Répartition des médecins selon les facultés de provenance

La majorité des médecins étaient des lauréats de la faculté de médecine de Casablanca (48 %).

Tableau II : Répartition des médecins selon la faculté de provenance des MG

Faculté	Casablanca	Rabat	Marrakech	Fès
Nombre de médecins	48 (48%)	25 (25%)	26 (26%)	1 (1%)

7. La part de la gynécologie obstétrique dans l'activité quotidienne des MG

La GO avait constitué une part très importante dans l'activité quotidienne de soixante-deux MG (62 %).

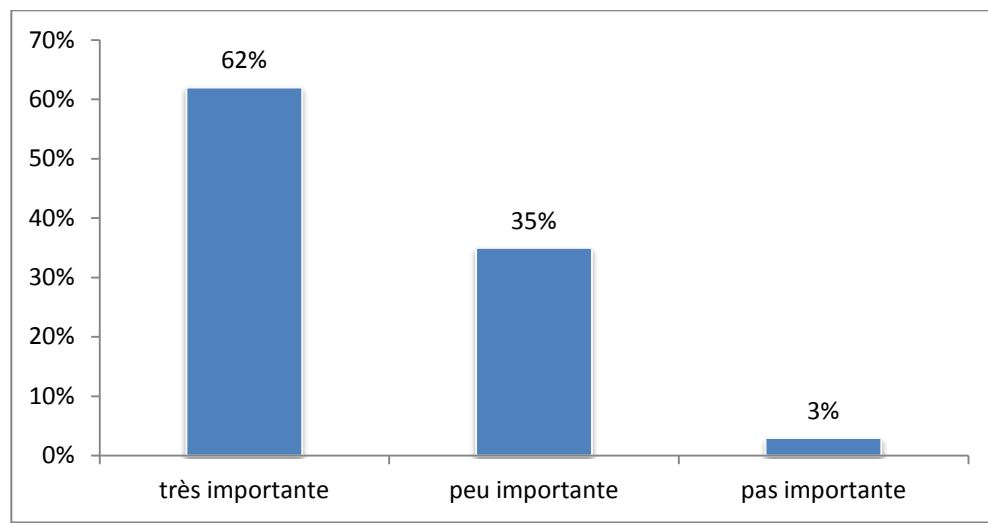


Figure 6: La part de la gynécologie obstétrique dans l'activité quotidienne des MG

- Nous avons analysé la part de la GO dans l'activité quotidienne des MG en fonction de l'âge, du sexe et du secteur d'exercice :

➤ **Selon le sexe :**

L'activité des médecins femmes en GO représentaient 55 % versus 42 % chez les médecins hommes.

➤ **Selon l'âge :**

La part de la GO représentait 73 % et 64 % dans l'activité quotidienne des médecins âgés de 50 ans et plus et 40-49 ans respectivement.

➤ **Secteur d'exercice :**

L'activité des MG en GO dans le secteur public représentait 53 % et 47 % dans le secteur privé.

Tableau III : La part de la GO dans l'activité quotidienne des MG en fonction de l'âge, du sexe et du secteur d'exercice

Variable	Modalités	Activité GO		Test de chi-2	ddl	p
		Importante (%)	Peu ou pas importante (%)			
Sexe	Homme	42	58	3,38	1	0,045
	Femme	55	45			
Tranches d'âge	27-39	53	47	2,82	2	0,24
	40-49	64	36,1			
	50 et plus	73	27			
Secteur d'exercice	Public	53	47	0,72	1	0,39
	Privé	47	53			

II. Données sur la formation initiale :

1. Pertinence des principaux objectifs acquis en GO

1.1. Suivi des grossesses par les MG

- Soixante-treize médecins généralistes (73 %) ont déclaré suivre des grossesses.
- Nous avons analysé le suivi des grossesses en fonction du sexe, de l'âge et du secteur d'exercice :
 - o Selon le sexe :

Concernant le suivi des grossesses, les médecins femmes représentaient 58 % et les médecins hommes 42%.

**État de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique:
Point de vue du médecin généraliste de la ville de Marrakech**

o Selon l'âge :

Il n'existait pas de différence significative selon l'âge des médecins ayant déclaré suivre des grossesses.

o Selon le secteur d'exercice :

Les médecins du secteur privé (78 %) avaient participé d'une manière un peu plus importante que ceux du secteur public (68 %).

Tableau IV : Le suivi des grossesses par les MG en fonction du sexe, de l'âge et du secteur d'exercice

Variable	Modalités	Suivi de grossesse		Test de chi-2	ddl	p
		Oui(%)	Non(%)			
Sexe	Homme	42,0	58,0	5,12	1	0,02
	Femme	58,0	42,0			
Secteur d'activité	Privé	78,0	22,2	1,26	1	0,26
	Public	68,0	32,0			
Tranche d'âge	27-39	68,4	31,6	0,878	2	0,64
	40-49	63,9	36,1			
	50 ans et plus	62,3	37,7			

- Concernant le suivi des grossesses, les médecins ont bénéficié lors de leur formation en GO de cours magistraux (69%), stages hospitaliers (73%), ainsi que des formations postuniversitaires (61%) (questions à choix multiples).

**État de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique:
Point de vue du médecin généraliste de la ville de Marrakech**

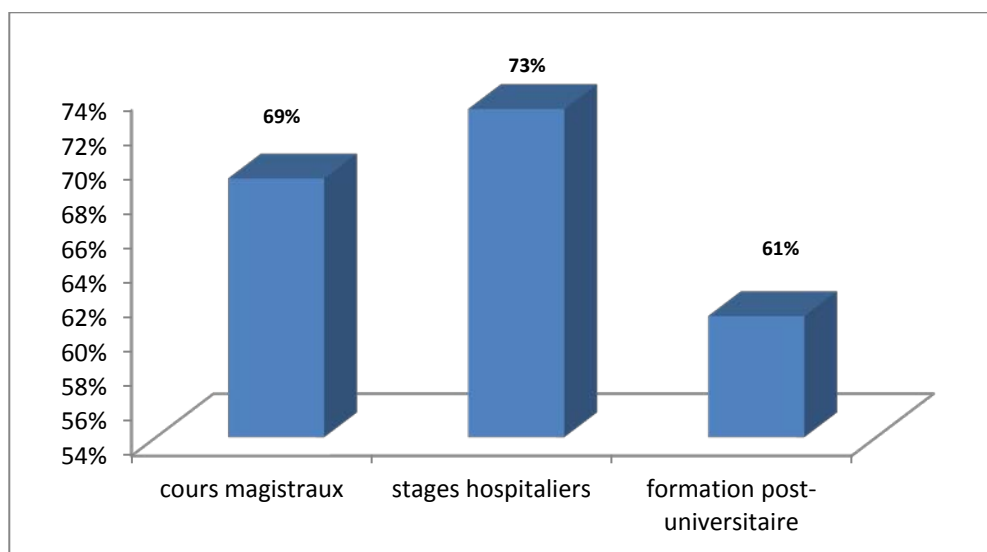


Figure 7 : Modes de formation auxquels les MG ont participé pour le suivi des grossesses

- Les raisons pour lesquelles les médecins n'avaient pas effectué de suivi de grossesses (questions à choix multiples) :

- Manque de formation ou de pratique (39%)
- Manque d'intérêt personnel (29%)
- Manque de demande de la part des patientes (21%).

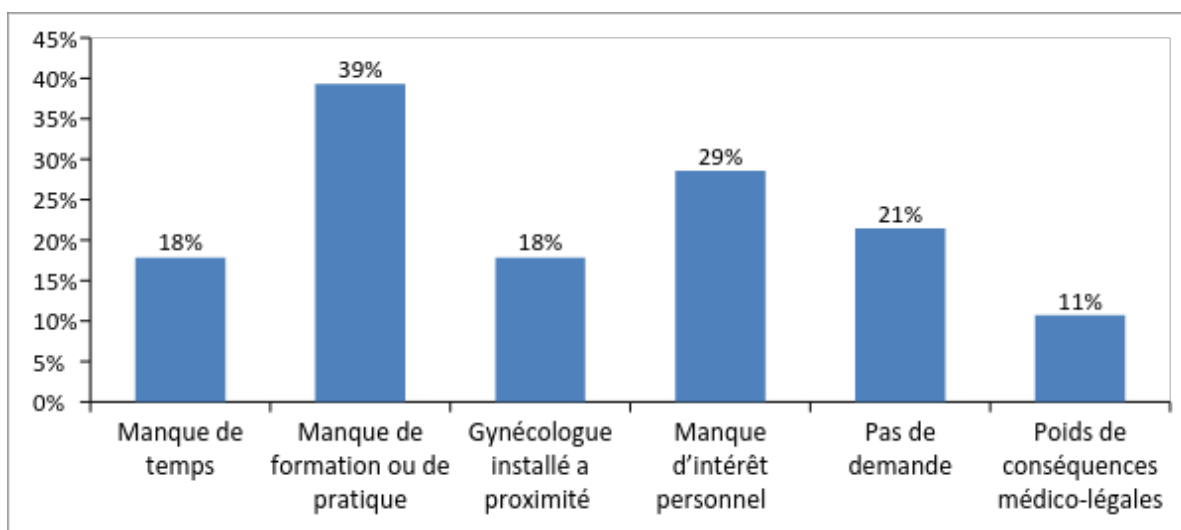


Figure 8: Raisons qui empêchaient les MG à effectuer le suivi de grossesses

1.2. Prise en charge des troubles du cycle par les MG

- Dans notre enquête, 62% des médecins ont déclaré prendre en charge (PEC) les troubles du cycle.
- Concernant la prise en charge des troubles du cycle, les médecins ont bénéficié lors de leur formation en GO de cours magistraux (62 %), stages hospitaliers (59 %), ainsi que des formations postuniversitaires (63 %) (questions à choix multiples).

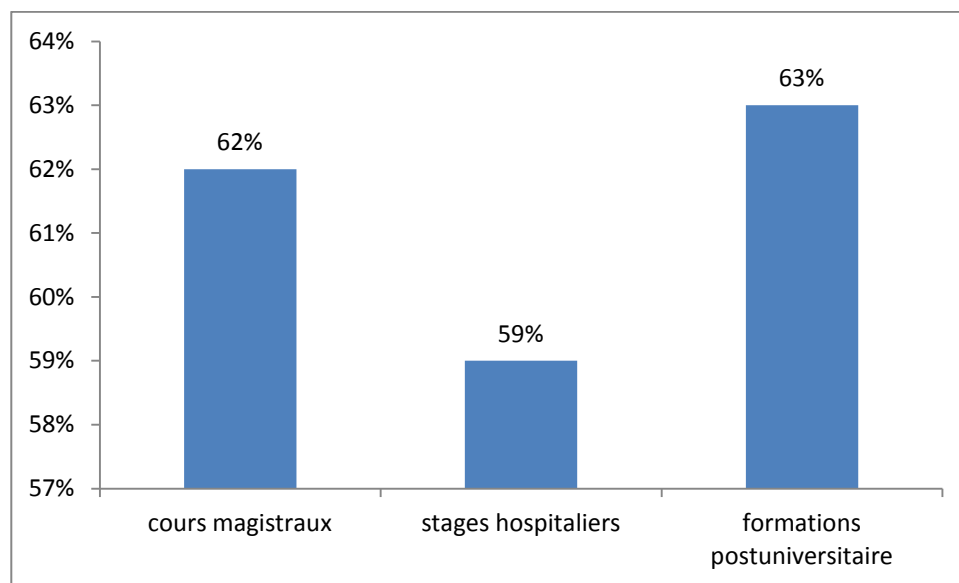


Figure 9: Formations auxquelles les MG ont participé pour PEC les troubles du cycle

- Les raisons pour lesquelles les médecins ne prenaient pas en charge les troubles du cycle (questions à choix multiples) :
 - Manque de formation ou de pratique (43%)
 - Présence d'un gynécologue à proximité (20 %)
 - Manque d'intérêt personnel (13 %)

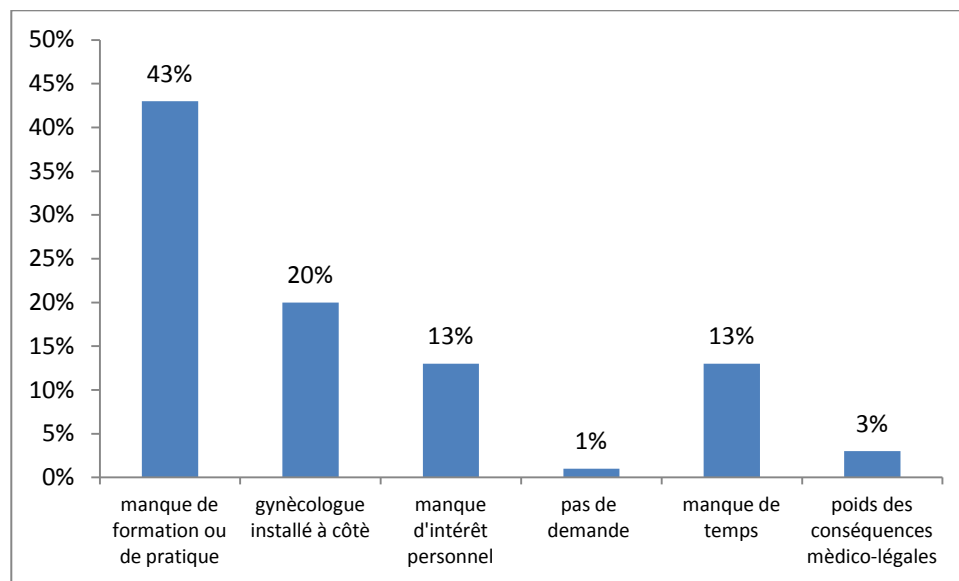


Figure 10: Raisons qui empêchaient les MG de prendre en charge les troubles du cycle

1.3. Prescription de la contraception par les médecins généralistes

- La prescription de la contraception par les médecins représentait 86 %.
- Nous avons analysé la prescription des moyens contraceptifs par les MG en fonction de la tranche d'âge, du sexe et du secteur d'exercice :

- Selon l'âge :

Il n'existait pas de différence significative selon l'âge des MG concernant la prescription des méthodes contraceptives.

- Selon le sexe :

Les médecins femmes ayant prescrit des méthodes contraceptives étaient de 50 % versus 36% des hommes.

- Selon le secteur d'exercice :

Il n'existait pas de différence significative selon le secteur d'exercice des MG concernant la prescription des méthodes contraceptives.

Tableau V : La prescription des moyens contraceptifs par les MG en fonction de la tranche d'âge, du sexe et du secteur d'exercice

Variable	Modalités	Prescription contraceptive		Test de chi-2	ddl	p
		Oui (%)	Non (%)			
Sexe	Femme	50,0	50,0	3,99	1	0,04
	Homme	36,0	64,0			
Secteur d'activité	Privé	90,0	10,0	2,65	1	0,10
	Public	82,0	18,0			
Tranche d'âge	30-39	84,2	15,8	1,17	2	0,55
	40-49	80,6	19,4			
	50-60 et plus	86,2	13,8			

- Concernant la prescription des méthodes contraceptives : les médecins ont bénéficié lors de leur formation en GO de cours magistraux (72 %), stages hospitaliers (50 %), ainsi que des formations postuniversitaires (67 %) (questions à choix multiples).

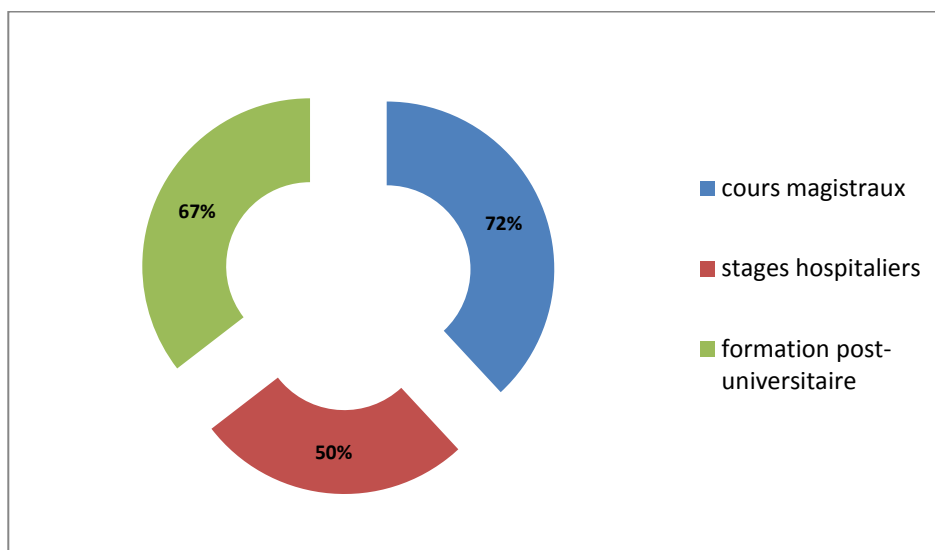


Figure 11 : Formation auxquelles les médecins ont participé pour effectuer la prescription des méthodes contraceptives

- Les raisons pour lesquelles les médecins ne prescrivaient pas de méthodes contraceptives (questions à choix multiples) :

- Manque de formation ou de pratique (40%)
- Manque de demande de la part des patientes (33%)
- Manque de temps (20%)

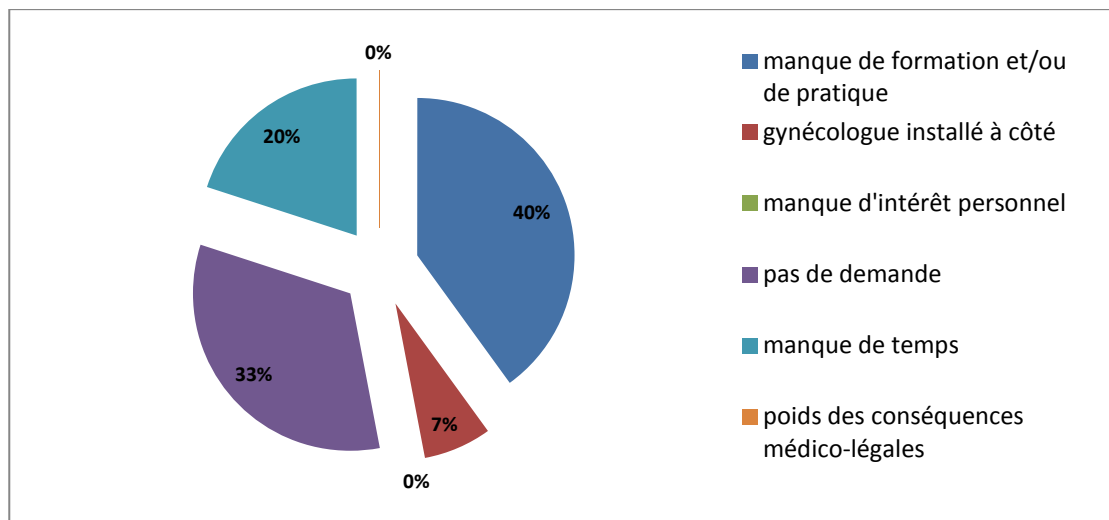


Figure12: Raisons qui empêchaient les MG à prescrire des moyens contraceptifs

1.4. PEC de l'infertilité par les MG

- La prise en charge des couples infertiles faisait partie de l'exercice de 48 % des MG.
- Concernant la prise en charge des couples infertiles, les médecins ont bénéficié lors de leur formation en GO de cours magistraux (50 %), stages hospitaliers (33 %), ainsi que des formations postuniversitaires (46 %) (questions à choix multiples).

**État de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique:
Point de vue du médecin généraliste de la ville de Marrakech**

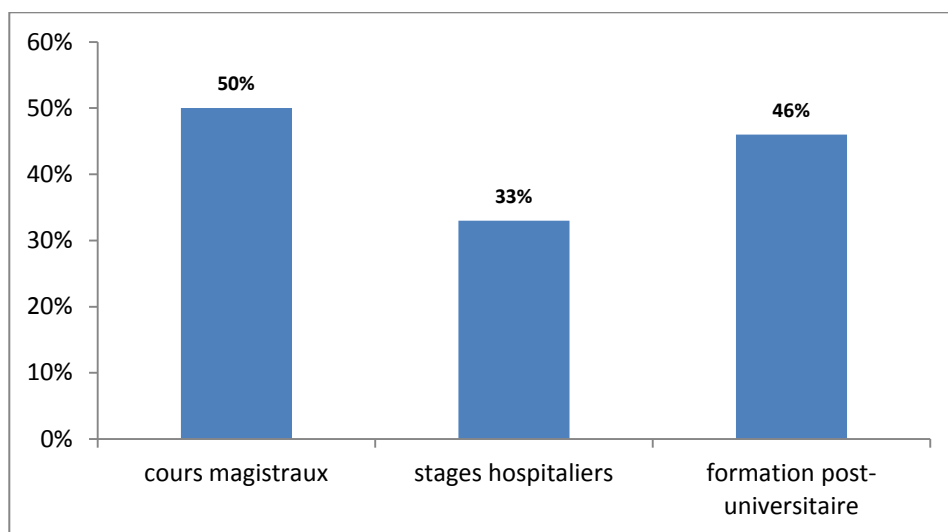


Figure 13: Formations auxquelles les MG ont participé pour PEC les couples infertiles

➤ Les raisons pour lesquelles les médecins ne prenaient pas en charge les couples infertiles (questions à choix multiples) :

- Manque de formation ou de pratique (47%),
- Présence d'un gynécologue à proximité (22%).
- Manque d'intérêt personnel (10%).

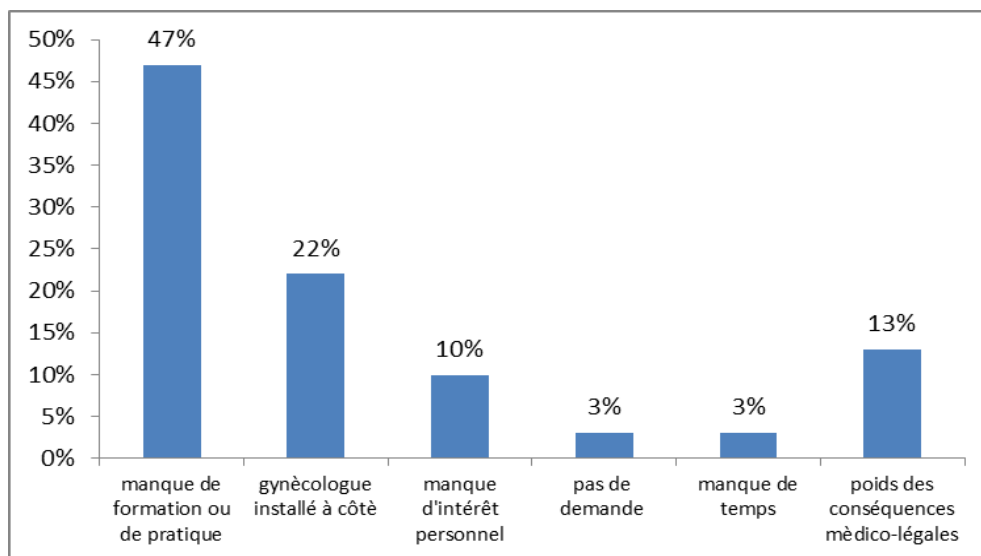


Figure14: Raisons qui empêchaient les médecins généralistes de PEC les couples infertiles

1.5. Dépistage du cancer du sein et du col

- Soixante-seize MG (76 %) ont déclaré avoir pratiqué des examens de dépistage.
- Concernant la réalisation des examens de dépistage, les médecins ont bénéficié lors de leur formation en GO de cours magistraux (77%), stages hospitaliers (66%), ainsi que des formations postuniversitaires (59%) (questions à choix multiples).

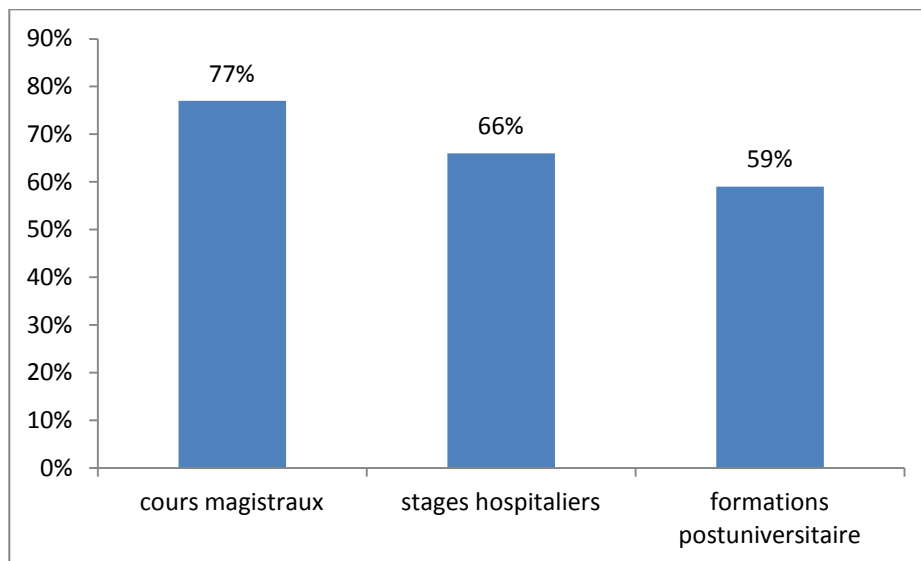


Figure15: Participation des MG aux différents modes de formation concernant le dépistage du cancer du sein et du col

- La fréquence de réalisation du frottis cervico-vaginal (FCV) par les MG

Quarante-cinq (45%) médecins ne réalisaient jamais de FCV ou rarement pour 40 % des MG et 15 % des MG l'avaient souvent réalisé.

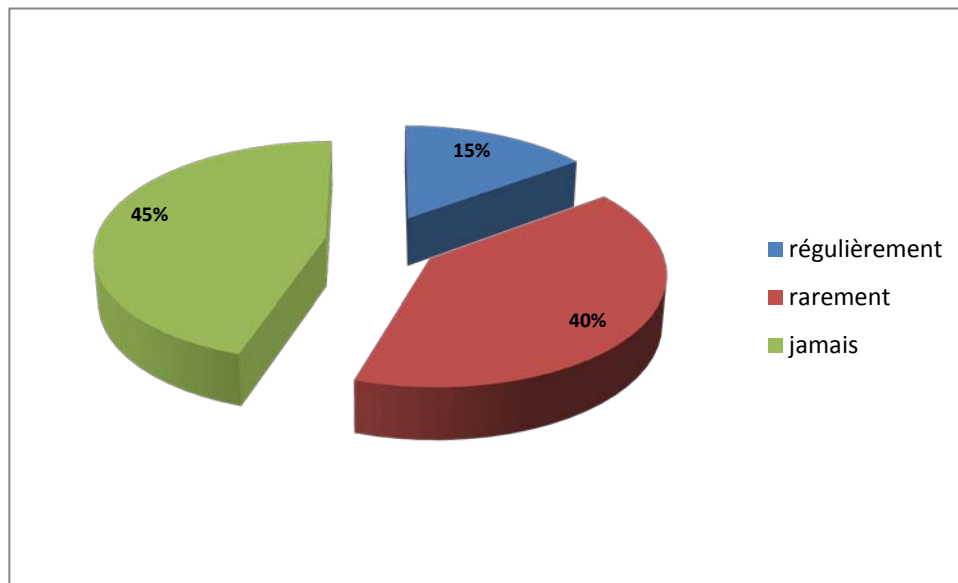


Figure16: La fréquence de réalisation du FCV par les MG

- Nous avons analysé la pratique du FCV par les MG en fonction du sexe, de l'âge et du secteur d'exercice :
- Selon le sexe :
Il n'existait pas de différence significative selon le sexe, concernant la pratique du FCV.
 - Selon l'âge :
La pratique du FCV représentait pour les médecins âgés de 40–49 ans et 50 ans et plus, 63,9% et 53,8% de façon respective.
 - Selon le secteur d'exercice :
Il n'existait pas de différence significative entre le secteur privé et public, concernant la pratique du FCV.

Tableau VI : La pratique du FCV par les MG en fonction du sexe, de l'âge et du secteur d'exercice

Variable	Modalités	FCV		Test de chi-2	ddl	p
		Oui(%)	Non(%)			
Sexe	Femme	53,4	46,6	0,13	1	0,71
	Homme	57,1	42,9			
Tranche d'âge	30-39	47,4	52,6	2,05	2	0,35
	40-49	63,9	36,1			
	50 ans et plus	53,8	46,2			
Secteur d'activité	Privé	52,0	48,0	0,36	1	0,54
	Public	58,0	42,0			

➤ Les raisons pour lesquelles les médecins ne réalisaient pas d'examens de dépistage (questions à choix multiples) :

- Manque de formation ou de pratique (52%)
- La présence d'un gynécologue à proximité (14%)
- Manque de temps (12%)

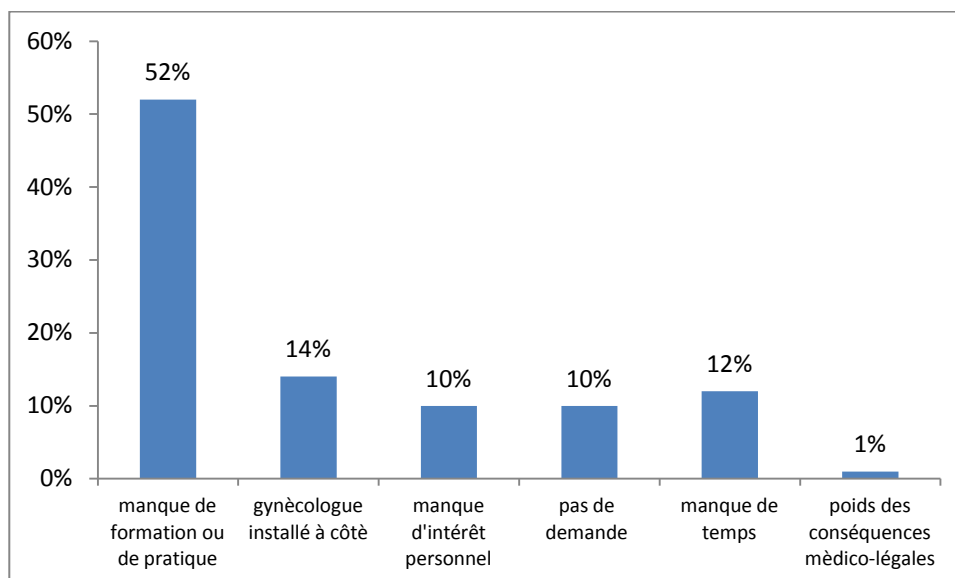


Figure 17: Raisons qui empêchaient les MG de réaliser des examens de dépistage

1.6. Prise en charge des urgences gynéco- obstétricales par les MG

- Selon notre enquête, 56 % des MG prenaient en charge les urgences gynéco-obstétricales
- Concernant la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales, les médecins ont bénéficié lors de leur formation de cours magistraux (77%), de stages hospitaliers (82%), ainsi que de formations postuniversitaires (44%) (questions à choix multiples).

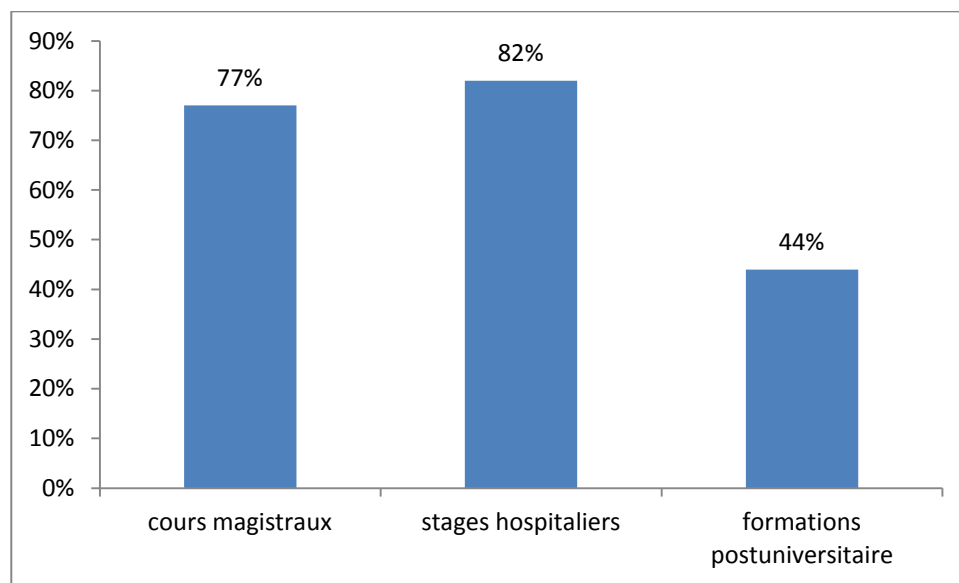


Figure18: Participation des MG aux différents modes de formation pour prendre en charge les urgences gynéco-obstétricales

- Les raisons pour lesquelles les médecins ne réalisaient pas de prise en charge des urgences gynéco-obstétricales (questions à choix multiples) :
 - Manque de formation ou de pratique (26%)
 - Présence d'un gynécologue à proximité (26%)
 - Poids des conséquences médico-légales (13%)

**État de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique:
Point de vue du médecin généraliste de la ville de Marrakech**

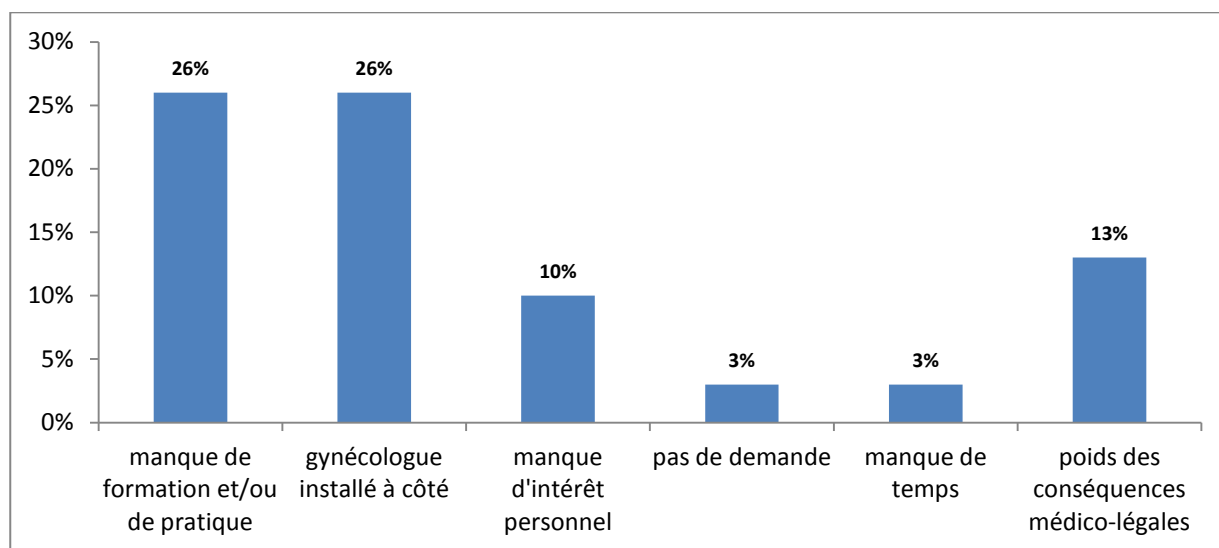


Figure19: Raisons qui empêchaient les MG de prendre en charge les urgences gynéco-obstétricales

1.7. Autoévaluation concernant les gestes pratiqués en fin de formation par les MG

Tableau VII: Autoévaluation concernant les gestes pratiqués par les MG.

	Acquis (%)	Moyennement acquis (%)	Non acquis (%)
Pose de spéculum	79	17	4
FCV	23	20	57
pose de stérilet	32	20	48
examen des seins	95	3	2
Touchers pelviens	90	5	5
La réalisation d'une épisiotomie	33	21	40
Extraction instrumentale (ventouse)	23	10	67

Les médecins ont déclaré ne pas avoir acquis la réalisation d'un FCV (57%), la pose du stérilet (48%), la réalisation d'une épisiotomie (40%) et enfin l'extraction instrumentale (67%).

Cependant, ils ont déclaré avoir acquis: la pose de spéculum (79%), la palpation des seins (95%) et la réalisation de touchers pelviens (90%).

2. Pertinence des méthodes pédagogiques mises en œuvre pour la formation des MG

2.1. La formation théorique

a. Évaluation de la satisfaction des MG de leur formation initiale :

Les médecins ont déclaré que leur formation initiale en GO était selon 5 % des MG insatisfaisante, peu satisfaisante pour 44 %, satisfaisante pour 40 % des MG et 11% ont répondu qu'elle était très satisfaisante.

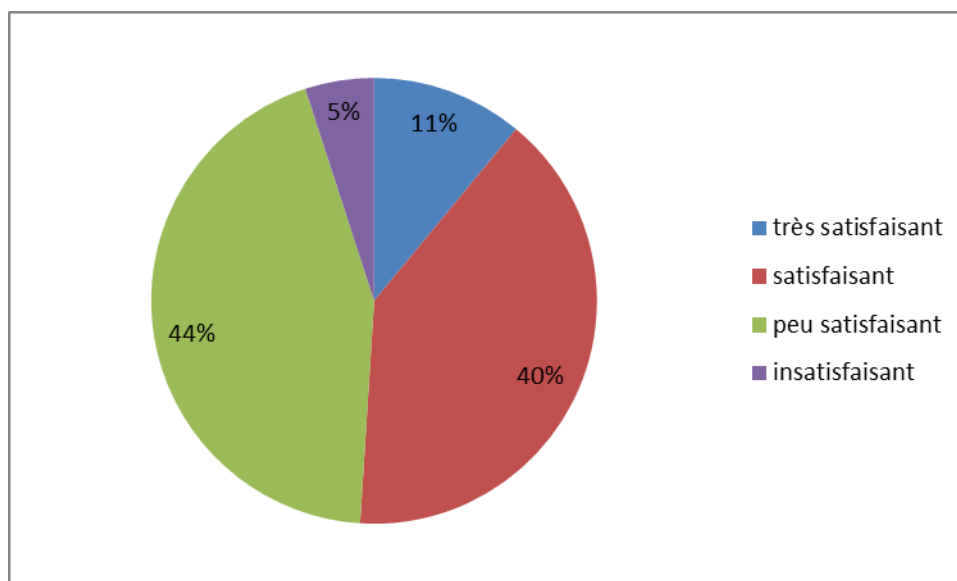


Figure 20: Satisfaction des MG de leur formation initiale en GO

b. Pertinence du contenu du programme en GO selon les MG :

Les chapitres traités n'étaient pas du tout pertinents selon 4 % des MG, peu pertinents pour 33 % des MG, pertinents pour 32 % et 31 % des médecins ont répondu très pertinents.

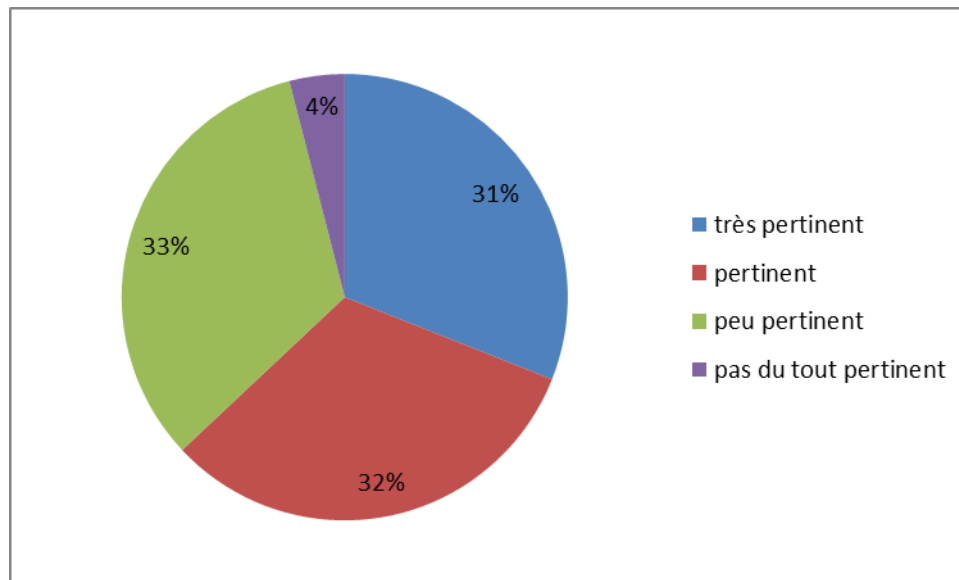


Figure 21: Pertinence du contenu du programme théorique en GO selon les MG

➤ **Causes de non satisfaction évoquées par les MG concernant le contenu du programme théorique en GO :**

Selon notre enquête, 45 % des MG ont déclaré que le programme était chargé et contenait des notions supplémentaires non importantes, 27% ont répondu que les méthodes d'enseignement étaient non adéquates et 10 % des MG ont rapporté que les cours étaient insuffisants et manquaient de données fondamentales. Enfin, 18 % des MG ont exprimé que les cours étaient anciens et ne répondaient pas aux besoins actuels de la gynéco-obstétrique.

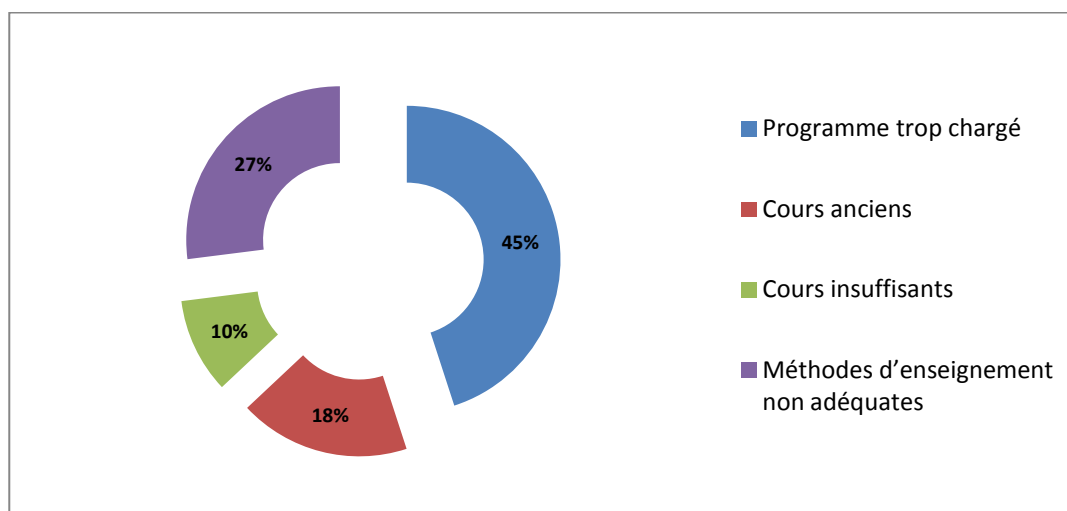


Figure 22 : Causes de non satisfaction des MG du contenu du programme théorique en GO

c. Le volume horaire réservé à la formation théorique en GO

Le volume horaire réservé au programme était insuffisant pour 16 % des MG, peu suffisant pour 39 % des MG, alors que 31 % des MG le trouvaient suffisant et 14 % en excès.

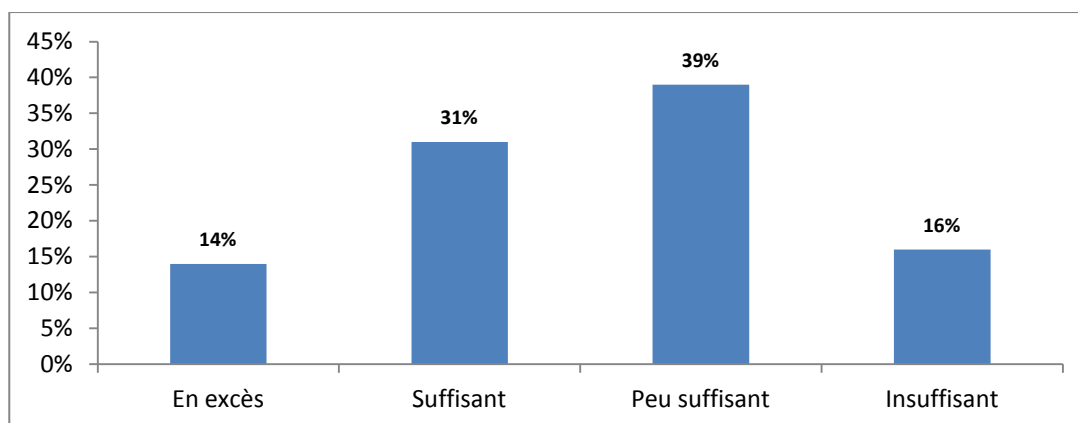


Figure 23: Volume horaire réservé à la formation théorique des MG en GO

d. Supports pédagogiques utilisés par les MG lors de la formation théorique en GO

Les MG ont déclaré que le cours magistral était le principal moyen d'apprentissage utilisé (97 %), suivi des TD et cas cliniques (43 %), trente-cinq MG avaient eu recours aux livres de médecine (35 %) et à l'iconographie (31 %), seulement 15 % utilisaient internet

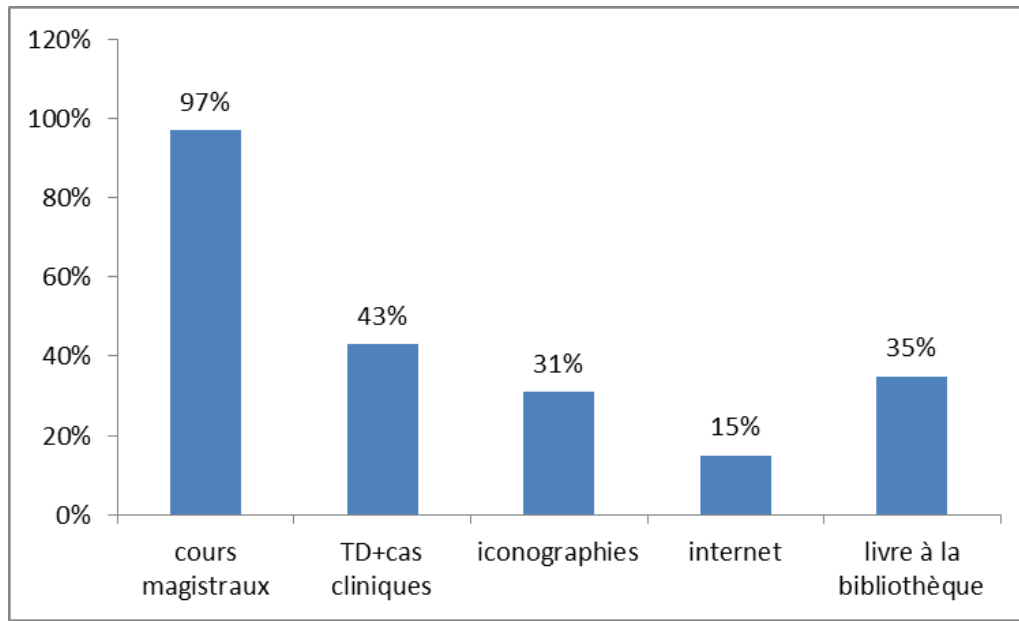


Figure 24: Supports pédagogiques utilisés en GO
lors de la formation théorique des MG

e. Pertinence des méthodes pédagogiques enseignées aux MG lors de leur formation théorique

Dans notre enquête, les MG ont déclaré que le cours magistral (78 % des MG) était une bonne méthode d'enseignement, suivi des TD et cas cliniques (51 % des MG), l'iconographie (27 % des MG), internet (21 % des MG) et les livres à la bibliothèque (21 % des MG).

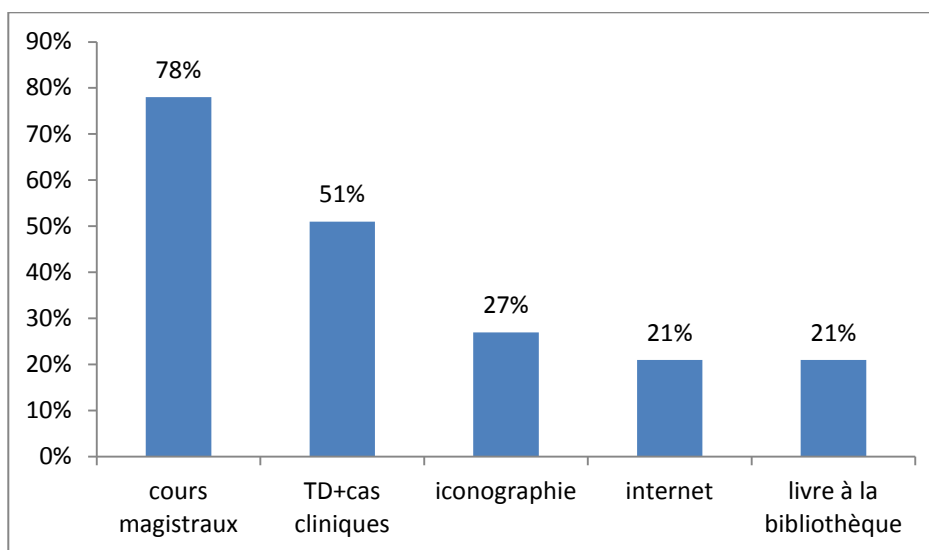


Figure 25 : Pertinence des méthodes pédagogiques enseignées aux MG lors de leur formation théorique en GO

f. Pertinence des cas cliniques dans l'enseignement de la GO

L'étude des cas cliniques, représentait un moyen parfaitement adapté pour enseigner la GO selon 41 % des MG versus 43 % des MG ont répondu qu'elle était adaptée et seulement seize MG (16 %) parmi eux ont rapporté qu'elle était peu ou pas adaptée.

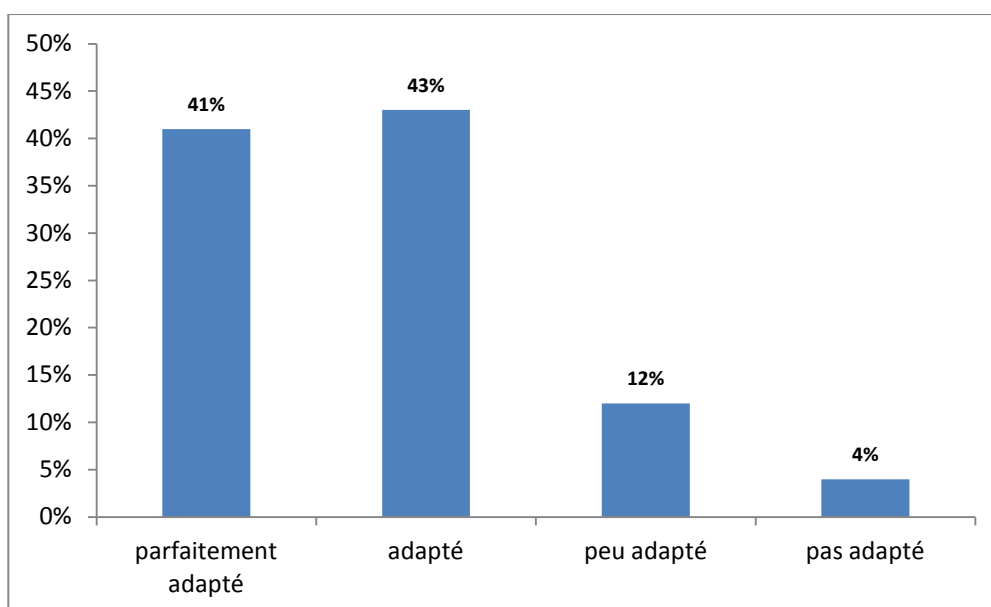


Figure 26: Pertinence des cas cliniques dans l'enseignement de la GO selon les MG

g. Pertinence de l'iconographie dans l'enseignement de la GO

L'iconographie constituait un moyen d'enseignement parfaitement adapté pour 19 % des MG, adapté selon 60 % des MG et 21 % ont répondu qu'elle était peu ou pas adaptée

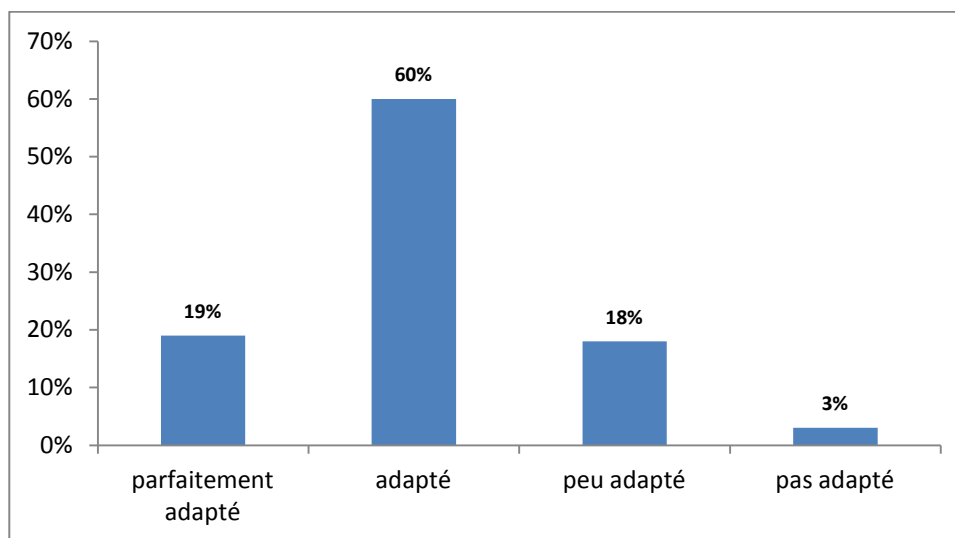


Figure 27: Pertinence de l'iconographie dans l'enseignement de la GO selon les MG

2.2. La Formation pratique (stages hospitalier)

a. Pertinence du stage hospitalier en GO

Selon notre enquête, le stage hospitalier était très important pour 75% des MG durant leur parcours universitaire, pour 20 % des MG le stage était important et seulement 5 % ont répondu qu'il était peu contributif à leur formation.

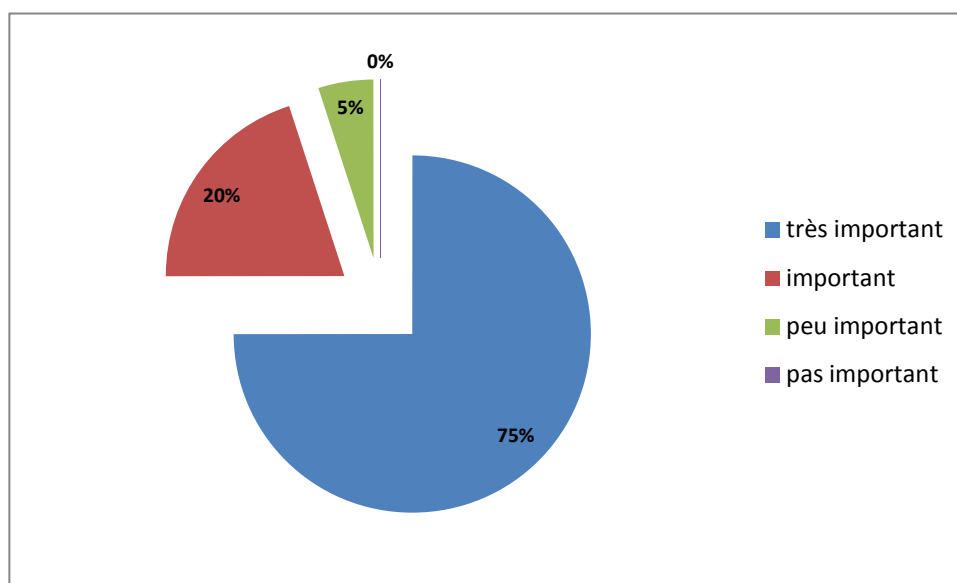


Figure 28: Pertinence du stage hospitalier de GO selon les MG

b. Appréciation de la durée du stage hospitalier de GO selon les MG

La moitié (50 %) des MG ont déclaré que la durée du stage était courte alors que 44 % ont rapporté qu'elle était adéquate et seulement 6 % ont répondu que la durée était longue.

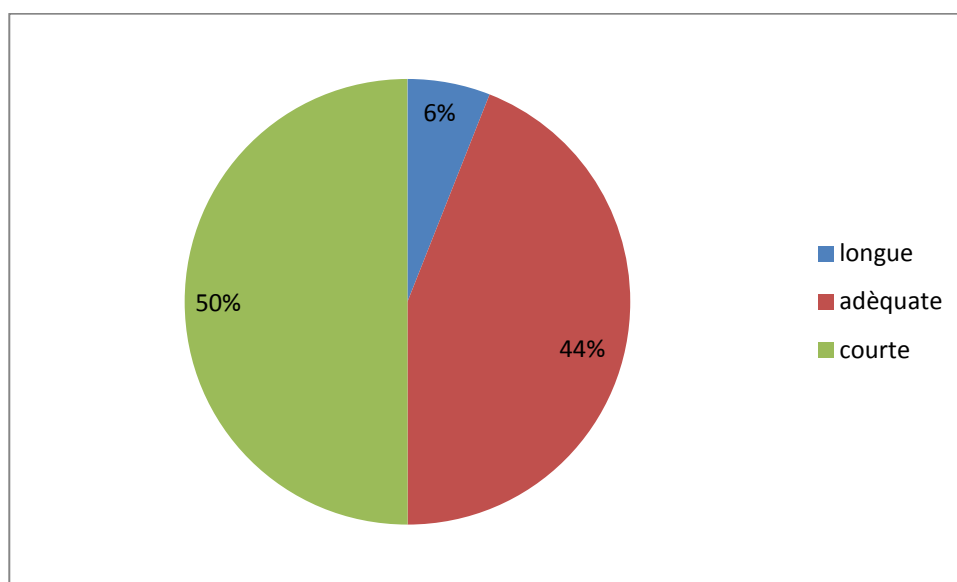


Figure 29: Appréciation de la durée du stage hospitalier
effectué par les MG en GO

c. La durée du stage optimale souhaitée par les MG

La durée de stage optimale devrait être selon :

- 12 % des MG d'une durée de 2 mois
- 39 % des MG une durée de 2-4 mois
- 39 % des MG entre 4-6 mois
- 12 % souhaitaient une durée de plus de 6 mois

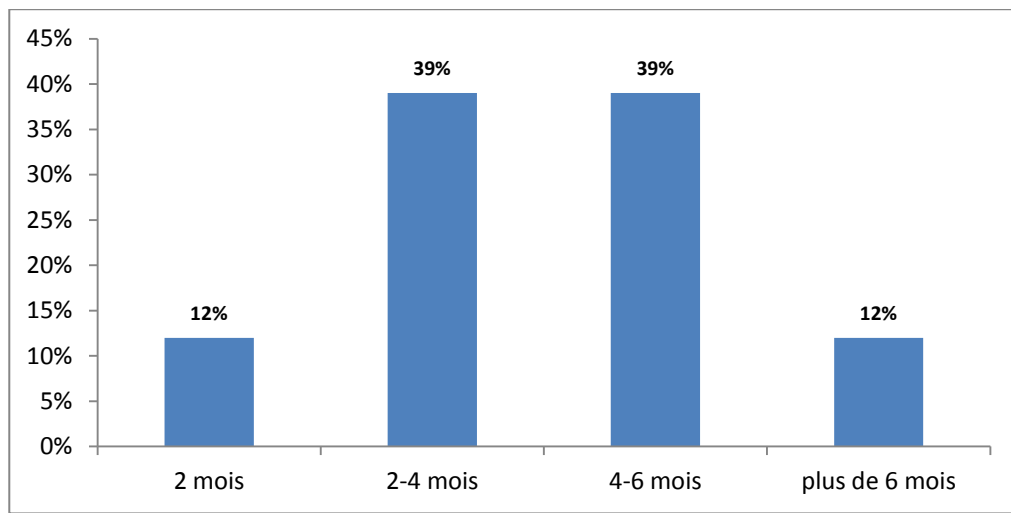


Figure 30 : La durée du stage optimale souhaitée par les MG en GO

d. Contribution du stage hospitalier à la formation des MG en GO

L'apport du stage hospitalier était très satisfaisant pour 10 % des MG, satisfaisant pour 38 % des MG, peu satisfaisant pour 44 % des MG et 8 % ont déclaré qu'il n'était pas satisfaisant.

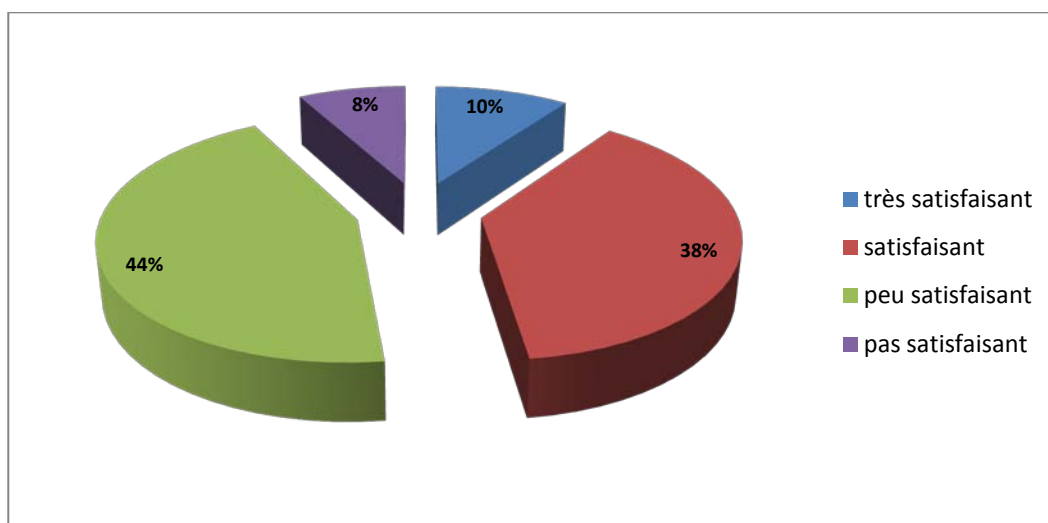


Figure 31: Contribution du stage hospitalier à la formation des MG en GO

e. Opinion des MG sur la prise en charge pédagogique durant leur stage hospitalier en GO

Selon notre étude, 47 % des MG ont déclaré que la PEC était mauvaise, alors que 45 % ont rapporté qu'elle était bonne et seulement 8 % ont répondu qu'elle était excellente.

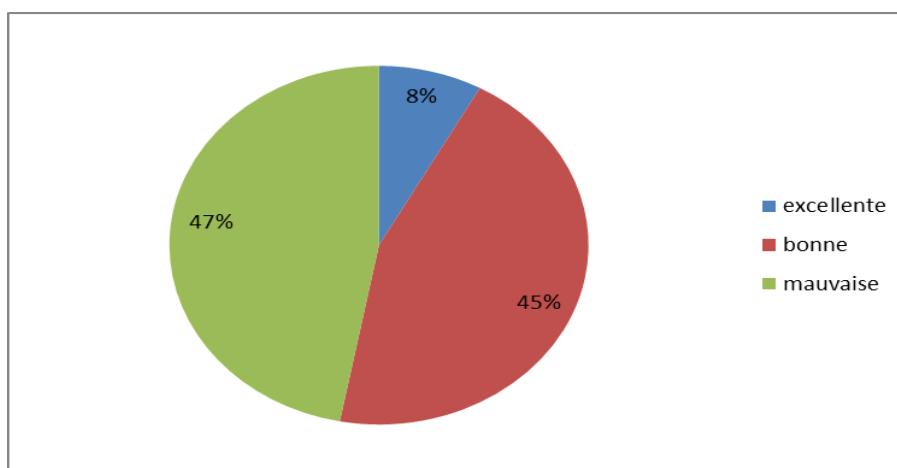


Figure 32: Évaluation des MG de la PEC pédagogique
durant leur stage hospitalier en GO

f. Opinion des MG sur :

- L'enseignement du raisonnement médical durant leur stage hospitalier en GO

L'enseignement du raisonnement médical était bon selon 37 % des MG, alors que 32 % des MG déclaraient qu'il était moyen ou encore mauvais pour 24 % des répondants.

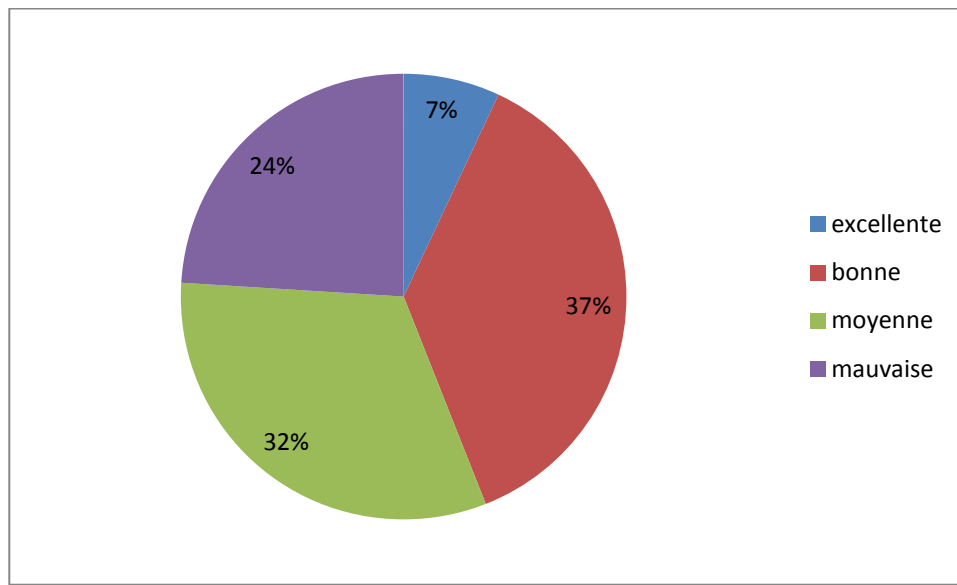


Figure 33: Opinion des MG de l'enseignement du raisonnement médical durant leur stage hospitalier en GO

- Opinion des MG sur l'encadrement des médecins titulaires durant leur stage hospitalier en GO

Les MG ont déclaré que durant leur stage, l'encadrement des médecins titulaires était insuffisant pour 31 % des MG, 40 % des MG ont rapporté qu'il était peu suffisant et 25 % ont répondu qu'il y avait un bon encadrement lors de leurs stages.

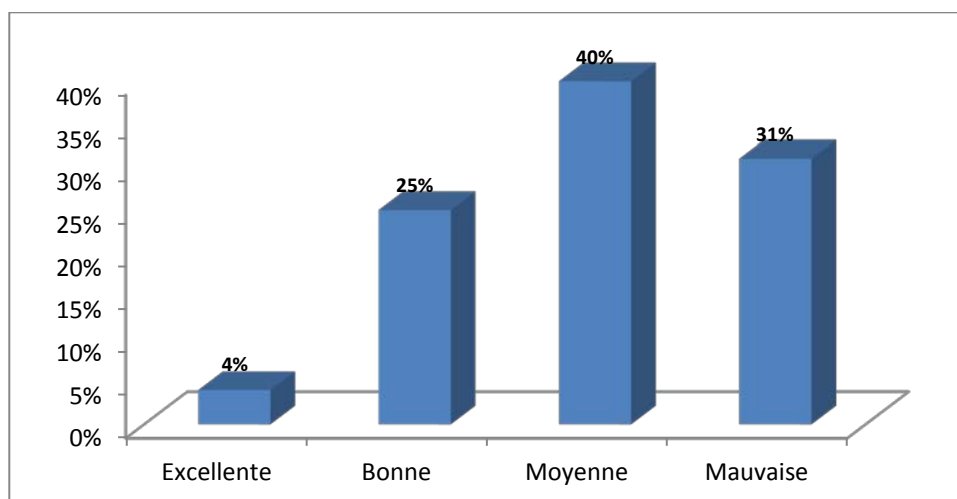


Figure 34: Opinion des MG sur l'encadrement des médecins titulaires durant leur stage hospitalier en GO

- Opinion des MG sur la maîtrise des gestes techniques durant leur stage hospitalier en GO

Selon notre enquête, 7 % des MG ont déclaré qu'ils avaient très bien acquis la réalisation des gestes techniques en GO durant leur stage hospitalier, 27 % des MG ont répondu qu'ils l'avaient bien acquis, 44 % des MG ont déclaré qu'ils l'avaient moyennement acquis et enfin 22 % ont répondu qu'ils l'avaient peu acquis.

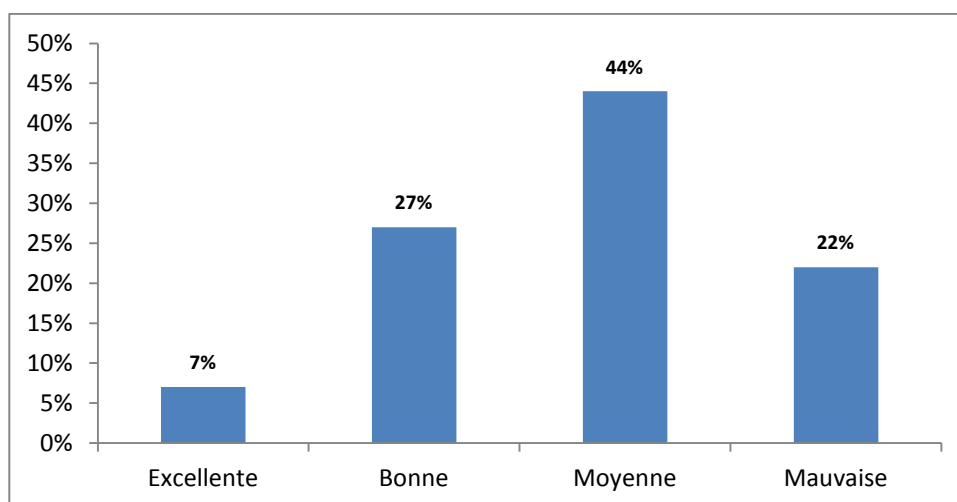


Figure 35: Opinion des MG sur la maîtrise des gestes techniques en GO durant leur stage hospitalier

g. Activités auxquelles les MG ont participé durant leur stage hospitalier en GO (questions à choix multiples)

*Les activités auxquelles les MG ont participé :

- Les gardes (73 % des MG)
- Topos et staff (34 % des MG)
- Les consultations médicales (28 % des MG)
- L'étude des cas clinique (19 % des MG)
- La participation au bloc opératoire (6 % des MG)

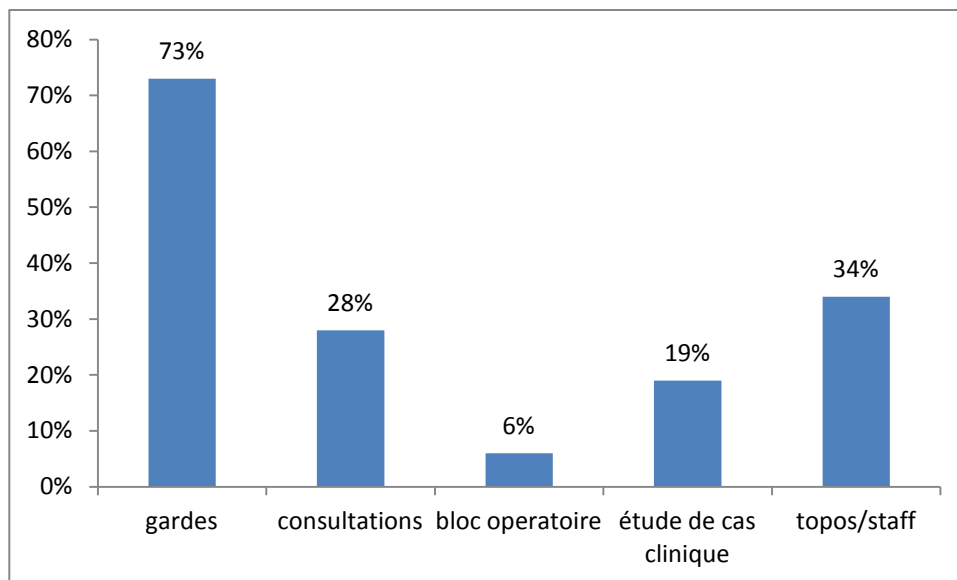


Figure 36: Activités auxquelles les MG ont participé durant leur stage hospitalier en GO

h. Méthodes d'enseignement que les MG ont souhaité bénéficier durant leur stage en GO

- Les gardes (54 % des MG)
- Topos et staff (65 % des MG)
- Les consultations médicales (56 % des MG)
- L'étude des cas cliniques (62 % des MG)
- Participation au bloc opératoire (18 % des MG)

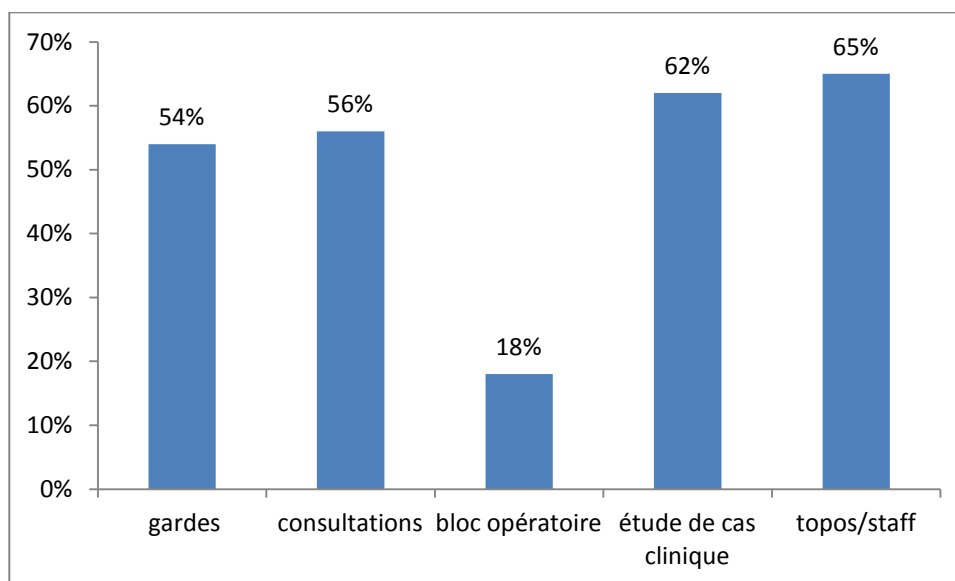


Figure 37: Méthodes d'enseignement dont les MG ont souhaité bénéficier durant leur stage en GO.

i. Concordance de la formation reçue aux besoins des MG dans leurs pratiques quotidiennes en GO

La formation reçue était selon 4 % des MG parfaitement adaptée à leurs pratiques quotidiennes, 35 % des MG ont répondu qu'elle était adaptée, 53 % des MG ont déclaré que la formation était peu adaptée et finalement 8 % des MG ont déclaré que la formation n'était pas adaptée à leurs pratiques quotidiennes.

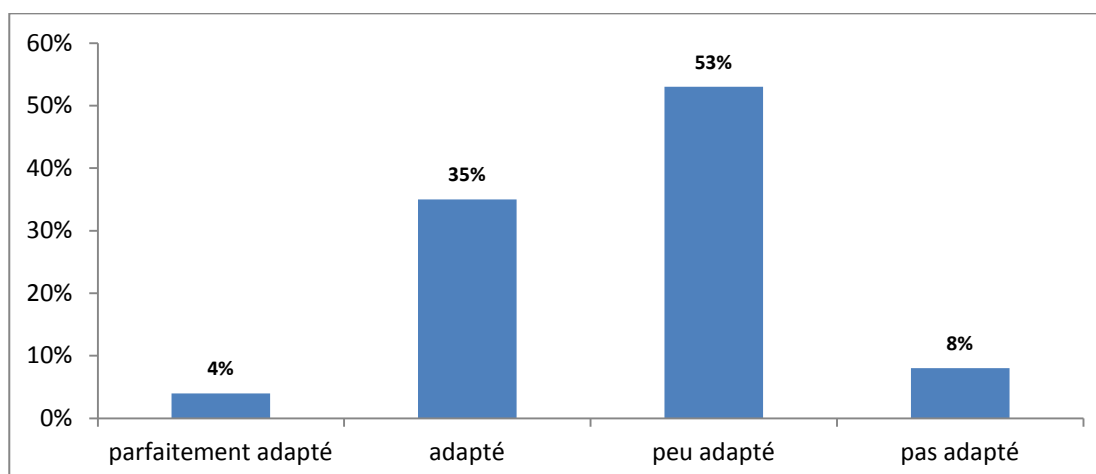


Figure 38: Adéquation de la formation reçue en GO avec la pratique quotidienne des MG

III. Formation médicale continue

Selon notre étude, cinquante-cinq médecins (55 %) ont bénéficié d'une formation médicale continue (FMC) en GO.

- Nous avons analysé le taux de participation des MG à une formation médicale continue en GO en fonction de l'âge, du sexe et du secteur d'exercice :

- Selon l'âge :

Concernant la participation des MG aux FMC en GO, les tranches d'âge les plus représentées étaient entre 40–49 ans (44,4 %) et 50 ans et plus (50 %).

- Selon le sexe :

Il n'existait pas de différence significative selon le sexe concernant la participation des MG aux FMC

- Selon le secteur d'exercice :

Les médecins du secteur privé participaient d'une manière un peu plus importante aux FMC que les médecins exerçant dans le secteur public.

Tableau VIII : Le taux de participation des MG à une FMC en GO en fonction de l'âge, du sexe et du secteur d'exercice

Variable	Modalités	FMC		Test de chi-2	Ddl	P
		Oui(%)	Non(%)			
Sexe	Femme	58,6	41,4	0,73	1	0,39
	Homme	50,0	50,0			
Secteur d'activité	Privé	40,0	60,0	1,01	1	0,31
	Public	50,0	50,0			
Tranche d'âge	30-39	42,1	57,9	0,39	2	0,82
	40-49	44,4	55,6			
	50-60 et plus	50,0	50,0			

➤ Les modalités de FMC :

Selon notre enquête, les principales modalités de formation continue étaient :

Les congrès scientifiques (25 %) suivis des revues scientifiques (20 %), les ateliers pratiques (20 %) puis internet (18 %) et enfin les séminaires (16 %).

- Les MG ont proposé d'autres modes de formation : diplômes interuniversitaires (DIU) et stages pratiques.

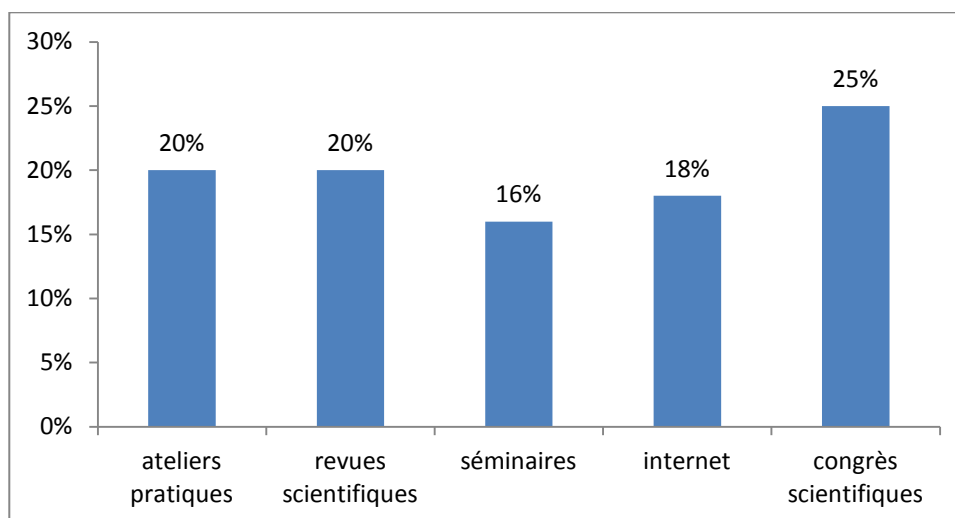


Figure 39: FMC auxquelles les médecins généralistes ont participé

➤ Raisons qui ont empêché les médecins généralistes de suivre une FMC:

Selon notre enquête, les causes de non-participation des médecins à une formation étaient :

- Absence de besoin de demande de la part des patientes (38 %)
- Difficulté d'accès aux informations pertinentes (30 %)
- Présence de grande distance avec les centres de formation (23 %).

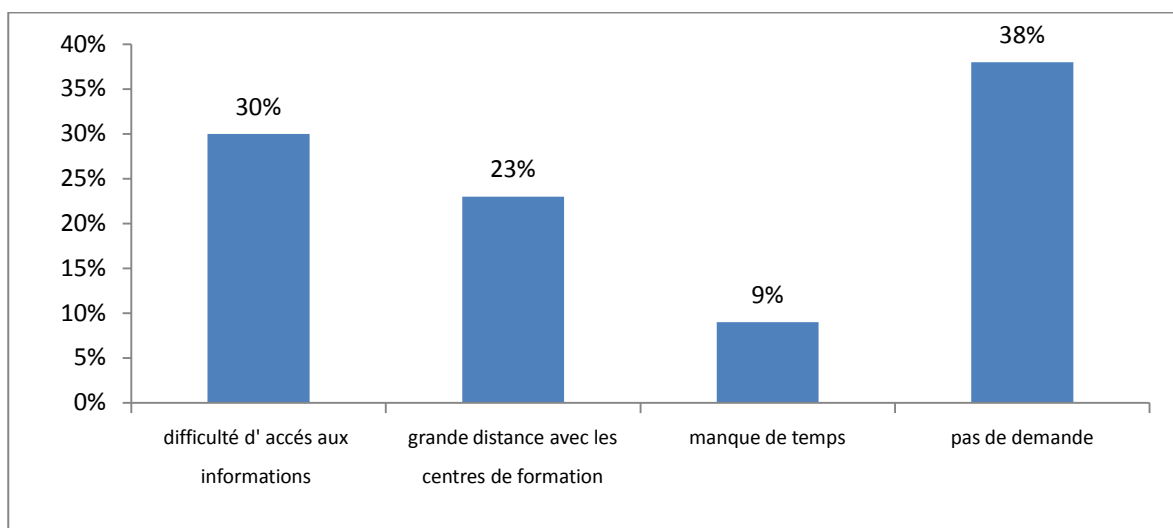


Figure 40: Raisons qui ont empêché les médecins généralistes de suivre une FMC

➤ Les besoins de formation :

Les sujets que les MG souhaiteraient aborder en formation complémentaire étaient :

- Les urgences gynécologiques (24 % des MG)
- Les urgences obstétricales (20 % des MG)
- La prescription des moyens de contraception (23 % des MG)
- Le suivi des grossesses (19 % des MG)
- Le dépistage des cancers gynéco-mammaires (14 % des MG)

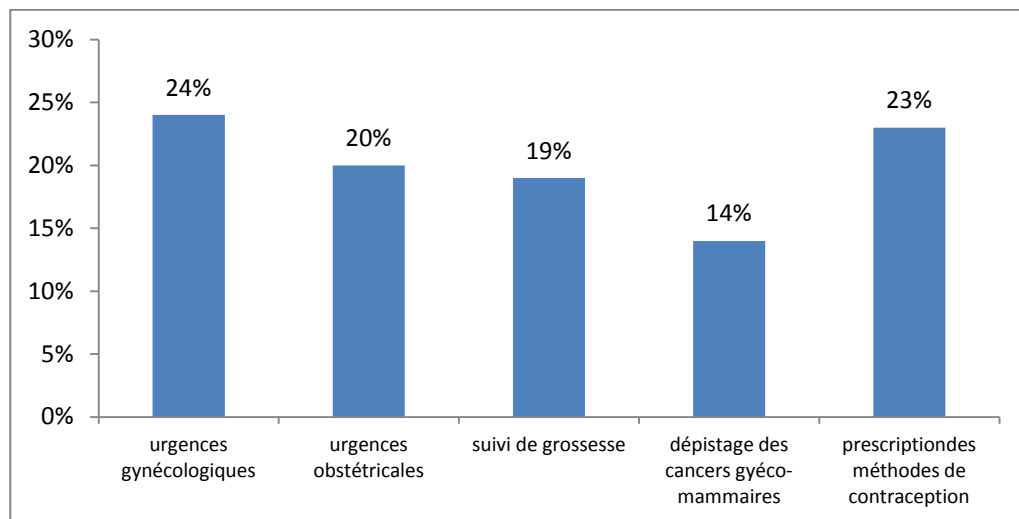


Figure 41: Sujets souhaités être traités lors d'une FMC

- Autres thèmes de FMC ont été proposés par les MG :

La formation aux gestes techniques, pratique de l'accouchement, DIU d'échographie gynécologique et obstétricale, interprétation des résultats des FCV, médicaments et grossesse.

IV. Commentaire et suggestion des médecins participants :

Vingt-quatre médecins généralistes (11 MG dans le secteur privé et 13 MG dans le secteur public), ont exprimé leur avis concernant le thème de cette étude.

Leurs réponses comportaient des suggestions et même des solutions permettant d'améliorer leur formation et leur pratique en termes de GO.

Ils ont insisté d'une part sur l'intérêt de mettre à leur disposition une FMC en GO « Bien vouloir activer la notion de formation continue », « pour les médecins généralistes une formation continue en GO est nécessaire vu le grand nombre de consultations en GO aux centres de santé ».

Certains d'entre eux ont bien précisé les différents types de formations qui peuvent répondre à leurs besoins, en préférant celles qui ont un caractère beaucoup plus pratique que théorique « on a besoin de plus de formation continue, des stages pratiques et des ateliers de formation continue », «élaborer un programme précis et rigoureux de formation continue des médecins généralistes », « organiser des séminaires de formation continue par le ministère de la santé et réaliser des stages pratiques pour les médecins des centres de santé en obstétrique (accouchement) ».

D'autres médecins trouvent qu'il faut améliorer la formation en GO au sein de la faculté de médecine et au cours des stages hospitaliers «Améliorer la formation théorique», «améliorer la qualité du cours et l'adapter à la pratique et à notre contexte (cours interactif) définir des objectifs(support informatisé) choix des enseignants »«Insister auprès des enseignants sur une formation pratique de qualité au profit des futurs médecins», «Stage de durée suffisante et bien encadré» «Améliorer les conditions de travail».

Sept médecins ont souhaité que ce travail soit exploité à haut niveau afin d'élaborer un programme adéquat de FMC permettant d'améliorer leur formation et leur pratique en matière de GO, « L'étude est très intéressante pour pouvoir cibler les points faibles afin de les améliorer, car le médecin généraliste reste maintenant le centre de gravité de la profession médicale».



DISCUSSION

I. Les principaux problèmes de santé publique en GO au Maroc:

La santé, traductrice, sans contexte, la plus fidèle du niveau de développement d'une nation, et la santé des femmes, en particulier, est un des soucis majeurs qui a retenu une attention grandissante aussi bien de la part des chercheurs que des preneurs de décision durant les dernières années ;c'est aussi, particulièrement par rapport aux problèmes de santé que les retombées indésirables des conditions désavantageuses que vivent de nombreuses femmes, sont les plus ressenties [9].

La dernière décennie a été marquée par une résurgence de l'intérêt pour la question des femmes aussi bien au niveau international que national, au niveau international, la décennie 1993-2003 a vu la tenue d'une série de conférences mondiales à l'issue desquelles nombreux pays dont le Maroc se sont engagés à prendre des mesures visant l'amélioration des conditions de vie et de santé des femmes. Parmi ces conférences, il y a lieu de citer celle du Caire (1994) sur la population et le développement, celle de Beijing (1995) sur les femmes et celle de Copenhague (1995) sur le développement social. Suite à ces conférences, tant les politiques de développement que de population ont connu une réorientation dans le sens d'une prise en compte plus effective de la femme en tant qu'acteur pleinement responsable de ses choix individuels et cible concernée au premier chef par les programmes de développement, en général et de développement sanitaire, en particulier[9].

Agir c'est d'abord connaître. Dans le domaine de la santé des femmes, comme dans tout autre domaine à causalité multiple et inextricable, les enquêtes et les études sont des instruments indispensables de diagnostic, d'appréhension des faits et facteurs, et de ciblage des mesures et actions à entreprendre dans le futur. Leur fréquence et leur contenu sont, par ailleurs, révélateurs de l'intérêt plus ou moins important ou insuffisant que la question se voit accorder par les décideurs d'une part, et les chercheurs d'autre part [9].

A ce stade, il y a lieu de noter que la dernière décennie a été marquée pour le Maroc par la réalisation d'une série d'enquêtes portant sur des aspects ayant directement ou indirectement trait à la santé des femmes. Elle a également vu la production d'une masse de travaux de recherche sur le statut des femmes, en général et sur leur état de santé, en particulier. La tenue de bons nombres de colloques et de rencontres scientifiques sur ces questions a aussi été un des faits marquants de cette décennie [9].

Il n'en demeure pas moins que les actions menées et les mesures prises ne sont toujours pas suffisamment coordonnées et appuyées pour qu'une réelle intégration de la femme marocaine au processus de développement soit enfin réalisée et pour qu'un véritable essor de ses conditions de vie et de santé soit, en conséquence, espéré [9].

Cependant, le contexte sanitaire actuel au Maroc reste marqué par un certain nombre d'acquis mais aussi par des déficits relativement importants, la description de ce contexte permettra d'appréhender les priorités, les objectifs et les choix des nouvelles stratégies que le Ministère de la santé (MS) compte déployer dans le cadre de son prochain plan d'action 2012–2016 pour améliorer la santé maternelle en ce qui concerne :

- Accélération de la réduction de mortalité maternelle
- Promotion de la maternité sans risque
- Promotion de la santé de la reproduction

1. Évolution de la fécondité :

En 50 ans la population marocaine a presque triplé en passant de 11.6 millions en 1960 à 32 millions en 2011. Durant la même période, le taux annuel d'accroissement démographique est passé de 2.6 % à 1.05 % [10].

Cette forte réduction montre que le Maroc est en cours d'achèvement de sa transition démographique qui se traduit par ailleurs par un déclin de la fécondité et de la mortalité. En effet l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé durant la même période de 7 à 2.2 enfants par famille soit 5 enfants de moins qu'il y a 50 ans [10].

L'écart entre milieux, exprimé par le ratio rural/urbain, a tendance à s'atténuer. En effet, celui-ci s'est établi à 1,46 en 2010 contre 1,6 en 1975-1980. C'est ce qui se dégage de la lecture du graphique suivant qui retrace l'évolution de l'ISF de 1960 à 2010 au niveau national et par milieu de résidence [10].

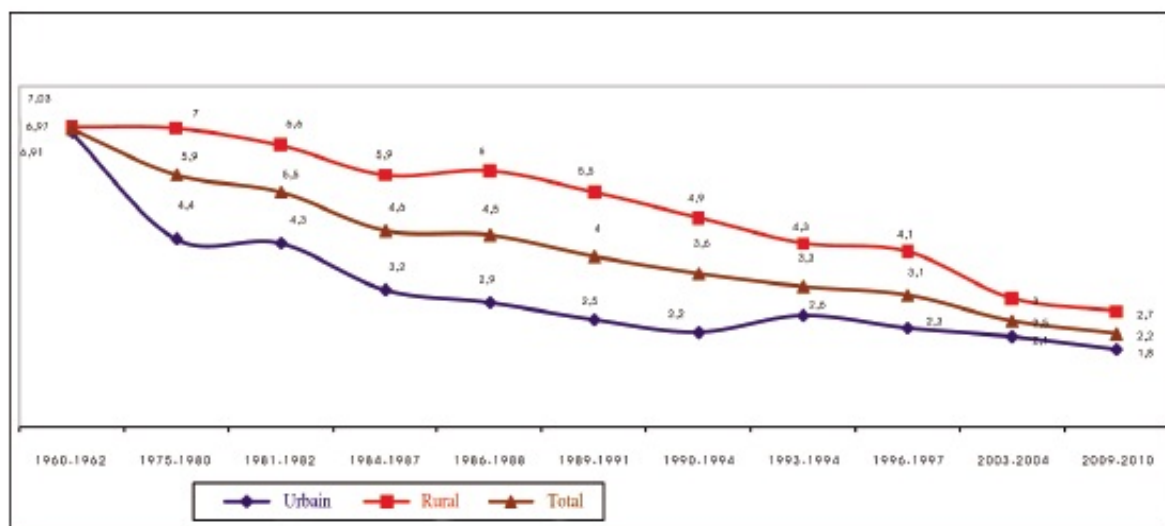


Figure 42 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1960/62 et 2009/2010 [10]

Cette baisse de la fécondité s'explique en grande partie par le recul de l'âge au premier mariage d'une part, et d'autre part, par une plus grande utilisation des moyens contraceptifs.

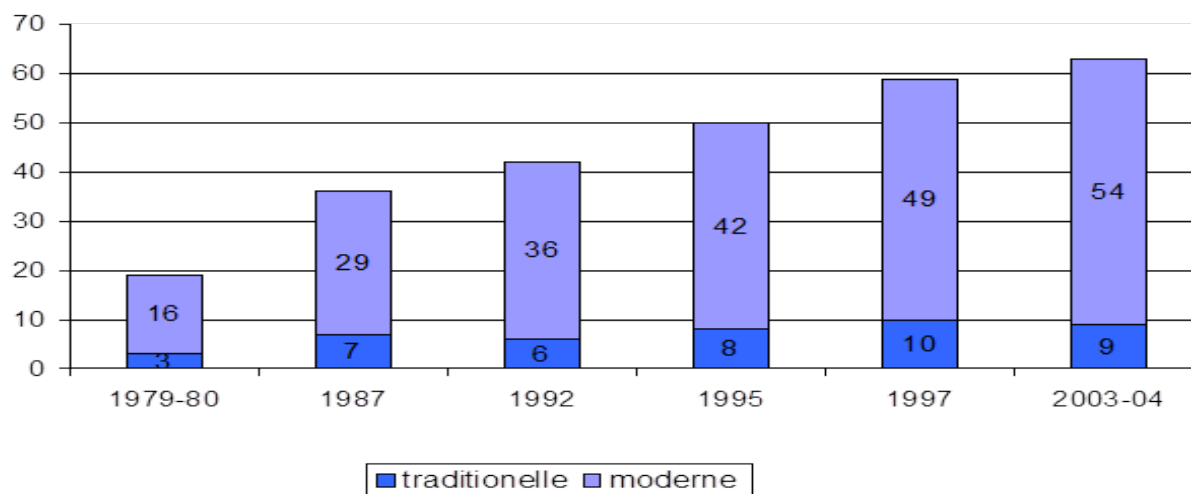


Figure 43 : Évolution de la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer [10]

Ceci a sensiblement réduit les problèmes liés à la morbidité et à la mortalité maternelle, périnatale et infantile. La planification familiale (PF) fait partie intégrante des programmes de santé publique afin de :

*Maintenir un taux de prévalence contraceptive $\geq 67\%$

*Renforcer la disponibilité et de l'accessibilité aux services de planification familiale

*Introduire de nouvelles méthodes contraceptives au niveau des structures publiques de la santé

La planification familiale est incluse dans les activités quotidiennes des médecins, qui contribuent au bon fonctionnement des programmes de PF :

- Les avantages et bénéfices de la contraception sur la santé de la mère, des enfants, de la famille et de la société.
- Les méthodes de PF, leur mode d'action, avantages et effets secondaires.

2. Mortalité maternelle au Maroc, la surveillance de la grossesse et de l'accouchement

A l'instar de plusieurs pays, le Maroc a suivi une politique d'extension des soins de santé de base mais beaucoup plus axée vers la réduction de la mortalité maternelle.

Actuellement, les représentants officiels de la santé au Maroc sont engagés dans un effort de grande envergure pour étendre à l'échelle nationale cette approche vivement soutenue par d'autres pouvoirs nationaux [17]. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le Maroc fait partie du groupe des pays qui ont réalisé des progrès pour l'atteinte de l'objectif 5 du millénaire [4].

En souscrivant aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD), le Maroc s'est engagé à réduire, à l'horizon 2015, de trois quarts la mortalité maternelle (OMD5) et de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD4) pour les faire passer respectivement de 332 à 83 décès pour cent mille naissances vivantes, et de 76 à 25 décès pour mille naissances vivantes [4]. Afin d'atteindre ces objectifs, le MS a mis en œuvre un plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile qui a permis de renforcer et d'étendre l'offre publique des soins obstétricaux et d'améliorer la qualité de prise en charge.

L'enquête nationale démographique à passages répétés 2009–2010 menée par le Haut-commissariat au Plan a révélé une réduction de la mortalité infanto-juvénile qui est passée de 47 à 36 décès pour mille naissances vivantes et un succès important dans la réduction de la mortalité maternelle [4]. En effet, le ratio mortalité maternelle, principal indicateur de résultats utilisés jusqu'à présent est passé de 2278 à 1129 pour cent mille naissances vivantes, soit une réduction de 60% par rapport à 1990.

Cependant, malgré les efforts consentis et les actions menées, le niveau de mortalité maternelle demeure encore élevé comparativement à beaucoup de pays de la région ou encore à des pays à niveau de développement similaire.

Tableau IX : Comparaison du taux mortalité maternelle avec d'autres pays [9]

	TMM p. 100 000 NV
Maroc	227
Algérie	180
Égypte	130
Tunisie	75
Jordanie	41

C'est dire combien le retard qu'accuse le Maroc en ce domaine est encore énorme et combien l'acte d'enfanter est encore préjudiciable pour la santé et la survie de la femme marocaine[7].

Quant à l'analyse de l'évolution de la mortalité maternelle par milieu de résidence durant les six dernières années, dans le rural plus que dans l'urbain, la maternité demeure un événement à haut risque étant donné que le taux de mortalité maternelle en milieu rural est deux fois plus important qu'en milieu urbain (148 contre 73 décès pour cent mille naissances vivantes) [74].

Toutefois, l'évolution de la mortalité maternelle par milieu de résidence montre une baisse en milieu rural, qui représente 267 pour 100.000 naissances vivantes en 2003–2004 et 148 en 2010.

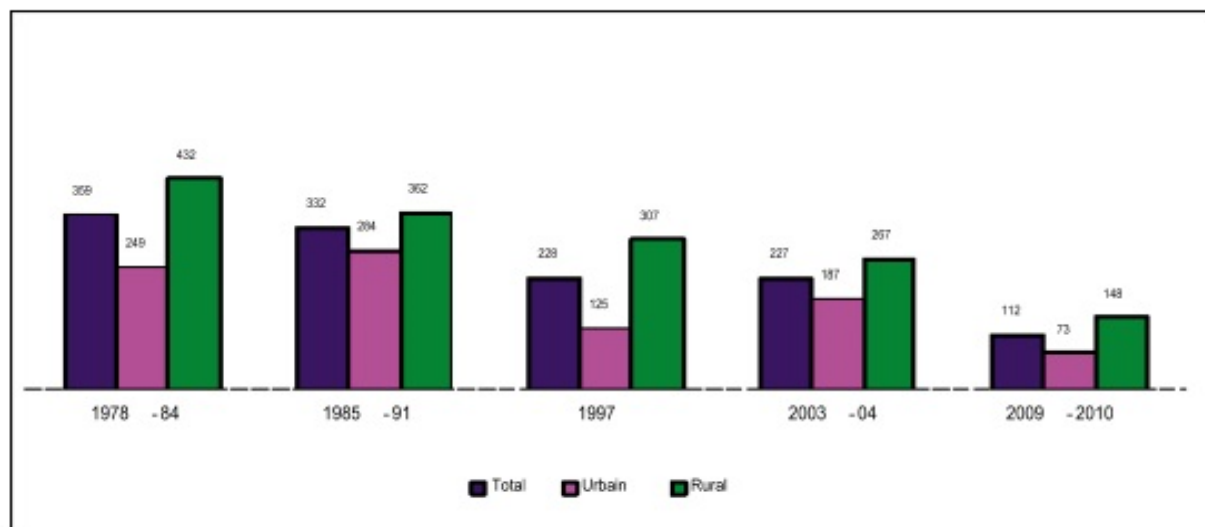


Figure 44 : Évolution des taux de mortalité maternelle entre 1997 et 2010 [4]

Bien que ces résultats soient encourageants, il est nécessaire de maintenir le cap et de renforcer la surveillance de l'accouchement en milieu rural particulièrement par l'excessive mortalité maternelle, doublée de la forte inégalité des risques selon le milieu sont, tous deux, les résultantes de nombreuses insuffisances et lacunes qui continuent à handicaper les actions entreprises dans le domaine. Force est de souligner à cet effet que les services de soins en santé reproductive sont à la fois de couverture limitée et d'accessibilité réduite en milieu rural. Notons que :

- 43% de la population habite au-delà de 6 km des établissements de soins de santé de base [19].
- 60% des femmes sont heurtées à des problèmes d'accès physique/distance aux soins [19].
- 46% de non recours aux maternités par manque de transport [19].

Ainsi , jusqu'en 1997, près des 3/4 des enfants mis au monde dans les campagnes marocaines l'ont été à domicile.

Cependant, La situation dans les villes est plus insidieuse qu'elle ne paraît l'être. D'un côté, le nombre de gynécologues exerçant dans le secteur public ne dépasse guère les 800 pour l'ensemble du pays, dont la grande majorité est concentrée sur l'axe Casablanca–Rabat. Soit un gynécologue pour 2 540 naissances attendues (NA) et une sage-femme ou accoucheuse pour 218 NA L'OMS recommande une norme d'une accoucheuse pour 175 NA. De l'autre côté, c'est paradoxalement aux couches sociales à revenus élevés ou intermédiaires que les services de santé publique continuent à bénéficier le plus [7].

Malgré cette tendance à la baisse de la mortalité maternelle et le recours aux soins liés à la grossesse, la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale demeurent élevées, constituant toujours un problème de santé publique.

Sur la base de ces données et devant le besoin crucial de faire face de manière efficace et urgente au problème de mortalité maternelle, une importance capitale doit être également accordée à la santé et au bien-être du couple mère nouveau-né.

Ainsi, dans le cadre du renforcement de la couverture et de la qualité des consultations prénatales et consultations postnatales, les indicateurs de couverture du programme de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement (PSGA) en 2011, ont connu une progression significative avec un taux de recrutement en consultation prénatale à 83,5% (moyenne de 2,7 par femme) , un taux de couverture des accouchement en milieu surveillé à 82% , un taux de consultation du post-partum à 106 % et un ratio de mortalité maternelle à 40 décès / 100 000 naissances.

Le PSGA est basé surtout sur le contrôle professionnel de l'accouchement et sur la qualité des soins obstétricaux par la standardisation des actes lors de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Cependant, ce programme n'est pas dénué de problèmes

notamment le manque de personnel suffisant et qualifié (le suivi se fait en général par le personnel paramédical), le manque de matériel adapté, le temps limité donné aux femmes enceintes et le manque d'IEC (information, éducation, communication).

Le Maroc se doit de réussir sa mission en matière de réduction de la mortalité maternelle afin d'atteindre ses objectifs, le plan d'action du MS compte réaliser les objectifs suivants :

- Augmenter la couverture des accouchements en milieu surveillé de 73% à 90% (de 55% à 75% pour le milieu rural)
- Atteindre un taux de césarienne de 10%
- Augmenter la couverture en consultation prénatale de 77% à 90%
- Atteindre une couverture de 95% par la consultation du post-partum

Le rôle du MG dans ses actions spécifiques comporte : la prise en charge des urgences obstétricales, le dépistage des femmes à risque, la médicalisation des consultations prénatales et du post-partum.

Pour conclure, la réduction de la mortalité maternelle est une œuvre de longue haleine qui repose sur des actions réalistes, applicables, relevant d'une décision politique en ayant un impact important sur la santé de la femme, de sa grossesse à l'accouchement jusqu' au postpartum.

3. Dépistage des cancers gynéco-mammaires :

Le cancer est un lourd fardeau socio-sanitaire dans le monde. Il a été estimé que le cancer est à l'origine de 13 % de mortalité mondiale soit 7,6 millions de décès, 70% de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Plus de 30% de l'ensemble de ces cancers sont évitables [20 ,21].

Au Maroc, on recense à peu près 30 000 nouveaux cas de cancer par an dont le cancer du sein et du col de l'utérus représentent presque 50% des cancers féminins. Le cancer du sein est le premier cancer de la femme marocaine (36,4 %) suivi par le cancer du col de l'utérus (12,8 %). Le plus souvent ils sont diagnostiqués à un stade avancé [22]. Ces deux cancers constituent une priorité de santé publique au Maroc. A cet effet, le MS a entrepris la généralisation du dépistage du cancer du sein sur tout le territoire. Alors que pour le cancer du col utérin, les activités de dépistage ont été implantées au niveau de cinq régions pilotes. Bien organisés, les programmes de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus permettent d'obtenir une réduction importante de l'incidence et de la mortalité liées à ces deux cancers de 60 %, le maximum théorique étant de l'ordre de 90 % [23].

Les taux de participation à atteindre selon les objectifs du MS étaient de : 15 % en 2010, 25 % en 2011 et 40 % en 2012 aussi bien pour le cancer du sein que pour le cancer du col utérin. Après 30 ans d'implantation, le MS projette d'atteindre et de maintenir un taux de participation de 50% à 60% [24].

Au-delà de leur place dans le système de santé, les médecins généralistes, proches de leurs patientes, ont un rôle important à jouer dans ce programme de dépistage. Le MG permet de sensibiliser, d'informer et d'éduquer ses patientes.

Ainsi, la réussite de ce programme nécessite l'adhésion des femmes et des professionnels au dépistage qui reste à ce jour la meilleure action de prévention secondaire.

II. L'exercice de la médecine générale au Maroc :

Le médecin généraliste doit être le premier médecin vu par les patients, c'est lui qui gère la suite de ses soins, selon ses compétences, la gravité des symptômes et les indications.

Le généraliste suit ses patients pour tous ses problèmes de santé, aussi bien pour les maladies chroniques que pour les pathologies aiguës. Il recourt aux compétences de ses collègues spécialistes, chaque fois qu'il y a une indication, ou pour certains points du suivi régulier de ses patients.

1. L'importance du rôle du médecin généraliste dans le système de santé :

L'expérience internationale démontre que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaire avec des médecins généralistes, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique [25].

Une étude faite aux Etats- Unis a démontré que la mortalité a diminué de 14,4 morts pour 100 000 habitants pendant une période 11 ans quand le nombre de généralistes a augmenté de un médecin pour chaque 10 000 habitants (hab) [26]. Ces résultats sont importants car ils apportent une preuve plus solide de la relation entre le médecin généraliste et la diminution statistique de la mortalité. Cette étude apporte la preuve que les ressources en soins primaires sont liées à la santé de la population et peuvent aider à réduire les disparités socioéconomiques. Nous retenons aussi de cette étude qu'une médecine générale caractérisée par des soins de santé de base centrés sur la personne dans sa globalité peut aussi servir à renverser les effets négatifs des inégalités sociales sur la santé, donc on peut déduire que la promotion de la médecine générale peut être une stratégie plus facile et moins onéreuse pour lutter contre la mortalité et pour réduire les disparités socio-économiques en matière de santé.

Ainsi, un investissement en médecine générale est nécessaire pour la recherche et la qualité de prise en charge des dépenses de soins de santé de base [25].

2. L'activité des MG en gynéco-obstétrique

Plusieurs études dont une intitulée « Gynécologie et santé des femmes : état des lieux et perspectives en 2020 » [27], ont engagé une réflexion sur l'avenir de la gynécologie et la prise en charge des femmes. Il apparaît en effet devant le nombre limité des gynéco- obstétriciens, que le partage de compétences en matière de santé des femmes doit intégrer différents acteurs dont, au premier plan le MG.

Selon l'observatoire de la société française de médecine générale (SFMG) en 2005, la consultation de gynécologie arrivait en quinzième position et représentait 3,8 % des consultations de médecine générale [19].

Notre étude a montré que la consultation de GO constituait une part très importante dans leurs activités quotidiennes (62 %) et que les médecins femmes avaient une activité gynécologique plus importante (55 %) que les hommes (42 %). La thèse S. Ammajjarkou, confirme ces résultats : pour 50 % des femmes l'activité de GO représente 50% de leur activité globale, alors que pour 56,9 % des médecins hommes, la GO représente moins de 10% de leur activité [28]. La thèse COSTES M. et LOUZEU, a également objectivé que [29]:

- Les femmes ont une activité GO en hausse (46,3%) alors que les hommes la signalent majoritairement en baisse (48%).
- Les femmes réalisent 4.9% d'actes de GO avec pose de spéculum /semaine versus 2% pour les hommes.
- 72,7% d'entre elles effectuent un suivi de grossesse versus 55,3% pour les hommes.
- 2/3 d'entre elles pratiquent régulièrement un FCV alors que 2/3 des hommes n'en réalisent qu'exceptionnellement ou jamais.

- 2 femmes sur 3 instaurent ou adaptent une contraception orale régulièrement alors qu'un homme sur deux n'y est amené qu'exceptionnellement ou jamais.

La direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) a réalisé une enquête qui portait sur le contenu et l'issue des consultations et visites des MG libéraux au regard de leurs caractéristiques et de celles de leurs patients. Il apparaissait que 55 % des séances concernaient des patientes, 6 fois sur 10 le patient avait plus de 45 ans et plus de 70 ans dans 28% des cas. Il était également mis en évidence un lien manifeste entre le sexe et l'âge des médecins et celui de leurs patients : « ainsi la proportion de séances consacrées à des patientes est significativement plus élevée chez les médecins femmes que chez les leurs homologues masculins. Elles constituent 59 % des séances des médecins femmes contre 54% lorsque le médecin est un homme » [30].

La GO et plus largement la santé des femmes semblent donc être un champ d'application préférentiel des généralistes femmes par rapport aux hommes.

Au Maroc, durant les 10 dernières années la féminisation de la profession médicale est devenue une évidence ; la femme marocaine a franchi les barrières et investi la profession, notons par exemple que plus de deux sur trois des étudiants de médecine en première année sont de sexe féminin, et 60 % des étudiants qui obtiennent leur doctorat en médecine chaque année sont des femmes [32].

Ainsi la féminisation de la médecine et de la médecine générale tout particulièrement, et l'activité spécifique des médecins généralistes femmes, témoignent du rôle-clé que pourrait et devrait jouer le médecin généraliste marocain dans la prise en charge de la santé de la femme.

III. La formation des médecins généralistes

1. Historique des Facultés de médecine au Maroc

Il est important de rappeler quelques dates repères en rapport avec la formation médicale et les réflexions sur la médecine générale au Maroc [32]:

- Création des Facultés de médecine de Rabat et de Casablanca (1962 à 1975)
- Première réforme des études médicales (1983)
- Création des Facultés de médecine de Fès et de Marrakech (1999)
- Réflexion au sein de la direction des hôpitaux et des soins ambulatoire (Projet d'un atelier National sur la médecine générale au Maroc 2004).
- Le travail mené par le groupe de réflexion de l'Université Mohammed V Souissi (2004–2005) constitue un tournant important dans l'avant-projet de réforme des études médicales au Maroc.
- Ouverture de la faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda (2008).

Tableau X : Facultés de médecine au Maroc [32]

Faculté	Date de fondation	Université	CHU
Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat	16 octobre 1962	Université Mohammed V – Souissi	CHU Ibn Sina
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca	12 septembre 1975	Université Hassan II – Ain Chok	CHU Ibn Rochd
Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech	15 octobre 1999	Université Cadi Ayyad	CHU Mohammed VI
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès	20 octobre 1999	Université Sidi Mohamed Ben Abdellah	CHU Hassan II
Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda	13 octobre 2008	Université Mohamed I ^{er}	CHU Oujda

2. Les capacités de formation des professionnels de santé

La moyenne annuelle de formation des médecins généralistes par les 4 facultés de médecine et de pharmacie du pays s'établit à 800 diplômés. Les ratios personnel enseignant/étudiants calculés à partir des données du Ministère de l'enseignement supérieur dénotent des inégalités importantes entre les facultés : un enseignant pour 4 étudiants à Rabat, un pour 8 à Casablanca, un pour 25 à Fès et un pour 24 à Marrakech [10].

La moyenne annuelle de formation des médecins spécialistes est de 500 depuis 2002, ce qui ne permettra que de maintenir, à peine, l'offre actuelle en médecins spécialistes pour les 10 prochaines années. Mais cette offre est en baisse progressive en raison de l'évolution soutenue des pathologies chroniques et dégénératives consommatrices d'actes spécialisés [10].

Dans ce cadre, le défi sera d'accroître les effectifs des médecins en formation, à travers la relance de l'initiative 3.300 médecins par an à l'horizon 2020, pour faire passer, au terme de cette échéance, le nombre de médecins de 5,1 à 10 pour 10.000 habitants, et ainsi améliorer la distribution des services médicaux dans l'ensemble du pays [10].

Les ressources humaines en santé constituent l'élément moteur de tout système de santé et le principal levier de ces réformes. A ce sujet, l'OMS situe le Maroc parmi les 57 pays du monde souffrant d'une pénurie aigue en personnel soignant. Le Maroc était largement en dessous du seuil critique de 2,5 personnels de soins pour 1000 habitants, seuil nécessaire pour atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont liées à la réalisation des OMD.

La densité en personnel médical et paramédical pour 1000 habitants ne dépassait guère 1,64[10]. Ce problème se trouve aggravé par une inégale répartition géographique entre milieux et entre régions. Les écarts de densité sont importants non seulement entre les régions sanitaires mais aussi au sein de la même région [10].

Selon les données du MS (2011), le nombre de médecins est de 18 508, dont 43 % exercent dans le secteur privé ; cependant la distribution régionale de ces professionnels de santé favorise largement les régions métropolitaines [10].

En effet, 22% des professionnels publics sont concentrés dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé-Zemmour-Zâer ; c'est aussi dans ces deux régions que sont installés 50% des médecins exerçant dans le secteur libéral [10].

Bien que l'effort de recrutement du personnel de santé se soit intensifié ces dernières années, son rythme n'a pas été en mesure d'améliorer la couverture des besoins des établissements de soins, ni de compenser les départs cumulés à la retraite.

3. La réforme des études médicales au Maroc :

La dernière réforme des études médicales au Maroc remonte à 1983, sur proposition des conseils des Facultés de médecine et de pharmacie de Rabat et de Casablanca [32]: Elle avait concerné les aspects pédagogiques et institutionnels, le statut des enseignants chercheurs, celui des internes et des résidents ainsi que la création du centre hospitalier universitaire (CHU).

Sur le plan pédagogique, la réforme se basait sur les éléments suivants :

- La régulation des flux des étudiants par l'instauration d'un concours ouvert aux bacheliers scientifiques, en fonction des possibilités d'encadrement et des besoins de la société.
- La définition du profil de formation du médecin à former conformément à la situation sanitaire du pays et à la politique nationale en matière de santé de la population.
- L'organisation des études en modules indépendants avec des examens semestriel, et la possibilité de capitaliser partiellement les modules acquis ainsi que la possibilité de passer d'une année à l'autre avec des crédits de modules ou de stages.
- La réduction d'une année d'études théoriques et la prolongation de la durée des stages internés à deux ans au lieu d'une année avec le maintien d'une durée d'études globale de sept ans (Bac + 7).

Aujourd'hui après plusieurs années, nombreux facteurs sont en faveur d'une nouvelle réflexion globale sur l'ensemble des études en médecine :

- La nécessité d'évaluer et d'adapter les régimes des études en médecine selon l'évolution démographique, épidémiologique, pédagogique et scientifique.
- La nécessité d'harmoniser les études médicales et leur organisation avec les changements prévus par la mise en application de la réforme universitaire, conformément aux grandes

orientations de la charte nationale sur l'éducation et la formation ainsi que la loi 01/ 2000 relative à l'Enseignement Supérieur et les décrets pris pour son application.

– Le besoin de prendre en compte les changements intervenus dans l'organisation des études médicales dans la plupart des pays développés, et notamment en Europe et en Amérique du nord, la nécessité de prendre en considération les évolutions technologiques en médecine, les nouveaux besoins de la population en matière sanitaire et les nouvelles responsabilités de l' état dans la satisfaction des attentes de la société et de l'implication des politiques publiques en la matière sur les plans économique, organisationnel et financier.

– La nécessité de corriger les dysfonctionnements identifiés au niveau de la formation actuelle des professionnels de la santé.

4. Cursus de formation

4.1. Programme de formation des médecins généralistes

a. Déroulement des études :

Avant de prononcer le serment d'Hippocrate, 7 ans sont nécessaires pour former un médecin généraliste.

Au Maroc, l'enseignement de la médecine comprend une formation théorique de base et des stages hospitaliers, organisées en semestre de 5 mois et demie et se divisent en deux cycles d'études. Le cursus se déroule en deux cycles au sein de l'une des cinq universités ayant une faculté de médecine et de pharmacie (FMP), après avoir rempli les conditions d'accès à la faculté.

Bac scientifique (ou équivalent), pré-inscription, sélection sur la base de la moyenne générale des notes obtenues au baccalauréat, concours composé principalement de 4 épreuves principales : mathématiques, physique, chimie et sciences de la vie et de la terre.

Les deux premières années constituent le premier cycle des études médicales et sont destinées à donner une formation dans les sciences fondamentales et les sciences pré cliniques ayant pour objectif l'acquisition par l'étudiant de notions de base en sciences morphologiques comme l'anatomie, l'histoembryologie, en sciences biologiques (biologie cellulaire, cytogénétique, et biologie moléculaire), en sciences physiques, chimiques et biochimiques [33].

Ces notions fondamentales sont nécessaires pour la compréhension des grands mécanismes physiologiques qui permettent le fonctionnement harmonieux du corps humain [33]. Elles sont, par conséquent, nécessaires à la compréhension du passage de l'état normal à l'état pathologique que constitue la physiopathologie [33].

L'enseignement est dispensé sous forme de cours magistraux, de travaux pratiques (TP), et de travaux dirigés (TD). A côté de cet enseignement théorique, l'étudiant effectue ses premiers stages« sémiologie et soins infirmiers. L'étudiant est encadré par un enseignant pendant 5 demi-journées par semaine, au niveau d'un service hospitalier et d'un centre de santé.

Les objectifs de ce stage sont :

- Pratiquer les soins infirmiers de base : pansements, prélèvements, injections, perfusions...
- Apprendre à examiner un patient.
- Reconnaître les données normales et pathologiques d'un examen clinique.

Le deuxième cycle d'études médicales comprend les cinq années suivantes, durant ce cycle les sciences cliniques constituent le socle de l'enseignement comprenant la sémiologie, la pathologie et la thérapeutique. Elles sont destinées à compléter la formation donnée au cours des deux premières années dans les sciences paracliniques et comportent un enseignement théorique et pratique.

L'ensemble des modules est enseigné sous forme de cours magistraux à la faculté durant l'après-midi. Quant aux stages hospitaliers, ils prennent place dans les matinées l'étudiant assiste à une formation encadrée par le chef de service et l'équipe d'enseignants du service, dans deux services obligatoires, pédiatrie et gynécologie obstétrique, et un stage en médecine, selon la répartition des étudiants (calendrier des stages hospitaliers (annexe 3)) :

- Stages fondamentaux : médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et de soins de santé de base.
- Stages complémentaires parmi les différentes spécialités médicales.

Durant ces stages, l'étudiant est amené à assister aux visites, consultations, staffs médicaux et chirurgicaux et topos. Les externes sont assujettis aux gardes et au respect du secret professionnel et des règles d'éthique vis-à-vis des patients et aussi le personnel soignant et les enseignants.

Les stages hospitaliers ont pour objectif l'approche du malade, l'apprentissage de l'examen clinique et la familiarisation avec l'indication et la réalisation des investigations complémentaires.

Durant la 6^{ème} année de médecine, l'étudiant est affecté à plein temps au CHU où il doit effectuer quatre stages fondamentaux : de médecine, de chirurgie, de pédiatrie, de GO, ainsi qu'un stage de soins de santé de base dans un des dispensaires. L'objectif de ces stages est essentiellement l'apprentissage des conduites diagnostiques et des PEC thérapeutiques.

En 7^{ème} année de médecine, l'étudiant est affecté dans une des différentes structures hospitalières de santé publique du Maroc, en dehors du centre universitaire. Ce stage ne peut débuter que si l'étudiant a validé tous ses modules écrits et tous ses stages hospitaliers. Après avoir validé les épreuves cliniques de 7^{ème} année, l'étudiant en médecine peut soutenir sa thèse.

b. Déroulement des modules de G O:

➤ *Formation théorique*

L'enseignement théorique au Maroc est actuellement délivré aux étudiants à la faculté, le plus souvent sous forme de cours magistraux. Le cours magistral constitue la méthode pédagogique de base pour le transfert du savoir théorique de l'enseignant vers l'étudiant, avec comme support les documents photocopiés disponibles pour les étudiants afin qu'ils les consultent avant le début de l'enseignement pour mieux assimiler leur cours.

Le volume horaire de cette formation était de 90 heures [19] et elle est composée des thèmes suivants :

- Le suivi des grossesses normales
- HTA et grossesse
- Eclampsie
- Cardiopathies et grossesse
- Diabète et grossesse
- Médicaments, et grossesse
- Iso-immunisation rhésus
- Infections urinaires et grossesse
- Pathologies du liquide amniotique
- Les éléments mécaniques de l'accouchement
- Le travail en obstétrique
- Présentation du sommet
- Présentation siège
- Présentation céphalique défléchie
- Présentation épaule
- Délivrance normale et pathologique
- Les suites de couches

- Allaitement et complications
- Placenta previa
- Hématome rétro-placentaire
- Rupture prématuré des membranes
- Procidence du cordon ombilical
- Mort fœtale intra utérine
- Rupture utérine
- Utérus cicatriciel
- Grossesse et accouchement gémellaire
- Grossesse extra-utérine
- Avortement spontané à répétition
- Dépassement de terme
- Prématurité et hypotrophie
- Prolapsus génitaux
- Tuberculose génitale
- Fibromes utérins
- Endométriose
- Maladies trophoblastiques gestationnelles
- Trouble du cycle menstruel
- Les aménorrhées
- *La contraception*
- Infertilité du couple
- La ménopause
- La salpingite aiguë
- Les infections génitales chez la femme
- Tumeurs du sein
- Cancer du col utérin

- Les tumeurs ovariennes
- Cancer de l'endomètre
- Endométriose

➤ **Formation pratique**

En parallèle avec cet enseignement théorique, l'étudiant reçoit également une formation pratique au sein du CHU lors des stages hospitaliers dispensé pendant les matinées lors du 2^{eme} cycle d'une durée de 2 mois ou à plein temps pendant la 6^{eme} année.

Un enseignement complet de la médecine est théorique mais surtout pratique, l'enseignement de la médecine générale, médecine de terrain ne saurait encore moins déroger à cette règle. La compétence clinique comprend des connaissances (le savoir), des habiletés psychomotrices (le savoir-faire), et des habiletés interpersonnelles (le savoir être) [34].

Des stages cliniques hospitaliers permettent aux étudiants de mettre en application ce qu'ils ont appris de ces cours théoriques, tout en apprenant des gestes pratiques dans un contexte reproduisant au mieux celui de la médecine praticienne afin d'acquérir une compétence clinique.

La formation hospitalière est donc un passage obligatoire où l'étudiant doit s'initier à la rédaction de l'observation médicale, au raisonnement diagnostique et à l'apprentissage des gestes pratiques. Au cours du stage de GO, chaque externe est affecté dans une des unités du service, les étudiants consacrent environ le même temps dans chaque unité :

- Urgences gynéco-obstétricale
- La chirurgie gynécologique
- Unité de consultation clinique et échographique
- Service d'hospitalisation

En 7ème année de médecine (stage interné), l'étudiant est amené à mettre en pratique ses connaissances sous la tutelle d'un médecin de santé publique. L'étudiant est amené à mettre en pratique ses connaissances sous la tutelle d'un médecin de santé publique. Il doit participer à la prise en charge des malades, au système de garde et aux programmes de prévention dans les formations hospitalières périphériques et les centres de santé des différentes provinces médicales du royaume au sein d'un service de médecine, de chirurgie, de pédiatrie et de GO [33].

C'était en bref les programmes de GO enseignés dans les facultés de médecine au Maroc. Quelques différences subsistent d'une faculté à l'autre concernant le contenu des cours enseigné, ainsi que les méthodes d'enseignement théorique et pratique.

Cependant leur contenu est-il assez pédagogique et assez riche pour approcher le profil du médecin généraliste idéal ?

4.2. Pertinence des principaux objectifs acquis en GO

a. Le suivi de grossesse

La place du généraliste est essentielle dans le suivi des grossesses, le généraliste connaît la femme, ses antécédents et son histoire. Sa consultation, bien plus accessible que celle d'un gynécologue, lui permet d'être l'intervenant de première ligne des grossesses normales et de savoir orienter ses patientes vers les spécialistes adaptés en cas de complications.

Pour mener à bien, le suivi des grossesses des patientes le MG doit parfaitement maîtriser trois niveaux de compétence [35, 36] :

- La compétence à suivre une grossesse normale
- La compétence à dépister une grossesse à risque
- La compétence à travailler en réseau de soins

Les dernières recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) rappellent qu'un MG est capable de suivre une grossesse normale [37], et le collège national des gynécologues et obstétriciens de France encourage le suivi des grossesses normales par le MG [27].

Selon notre enquête, 73 % des médecins généralistes ont déclaré suivre des grossesses, cependant 27 % des médecins ne réalisent pas de suivi de grossesse par manque de formation ou de pratique, nos résultats concordent avec l'étude menée par M-F Le Goaziou où 60 % des femmes enceintes ont une grossesse normale et pourraient être prises en charge en ambulatoire par le médecin généraliste [38] ; mais n'oublions pas que ce suivi ne peut s'apprécier que par la pratique d'un examen clinique et d'une surveillance biologique conformes aux données législatives et réglementaires.

Pour réussir cette mission, il est recommandé que les médecins généralistes comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptée et qu'ils exercent selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité [39].

Les généralistes femmes étaient proportionnellement plus nombreuses à suivre des grossesses (58 %). Plusieurs études ont démontré de manière significative que les femmes réalisent plus de suivi de grossesses, notamment lors d'une enquête de COSTES M. et de LOUZEAU [29], qui montre que 72,7 % des femmes suivent des grossesses normales contre 55,3% des hommes, ainsi qu'une étude menée en Loire Atlantique et Vendée auprès de 119 MG, a montré que les médecins femmes avaient examiné 4,6 femmes enceintes par semaine contre 2,6 pour les hommes, dont 52 % dans le cadre d'une visite systématique, 28 % pour un problème lié à la grossesse et 20 % pour un événement intercurrent sans rapport avec la grossesse [40].

Dans une dizaine d'années, les médecins femmes seront majoritaires dans les différentes spécialités et surtout dans la médecine générale, ce qui signifierait plus de suivi de grossesses par le médecin généraliste, d'où la nécessité d'intégrer le MG (public et libéral) dans les programmes nationaux de suivi des grossesses et de la mise en forme de ses compétences dans la matière par une formation universitaire et post universitaire de qualité.

Ce qui pourrait être une solution : au problème de qualité et de quantité des consultations prénatales dans le cadre du PSGA et à la pénurie des gynécologues obstétriciens (2.7 Gynécologues pour 100 000 hab., contre 26 MG pour 100 000 hab) [41].

- Perspectives concernant le suivi de grossesse en médecine générale, l'exemple du réseau REPERE de prise en charge des femmes enceintes dans le nord Parisien [42] :

La France a vu émerger depuis quelques années le concept de réseau de suivi de grossesse de type hôpital-ville, pour remédier aux problèmes de prise en charge des femmes enceintes qui sont : la restructuration et la fermeture de nombreuses maternités, la baisse des effectifs professionnels, et l'engorgement des structures de naissance.

Nous allons citer l'exemple du réseau de prise en charge des femmes enceintes REPERE développé dans le nord Parisien. Cette population avait de réelles difficultés financières ou socioculturelles d'accès aux soins. Le constat fait à l'hôpital Bichat montrant que seulement 10% des échographies faites au premier trimestre étaient satisfaisantes et que peu étaient faites aux termes prévus. Ce réseau a été construit autour de 4 axes :

- Améliorer la prise en charge des femmes du secteur en assurant le suivi dès le premier trimestre.
- Assurer la formation médicale des praticiens impliqués ou souhaitant l'être.
- Améliorer le niveau de l'échographie obstétricale du secteur avec pour objectif le premier trimestre.

- Développer un dossier commun permettant l'échange d'informations autour des patientes.

Chaque structure était libre de développer ou de préciser les contours de son réseau de proximité avec les praticiens de ville de son secteur. Le réseau a mis en place un accueil des femmes enceintes au premier trimestre.

L'inscription entraîne une consultation précoce avec un médecin de l'équipe Bichat ou un des praticiens de ville du réseau. Cette consultation d'accueil permet de définir le niveau de risque de la grossesse et de l'orienter. Les grossesses à très haut risque (grossesse triple ...) sont orientées sur l'hôpital Robert Debré (maternité de niveau 3). Les grossesses à haut risque seront suivies à l'hôpital Bichat ainsi que celles à bas risque dont les difficultés sociales sont élevées. Les grossesses à faible risque pourront être suivies en ville selon le désir de la patiente. Si la femme enceinte choisit le suivi en ville, un dossier commun « ville –hôpital » sera ouvert et elle en sera le dépositaire. Dans ce cas de figure, la première consultation à l'hôpital aura lieu vers 32 SA.

Les différents acteurs du réseau s'engagent à travailler ensemble : l'hôpital s'engage à répondre dans la semaine aux interrogations des praticiens et à prendre en charge immédiatement les situations urgentes. Les praticiens recrutés par le réseau se composent de sages-femmes, MG, gynéco-obstétriciens. Ils s'engagent à se former au suivi de grossesse, 3 à 4 réunions de formation sont organisées par an, dont le contenu est défini par les praticiens libéraux et hospitaliers. Suite à ces réunions, des protocoles cliniques sont élaborés. Cette formation a été complétée par des séminaires organisés par les médecins généralistes du secteur et par la participation massive au diplôme inter universitaire (DIU) de formation des MG à la gynécologie obstétrique.

Actuellement, le suivi « au sein du réseau. » a été élargi aux médecins volontaires qui offrent des garanties suffisantes par la qualité de leur prise en charge. Cette approche moins

sélective est plus humaine et plus efficace. La femme enceinte peut ainsi être suivie par son médecin habituel ou le médecin le plus proche. Le dossier commun « ville- hôpital » dont la femme est dépositaire permet une meilleure communication entre les différents intervenants. Ainsi 2 ans après sa création, 20 % des femmes sont prises en charge par le réseau. Entre 2002 et 2003, les femmes ayant eu une échographie au premier trimestre sont passées de 55 à 65 % avec une amélioration de la qualité de cet examen.

Ainsi cette nouvelle forme de prise en charge est de nature à améliorer de façon spectaculaire le suivi de la grossesse, d'autant que la démographie sinistrée des professionnels de la périnatalité impose une mobilisation de toutes les énergies.

Cette expérience des suivis de grossesses en réseau ville-Hôpital pourrait être un modèle à suivre, pour faire face aux nombreux problèmes dont souffrent les programmes nationaux de santé maternelle, permettant aux femmes une meilleure accessibilité à des soins obstétricaux de qualité.

b. La prescription des méthodes contraceptives

La prescription des méthodes contraceptives est un domaine essentiel dans lequel les médecins généralistes sont amenés à prendre part du fait de l'évolution de la démographie médicale (diminution du nombre de gynécologues et répartition inégale sur le territoire, féminisation des médecins généralistes, etc.).

Le rôle du médecin généraliste en tant que médecin de famille, proche des patientes et plus accessible que ses confrères gynécologues, à un rôle capital dans la stratégie de choix d'une méthode contraceptive. La mise en place d'une contraception demande une consultation dédiée, afin de faire le point sur la demande de la patiente, de connaître ses connaissances sur le sujet. Un examen clinique initial est indispensable, afin de s'assurer de l'absence de motifs de contre-indication [45].

La contraception fait partie intégrante de la pratique quotidienne des médecins généralistes, d'après une étude menée en France par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, la majorité des femmes en âge de procréer (66 %) utilise un moyen de contraception [43], au Maroc le taux de prévalence contraceptive chez les femmes mariées de 15 à 49 ans a atteint 67,4 % en 2011 [44].

La contraception étant le premier motif de consultation gynécologique en médecine générale [28], la prescription d'une méthode contraceptive est donc une compétence fondamentale qui ne semble pas poser de difficulté aux MG car 86 % des MG de notre enquête avaient effectué la prescription de la contraception et parmi eux 50 % étaient des médecins femmes. Nos résultats sont semblables à ceux retrouvés dans des études similaires, dont l'étude de M. Dominique a estimé que 96 % des médecins de son étude s'occupaient de la prescription et du suivi de contraception [46], ainsi que l'enquête de E. Fontaine qui affirmait que le médecin généraliste avait un rôle dans le suivi contraceptif de 80.9 % des patientes [47].

Bien que les MG soient prescripteurs dans leur grande majorité, des moyens contraceptifs, notre étude a démontré de possibles failles dans leurs connaissances et leurs formations, 14 % des MG n'avaient pas effectué de prescription, par manque de formation ou de pratique (40 %) et par manque de demande de la part des patientes (33 %).

Le ministère de la santé dans le cadre de la promotion de la santé et de la reproduction s'est axé sur le renforcement de la formation de base des professionnels de santé en matière de planification familiale [10]. Il est donc nécessaire et recommandé que les médecins généralistes reçoivent une formation afin d'instaurer des méthodes contraceptives adaptées à leurs patientes.

c. La PEC de l'infertilité par les MG

Au Maroc l'infertilité est évaluée à 15 % selon l'Association nationale des centres de procréation médicalement assistée (PMA), elle concerne un couple sur sept [48]. L'infertilité

représente un réel problème de santé [49] et de plus en plus de couples sont demandeurs d'une prise en charge médicalisée.

Ainsi le médecin généraliste, acteur de premier recours, a un rôle important dans la prise en charge de l'infertilité notamment pour : informer les couples sur l'urgence liée à l'âge, réunir les éléments de base du bilan d'infertilité, assurer la prévention, la prise charge et contribuer au suivi des grossesses obtenues. Plusieurs revues de la littérature [50, 51, 52, 53] dont une thèse récente de médecine générale réalisée à la faculté de Toulouse [54] soulignent la place importante des soins primaires tout le long de la prise en charge de ces couples, à partir d'études auprès des patients ou de recommandations des spécialistes de l'infertilité, comme le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) ; ainsi qu'une autre étude qui a également révélé que le MG a été sollicité dans la PEC des couples infertiles en tant que premier interlocuteur du couple ; les patients les consultent le plus souvent avant de consulter un médecin spécialiste (80 %) [55].

Selon notre étude, 52 % des MG ont déclaré qu'ils ne prenaient pas en charge les couples infertiles, nos résultats semblent similaires à d'autres enquêtes, notamment une enquête menée auprès des MG qui affirme que l'infertilité constituait un motif de consultation peu fréquent, et dont la prise en charge était un réel obstacle pour 75 % des médecins, pouvant ainsi justifier qu'un médecin sur deux préfère rapidement orienter ses patients vers des praticiens plus qualifiés dans ce domaine [56]. Une autre étude révèle que 90% des médecins estimaient que leur principal rôle était d'orienter leurs patients vers les spécialistes » [57].

Notre étude montre également que les MG ont déclaré que leur connaissances étaient insuffisantes (47 % des MG) dans le domaine de l'infertilité dévoilant ainsi une insuffisance dans leur formation .Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans plusieurs enquêtes :

« La majorité des médecins généralistes (77 % des MG) considère que leurs connaissances générales sur l'infertilité étaient insuffisantes [58] », de même qu'une étude réalisée à plus grande échelle auprès de 414 MG qui avait évalué les perceptions et les attitudes de ces derniers

face à la prise en charge initiale d'un couple infertile, l'étude concluait à la nécessité d'améliorer leur formation pour une prise en charge optimale de l'infertilité [59] ».

Ainsi, l'amélioration de la formation des MG et la mise en place de formation continue ayant pour thème l'infertilité en soins primaires permettraient de faciliter leur implication dans la prise en charge des couples infertiles.

d. Dépistage des cancers gynéco mammaires par les MG :

Au Maroc, les cancers du sein et du col utérin constituent un véritable problème de santé publique, ils sont les plus fréquents car ils représentent environ 5 cancers sur 10 chez la femme [60]. Ils sont diagnostiqués à des stades très tardifs ce qui retarde leur prise en charge thérapeutique et rend difficile leur guérison. Depuis la mise en œuvre du plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010–2019 (PNPCC), en 2010, le cancer du sein fait l'objet d'un dépistage à l'échelle nationale, celui du cancer du col est proposé au niveau de six régions et sera étendu à l'ensemble des établissements de soins de santé de base d'ici cinq ans[61].

Les médecins généralistes sont des acteurs essentiels du dépistage des cancers, en raison de leur place centrale dans le système de soins et de leur rôle de premier plan en matière d'information, de sensibilisation et d'orientation du patient. Notre étude a montré que 76% des MG réalisaient des examens de dépistage. L'examen clinique des seins, l'inspection visuelle du col avec l'acide acétique et le FCV sont les tests de dépistage des cancers du sein et du col utérin retenus par le programme marocain de détection précoce des cancers. Ils sont acceptables, peu onéreux et sont fiables.

Les ressources humaines constituent l'un des piliers pour la réussite des activités de ce programme, le renforcement des compétences des intervenants dans le secteur de la santé est nécessaire. Dans ce sens, des sessions de formation des professionnels de santé en matière de détection précoce de cancers du sein et du col de l'utérus, ont été réalisées avant la mise en œuvre des activités du programme.

➤ Dépistage du cancer du sein

La probabilité de développer un cancer du sein durant la vie d'une femme est de 13,3 % : soit une femme sur huit [62].

Une enquête menée au Maroc, dans le cadre de dépistage du cancer du sein montre que parmi 63% des femmes qui déclarent connaître le cancer du sein, une petite minorité (18 %) fait référence à la mammographie et 11 % à la palpation des seins [63]. Une autre enquête a révélé que 94% des MG proposent une mammographie de dépistage au cours du suivi de leurs patientes (31 % systématiquement et 63 % si facteurs de risques), l'âge de début de dépistage est de 40 ans pour la majorité des médecins [64]. La pratique de la mammographie de dépistage semble être un outil incontournable pour les MG dans le suivi gynécologique de leurs patientes.

D'ailleurs, la grande majorité des médecins généralistes considéraient que c'était leur mission de favoriser la pratique des dépistages des cancers et 90 % d'entre eux considéraient aussi que la pratique du dépistage de masse les confortait dans leur rôle d'acteur de santé publique [65].

Le médecin généraliste pourrait donc (notamment dans le cadre d'un programme de dépistage collectif):

- Jouer un rôle clé dans la sensibilisation (surtout convaincre les femmes de l'indispensabilité du dépistage) que ça soit au niveau des campagnes nationales de sensibilisation et de dépistage ou bien de façon individuelle, lui le professionnel médical le plus proche de la population cible, notamment les femmes les plus jeunes qui se sentent moins concernées par le cancer de sein.
- Toucher la population de femmes qui résistaient au dépistage :
 - Celles qui semblaient mettre psychologiquement à distance la mammographie et le cancer du sein.

- Celles qui avançaient des motifs conjoncturels pour manquer le dépistage.
- Celles qui ne se sentaient pas concernées par le cancer et la prévention et qui consultaient fréquemment le médecin généraliste pour des pathologies chroniques
- Améliorer l'accessibilité au dépistage du cancer du sein, en touchant la population cible non couverte par les gynécologues.

Enfin, l'adhésion des patientes au dépistage nécessite plusieurs niveaux de communication au cœur desquels le MG a une place incitative, notamment dans le recrutement des femmes et dans la sensibilisation des patientes à un suivi régulier.

➤ Frottis cervico-vaginal (FCV) et cancer du col

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer de la femme après le cancer du sein. Le cancer du col de l'utérus a provoqué en 2005 près de 260 000 décès, dont près de 95 % dans les pays en développement, pays dans lesquels ce cancer est la première cause de mortalité par cancer dans la population féminine [66 ,67].

Au Maroc on compte environ 2000 nouveaux cas du cancer du col par an et les 2/3 des cas sont diagnostiqués et pris en charge à un stade avancé [68]. À cet effet, un programme de dépistage du cancer du col à l'échelle nationale a été mis en place basé sur l'utilisation de l'inspection visuelle sous acide acétique (IVA) comme outil de dépistage, IVA constitue la méthode la plus recommandée et la plus accessible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les pays aux ressources restreintes. Ainsi qu'un autre moyen de dépistage, simple, non douloureux et peu coûteux dont l'efficacité a été prouvée, il s'agit du frottis cervico-vaginal (FCV) qui peut être réalisé par tous les médecins.

Le dépistage du cancer du col utérin par examen systématique, à l'aide du FCV, a d'emblée prouvé son efficacité dans les pays industrialisés en réduisant la mortalité par ce type de cancer de plus de 50 % [69–70]. Cependant, les patientes qui recourent au frottis cervico-

vaginal, le font de manière individuelle et sporadique, et sont généralement d'un niveau économique assez élevé, raison pour laquelle cette pathologie est plus présente dans le milieu rural et parmi la population défavorisée.

Une enquête menée au Maroc auprès de 71 médecins généralistes montre que 49,3 % des médecins interrogés, ignoraient l'existence d'un plan national de prévention et de contrôle du cancer au Maroc et 54,9 % ont reconnu l'existence d'un registre du cancer au Maroc. Concernant la pratique d'une l'IVA, 8,5 % des médecins interrogés avaient déjà fait une IVA. Le motif majeur de non pratique de l'IVA du col était le manque de formation dans 90,1 % des cas. Tous les médecins interrogés pensaient qu'un MG doit apprendre à pratiquer le FCV mais 92,8 % ne l'avaient jamais pratiqué. La principale raison de non pratique du FCV était le manque de formation selon 95,5 % des MG [68].

Selon notre étude, La pratique du FCV est peu répandue puisque 45 % des médecins ne réalisent jamais de FCV ou rarement 40 %, ils ne sont que 15 % qui le réalisent régulièrement. Il n'existe pas pour cette pratique de différence significative selon le sexe contrairement à l'âge où les MG âgés entre 40-49 ans effectuent plus de FCV que les autres tranches d'âge.

Nos résultats sont semblables aux données de la littérature, une étude a montré que 100 % des MG ne réalisent pas de FCV, dont 39 % ne savent pas en faire, 31,25 % préfèrent les adresser aux laboratoires et 27 % n'ont pas le matériel nécessaire [28]. Ainsi que l'étude de C. MAGALI et de LOUZEU a démontré que 37,5 % des MG effectuent des FCV régulièrement et 62,5 % ne l'effectuent qu'exceptionnellement ou jamais [20].

Selon notre enquête, les MG qui ne réalisaient pas ou peu de FCV, ont déclaré que le manque de formation ou de pratique (52 %) constituaient les principales raisons de non pratique. D'autres enquêtes menées, ont révélé que la formation sur la pratique du FCV était très faible, uniquement 5,6 % avaient déjà reçu une formation sur la pratique du FCV. Ce qui reste très en

dessous des chiffres retrouvés dans une étude tunisienne où 56 % des MG ont déjà reçu une formation pratique sur le FCV [68].

Ce nombre très réduit de médecins formés explique largement la pratique très faible du FCV par les MG où presque la totalité des médecins 92,8 % ne l'avaient jamais pratiqué chez leurs patientes et où le manque de formation était la principale raison de non pratique du FCV chez presque tous les médecins 95,5 % [68]. Ce manque signe l'importance d'une formation organisée dans ce domaine qui doit être prioritaire dans tout programme de dépistage du cancer du col. Cette pratique presque inexistante de FCV est très en dessous des chiffres retrouvés en France où 79 % des MG ont déjà pratiqué un FCV [71] et des chiffres de l'étude tunisienne où 41,25 % MG ont déjà pratiqué un FCV [72]. En Bretagne, 80 % des médecins déclaraient réaliser le FCV [73].

Une étude réalisée sur 1620 femmes de 18 à 80 ans, afin d'évaluer le taux d'incidence du cancer du col utérin et d'estimer l'intérêt du FCV dans le diagnostic, a constaté que le nombre de frottis cervico-vaginaux réalisés dans la région est faible, les raisons qui ont été avancées pour expliquer cela sont [74] :

- L'éloignement des centres de soins de base donc la difficulté d'acheminement des lames et de communication des résultats,
- L'effectif insuffisant et non qualifié de personnel, notamment des médecins généralistes. (Manque de formation)
- L'absence de gynécologue sur place.

L'optimisation de la formation initiale et continue des médecins généralistes permettrait probablement d'augmenter le taux de couverture par frottis.

Ainsi nous pensons que les MG devraient être formés pour réaliser un FCV de qualité, l'interprétation de ses résultats, et aux moyens de sensibilisation des femmes, tout en travaillant en correspondance avec un gynécologue leur adressant les femmes aux FCV anormaux.

e. Prise en charge des urgences GO

Les accidents aigus en rapport avec les pathologies gynéco-obstétricales se rencontrent partout dans le monde. Beaucoup de femmes souffrent de lésions graves voir permanentes, de lésions en rapport avec les complications de la grossesse et/ou de l'accouchement. Nous distinguons : les urgences mettant en jeu le pronostic vital fœtal et/ou maternel (la rupture cataclysmique d'une grossesse extra-utérine; la rupture utérine etc....) et celles qui ne compromettent pas forcément ou pas dans l'immédiat le pronostic vital (endométrite, annexite...) [75].

La mortalité maternelle constitue une véritable tragédie. Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement où elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité fœto-maternelles élevées. Son ampleur a entraîné une prise de conscience tant au niveau national qu'international. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que dans le monde plus d'un ½ million de femmes meurent suite aux complications; ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour cause de procréation [76].

En Afrique les urgences gynéco-obstétricales seraient responsables de 30 à 98% de la mortalité maternelle globale avec comme chef de fil les hémorragies [77]. Il a été démontré que 69% de ces décès sont évitables ; des risques graves auxquels les parturientes sont très souvent exposées sont étroitement liés [77] :

- A l'insuffisance des structures hospitalières.
- Au manque de personnel qualifié.
- Au bas niveau d'instruction et socio-économique de la population.

- Au problème de l'accessibilité géographique de nos centres de santé.

Selon notre étude, 56 % des MG déclarent pec les urgences gynécologiques et obstétricales, ces résultats sont semblables à une étude : on constate que les médecins généralistes interrogés prennent en charge en ambulatoire la quasi-totalité des urgences gynéco-obstétricales [78]. Cependant, 44 % des médecins n'effectuent pas de PEC des urgences GO par manque de formation ou de pratique (26 %) et par la présence d'un gynécologue à proximité (26 %).

La formation des MG en GO est donc un enjeu majeur pour le système de santé. Elle doit permettre de compenser principalement la pénurie des médecins ainsi que d'assurer un accès équitable au dépistage et aux soins.

4.3. Appréciation de la formation théorique et pratique en GO :

Les MG interrogés considèrent la formation initiale en GO comme étant peu adapté à leur pratique quotidienne et connaît beaucoup de défaillances sur le plan théorique et pratique.

➤ Opinion des MG à propos de la formation théorique :

Concernant la formation médicale initiale, les MG ayant participé à notre étude ont déclaré que la formation initiale en GO était peu satisfaisante selon 44 % des médecins et satisfaisante pour 40 % des MG. Le cours magistral était le principal mode de formation reçu en GO pour 97 % des médecins.

En effet, l'enseignement magistral reste la pierre angulaire de la formation médicale initiale actuelle au Maroc. Il présente plusieurs avantages, en permettant idéalement : d'établir un premier contact entre enseignant et étudiant, d'exposer les objectifs pédagogiques et de donner des éléments de motivation aux étudiants ; de délivrer un message structurant accentuant les points essentiels et l'information utile et pertinente, même si l'exposé n'est pas exhaustif , de présenter une information régulièrement actualisée , de faciliter la compréhension

et la mémorisation par un exposé interactif et illustré par une iconographie (ce qui est vu et entendu est mieux mémorisé que ce qui est uniquement lu) ; de conseiller sur les modalités du travail personnel, notamment en ce qui concerne le choix des référentiels ; de former des étudiants aptes à la critique scientifique ; de répondre aux interrogations des étudiants.

La présence au cours magistral, la motivation à un travail personnel, et la réalisation simultanée des stages hospitaliers et de l'enseignement théorique, sont favorables à l'acquisition des connaissances par les étudiants.

A beaucoup d'égards, le cours magistral est d'autant plus contributif qu'il est interactif et permet la communication entre enseignants et étudiants. Cependant, l'enseignement magistral fait l'objet de critiques de la part des étudiants, ceux-ci lui reprochent souvent son côté scolaire, passif, consommateur de temps, et l'accusent parfois d'être peu formateur. Lors de notre enquête 45 % des MG ont déclaré que le programme était chargé et contenait des notions supplémentaires non importantes et 27 % avaient répondu que les méthodes d'enseignement étaient non adéquates.

On assiste donc à une remise en cause des méthodes d'enseignement avec une responsabilisation des étudiants. D'une éducation centrée sur l'enseignant, une perspective est d'aborder une éducation centrée sur l'apprentissage. L'ouvrage d'Y.MATILLON et P.DURIEUX expose les mutations nécessaires au niveau des études médicales : les modalités d'enseignement doivent être modifiées. L'enseignement doit être plus personnalisé et interactif, il doit favoriser la réflexion individuelle et la recherche par l'étudiant lui-même de solutions à des problèmes concrets [79].

L'enjeu est de former des médecins autonomes, désireux et capables d'entretenir et d'améliorer leurs connaissances, aptes à résoudre des problèmes de santé dans leur globalité, notamment en première ligne [80,81]. « Le but est de faire quitter à l'apprenant son rôle passif et de créer un environnement où les apprenants s'impliquent activement dans la construction de

leurs connaissances et où ils utilisent les habilités cognitives qu'ils ont à développer, telles que la capacité à résoudre les problèmes et la pensée critique » [82,83].

Il semble donc que l'enseignement traditionnel de la gynécologie obstétrique ne soit plus la méthode d'enseignement privilégiée, les médecins ayant participé à notre enquête, ont également déclaré que l'enseignement dispensé sous forme de cas cliniques constitue une bonne méthode d'enseignement selon 43 % des MG.

➤ **Opinion des MG à propos de la formation pratique**

Concernant la formation hospitalière, notre étude, a révélé que 44 % des MG étaient peu satisfaits de leur stage hospitalier alors que 38 % des médecins étaient satisfaits de leur formation qui semble obligatoire dans l'apprentissage de la spécialité. Une enquête, réalisée à Casablanca objective que 60 % des médecins estiment que leur formation initiale en GO est suffisante. Néanmoins, l'analyse de leurs points de vue sur la formation universitaire en GO montre que 92% des médecins pensent que la formation universitaire en GO doit être améliorée au niveau du stage d'externat (80,4 %) et le stage d'internat de la septième année (69,6 %) [67]. ces résultats sont similaires à ceux obtenus lors de notre enquête.

Plusieurs études ont été réalisées concernant la formation initiale des MG en matière de GO pour mieux comprendre les raisons de non satisfaction des MG de leur formation pratique. C'est ainsi que, l'analyse de la littérature est parfois tout aussi sévère : « La formation médicale initiale, délivrée dans un milieu hospitalier de plus en plus spécialisé privilégie l'étude du fonctionnement des organes. Elle a souvent une dimension encyclopédique fondée sur l'accumulation des connaissances, bien moins sur leur hiérarchisation et leur utilité, assez peu sur leur adaptation à un patient donné » [84]. Selon l'enquête d'Ammajarkou S., 79,32 % des MG ont reproché à leur formation initiale d'être plus théorique que pratique et que leur encadrement pratique était très restreint à cause du nombre important d'étudiants mais aussi du manque d'enthousiasme des encadrants pour l'enseignement [28].

Certains sont peut-être déçus par leurs stages, les réduisant parfois à de simples spectateurs [36]. Ainsi, la majorité des médecins trouvent des difficultés à la réalisation des gestes de GO qui demandent plus de pratique : le FCV, la pose de stérilet, et l'extraction instrumentale (ventouse). Selon notre enquête, les médecins n'avaient pas acquis les gestes suivants: poser un stérilet 48 %, pratiquer un FCV 57 %, réaliser une épisiotomie 40 %, et l'extraction instrumentale 67 %. Toutefois ils sont aptes à effectuer la pose de spéculum 79 %, la palpation des seins 95 % et la pratique des touchers pelviens 90 %. Ceci a des répercussions sur leurs pratiques en GO et donc sur la qualité des soins de GO délivrés à la femme.

L'étude de S. Humeau, a mis en évidence que les patientes suivies exclusivement par leur médecin généraliste, ces derniers ne pratiquent un examen gynécologique que dans 50% des consultations et que lors de ces examens gynécologiques, les gestes réalisés sont variables (79 % d'examens au spéculum, 77 % de touchers vaginaux, 61 % frottis, 89.5 % d'examen des seins) [85].

Dans l'étude, « Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennaise »: une liste des besoins éducatifs en gynécologie a été élaborée à partir de deux sources différentes. Elle s'est appuyée sur la littérature internationale et d'autre part sur l'avis de MG installés, 200 médecins ont rempli des questionnaires concernant leurs besoins en formation médicale [86]. Ils ont sélectionné six sujets de gynécologie sur 18 leur semblant nécessiter un enseignement prioritaire au cours des stages hospitaliers. Chaque objectif éducatif ainsi mis en évidence a été confronté aux différentes situations pédagogiques du service de GO. Les deux principales sources d'enseignement mises en évidence sont la consultation et l'enseignement au lit du malade, qui permettent d'atteindre respectivement 47 % et 16,5 % des besoins pédagogiques. C'est dire l'importance d'un apprentissage au lit du patient, permettant la confrontation du savoir théorique au savoir pratique [87,88].

En effet lors de notre enquête, 75 % des MG ont déclaré que le stage était très important durant leurs parcours universitaire, en revanche, parmi les activités les plus enrichissantes que les MG ont évoquées durant leur passage hospitalier était : les gardes (73 %), la participation aux topos et staff (34 %), la consultation médicale (28 %) enfin la participation à l'étude de cas clinique (19 %). Le manque d'encadrement des étudiants ainsi que le manque d'enseignement du raisonnement médical constituaient les principales causes de non satisfaction des médecins de leur formation en milieu hospitalier, tandis que 50 % d'entre eux trouvaient que la durée était insuffisante afin d'acquérir l'ensemble des objectifs fixés par le service.

Nos résultats sont similaires à une enquête réalisée à Casablanca auprès des MG, qui a révélé que parmi les raisons de non satisfaction de leur formation initiale en GO sur le plan pratique étaient principalement représenté par un manque d'encadrement et de supervision des étudiants (23,83 %), ainsi que le manque d'équipement et de matériels nécessaires pour la réalisation des gestes pratiques était une raison trouvée chez 15,7 % [28].

Les éducateurs médicaux pourraient améliorer la pratique de leur métier en étant conscients que [89, 90, 91,92]:

- Les étudiants sont des collaborateurs actifs dans le processus d'enseignement, par le biais de leurs interactions dans l'environnement pratique.
- L'apprentissage est lié et intégré à la résolution et à la compréhension de problèmes pratiques qui se présentent dans le monde réel.
- Les connaissances et l'expérience préalables des étudiants sont d'une importance cruciale dans le processus d'apprentissage, dans la pratique et dans l'acquisition de nouvelles perspectives.
- Les valeurs, les attitudes et les croyances des étudiants ont une influence sur leur apprentissage et sur leurs actions, et on devrait les examiner et les modifier au besoin.

- Les étudiants sont munis d'une capacité d'autorégulation lorsqu'il s'agit de fixer des objectifs, de planifier des stratégies et d'évaluer leurs progrès.
- La réflexion des étudiants sur leur rendement dans la pratique est un élément crucial de l'apprentissage autodirigé permanent qui doit continuer pendant toute leur vie.

IV. La formation médicale continue

La médecine, comme toutes les matières scientifiques évolue constamment au gré des découvertes.

Nous savons que la plupart des connaissances acquises tout au long de notre formation initiale seront obsolètes au cours de notre exercice, remplacées par de nouvelles données. La FMC doit s'intégrer dans la pratique quotidienne de tout médecin.

Le maintien des compétences représente une obligation déontologique mais surtout une responsabilité personnelle, en dépend le bien être de chaque individu et au-delà de la population dans son ensemble.

La FMC est indispensable mais elle ne peut remplacer une formation initiale désadaptée à la réalité, cette dernière doit en effet permettre l'acquisition du savoir, du savoir-faire, du savoir être et des modes opératoires rendant le médecin directement efficient et adaptable. La formation continue doit amener au renouvellement et à la mise à jour des connaissances médicales des médecins.

En effet, 55 % des médecins ayant participé à notre enquête avaient bénéficié d'une formation en GO, ce qui est relativement important si l'on considère que la formation initiale était peu satisfaisante pour 44 % des médecins de l'étude.

Ce qui témoignerait de l'intérêt que porte le MG, conscient des lacunes de sa formation initiale et des besoins de ses patientes, à la formation continue en GO.

La principale source de formation utilisée était représentée par les congrès scientifiques (25 %) ; L'aspect pratique et interactif de ce mode de formation qui est basé sur des communications orales ou par affiche avec de nombreux spécialistes et des chercheurs dans le domaine de la GO expliquerait son positionnement en 1er rang.

Le deuxième mode de formation choisi par 20 % des médecins était les ateliers pratiques. Ce mode de formation est particulièrement prisé pour son côté pratique et convivial et dans son analyse sur la formation de groupe.

Au même rang, 20 % de MG avaient également eu recours aux revues scientifiques.

L'accessibilité de ce support d'enseignement pourrait expliquer son positionnement en deuxième rang.

Les autres réponses comprenaient les sites internet (18 %) et les séminaires de FMC (16%).

En analysant nos résultats en fonction du sexe, nous avons trouvé que les médecins de sexe féminin participaient autant que leur confrères de sexe opposé dans la formation continue , les même résultats peuvent être constatés lorsqu'on compare les médecins de notre étude en fonction de l'âge, c'est ainsi que la participation des médecins d'âge jeune ne semblent pas être différente de celle des médecins d'âge moyen et des médecins âgés de 60 ans et plus, et elle est importante pour les trois catégories.

On a pu donc conclure que le sexe et l'âge n'avaient pas d'influence sur la motivation des médecins généralistes pour participer à une action de FMC.

Cependant, en comparant la participation des MG aux FMC en fonction du type d'activité, on a objectivé que les médecins du secteur privé participaient d'une manière un peu plus importante que ceux du secteur publique (40 % du secteur privé contre 50 % du secteur public).

Cela peut être expliqué , selon une enquête, par la répartition des activités dans les centres de santé, en fait certains médecins du secteur publique avaient une activité de GO très importante et faisaient beaucoup d'actes (pose de DIU, examen par le spéculum, réalisation d'échographie obstétricale...), tandis que les autres le faisaient d'une manière moins importante et ce n'étaient pas le cas pour les médecins du secteur privé qui devaient être capables de réaliser le maximum d'actes de GO afin d'assurer une surveillance adéquate et régulière de leurs patientes[67].

Les médecins n'ayant pas participé à une action de FMC représentaient 45 % de l'ensemble des généralistes concernés par notre étude.

Le manque de demande de la part des patientes (38 % des MG), l'accès difficile aux informations pertinentes (30 % des MG) et les grandes distances avec les centres de formation constituaient les principales raisons de leur non-participation.

Le manque de demande, étant la première cause citée par les médecins généralistes, nous amène aux interrogations suivantes : Est-ce réellement la cause de non sollicitation des femmes qui entraîne une absence d'exercice de la GO, et qui rend donc toute formation inutile ? Ou bien est-ce à l'inverse le corps médical qui, par manque d'intérêt ou de compétence, éprouve des difficultés à proposer un suivi gynécologique et obstétricale ?

Se pose ici le problème de l'analyse des besoins de formation par les médecins eux-mêmes qui n'est pas toujours en accord avec la réalité. De nombreux auteurs se sont intéressés aux limites de l'auto-évaluation, distinguant ainsi les besoins ressentis par les participants des besoins démontrés, les besoins perçus de ceux mal ou non perçus, ou encore les besoins exprimés des besoins scotomes (besoins réels mais non perçus d'emblée) [93, 94, 95].

L'étude de H.et all [96], « cette non-perception de besoins pourtant évidents aux yeux d'observateurs extérieurs, peut être attribuée soit à des mécanismes de défense de la part du participant, soit à une méconnaissance profonde de sa pratique (par définition, on ne reconnaît

que ce que l'on a déjà connu). ». Il nous semble important de connaître les besoins réels de cette catégorie de médecins.

Une autre explication à ce sentiment de manque de demande de la part des patientes serait l'adaptation de la clientèle au médecin. Il existe une relation symétrique entre ces deux entités : « Le patient fait le médecin et le médecin fait le patient » [97]. Une adaptation s'esquisse ainsi entre le médecin et le patient, chacun choisissant l'autre [98]. On peut comprendre qu'une offre ne se dessinant pas d'un côté, une demande n'apparaîtra pas de l'autre.

Parmi les participants de notre enquête, il semblerait que le contenu de ces formations ne réponde pas toujours aux attentes des médecins, ceux-ci souhaitant essentiellement pouvoir participer à des séances pratiques afin d'améliorer leur aisance dans la réalisation de certains gestes techniques.

Les médecins relativement jeunes (moins de 40 ans) ont exprimé plus d'intérêt pour les gestes techniques.

Dans une étude réalisée par G. Levasseur, 22 % uniquement des médecins participaient à des FMC en gynécologie [93]. Dans cette étude, les motifs des non participants ont été analysés :

- 50,6 % ont signalé le manque de temps
- 13,8 % avancent le manque de besoin ressenti
- 12,6 % se justifient par le manque de demande de consultations en GO ;
- 23 % expliquent d'autres motifs (le manque de qualité de ces FMC, le manque de proposition pour en faire, la difficulté pour être remplacé, l'éloignement, le manque de repos, ...). 41,7% des participants aux FMC semblaient satisfaits de la qualité de ces FMC même s'ils ne sont que 22% à y participer (à noter 51% de non-répondants à cette question).

Les attentes de ces médecins dans ces FMC sont, dans 64,5 % des cas, l'amélioration de leurs connaissances puis l'apprentissage des gestes techniques.

Ce besoin d'apprentissage des gestes en matière de gynécologie a été cité de nombreuses fois dans notre étude et concernait notamment : la pose de stérilet, la pose des implants contraceptifs et la réalisation de frottis [93].

Nous avons proposé aux MG ayant effectué une FMC en GO plusieurs thèmes, Il en ressort que les principaux sujets choisis sont la prescription de la CO (23 %), la prise en charge des urgences gynécologiques (24 %) et obstétricales (20 %).

Les FMC sont donc une occasion pour les généralistes de parfaire leurs connaissances en GO, pourtant une faible part de ces médecins y participe.

V. Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude s'est proposé de faire une appréciation du programme des études médicales en GO, aussi bien sur le plan théorique que pratique, selon le point de vue du médecin généraliste. L'avantage de cette démarche est d'offrir une vision des différentes dimensions de ce programme à travers une enquête réalisée au sein de la ville de Marrakech.

Considérer le point de vue du médecin généraliste est un atout majeur pour notre étude, car cet acteur bien que central, a très peu donné son point de vue sur la qualité des études médicales et surtout en matière de GO à laquelle il est confronté chaque jour.

L'échantillonnage accidentel peut constituer un point faible pour notre étude.

Nous avons opté pour un questionnaire auto administré, ce qui nous a permis de limiter les biais d'informations lié à la présence d'un intermédiaire, cependant il ne faut pas omettre le risque de la subjectivité des participants.

Notre questionnaire se constituait de questions à choix multiples, leur interprétation nous a été difficile et peu évidente. L'ordre de préférence des réponses pour ces questions aurait pu être demandé afin de faciliter l'interprétation des résultats.

Enfin, les résultats obtenus peuvent servir de référence dans le cadre d'évaluations ultérieures qui renseigneront les décideurs sur l'évolution de la perception des médecins généralistes par rapport au programme des études médicales.

VI. Propositions et perspectives

Dans cette partie, nous proposons des solutions qui pourront permettre, d'une part l'amélioration de la formation initiale des étudiants au stade d'apprentissage et d'autre part, l'actualisation des connaissances des médecins déjà installés pour l'amélioration des soins offerts à la population en général, et à la femme en particulier.

Ces dernières années ont vu l'introduction de nouvelles méthodes d'enseignement médical sur le plan théorique et pratique.

La formation théorique obéit encore à des méthodes pédagogiques, non adaptées à l'enseignement, à la limite doit-on se poser la question : devrions-nous parler de pédagogie médicale ? [99, 100].

En 1958, M. Knowles introduisait le terme « andragogie » pour la formation [101], ce terme définit l'apprentissage des adultes et les méthodes qui s'y rapportent [102]. Ce courant andragogique, implique une prise en charge de la responsabilité et des moyens d'apprentissage par l'apprenant lui-même. Ainsi au lieu « d'enseigner trop et apprendre peu », peut-on « apprendre trop et enseigner peu ». On devrait donc parler « d'andragogie universitaire » plutôt que de « pédagogie universitaire » [103,104]. Des facultés nord-américaines et européennes l'appliquent déjà depuis des années, alors que, nos institutions marocaines ne l'ont pas encore pris en compte et l'enseignement médical de type magistral se perpétue devant des

amphithéâtres qui se vident et dans lesquels les quelques présents s'ennuient considérablement [104].

Les méthodes andragogiques font appel, d'une part à la pratique réflexive qui a stipulé que la théorie formelle est souvent inutile pour résoudre les problèmes moins bien définis et indéterminés de la pratique réelle ; Les connaissances professionnelles (l'enseignement théorique) sont directement liées à la compétence pratique et aux activités professionnelles réelles [105, 106]. D'autre part à l'apprentissage transformationnel qui se définit comme étant un processus social au moyen duquel on construit et on intériorise une interprétation nouvelle ou modifiée du sens que l'on donne à son expérience, pour servir éventuellement de guide à l'action [107].

L'adulte apprend dans un but souvent pragmatique, grâce à des associations idée – image, moyens mnémotechniques, anecdotes... [108, 109, 110 ,111]. Il se formera dans un temps défini avec un objectif précis et des outils d'enseignement appropriés [104,112]. Un exemple type de « méthodes andragogiques » développé dans le monde médical est « l'Apprentissage Par Problème » qui se caractérise par une très grande réduction du nombre d'heures passées en cours traditionnels, dont le contrepoids est l'accroissement du temps disponible pour les études autodirigées.

Les étudiants se rencontrent en petits groupes de travail (normalement de 4 à 10 personnes). Ces petits groupes sont guidés par un membre de la faculté et les étudiants se penchent sur la discussion d'un cas d'étude qui représente un problème clinique. Pendant ces séances d'étude, les étudiants identifient des points qu'ils ont besoin d'apprendre (appelés points d'étude) [113,114].

Enfin, ces méthodes andragogiques amènent l'apprenant à raisonner et à manager les différentes situations selon une logique de progression : les objectifs, les moyens, la méthode, le contrôle de la procédure, les résultats et la lecture clinique [105,106].

Concernant la formation hospitalière, l'évaluation de la compétence clinique fait partie intégrante de l'apprentissage et modèle fortement la façon dont les étudiants vont apprendre, en les stimulant et les guidant dans leurs apprentissages, réveillant une motivation chancelante [115]. Ceci a entraîné le développement de méthodes d'évaluation basées sur l'observation de la performance réelle des étudiants en action avec des patients.

L'examen clinique objectif structuré ou ECOS a été développé par Harden, dans le but d'évaluer toutes les composantes de la compétence clinique de façon planifiée et structurée par l'observation directe des étudiants mis en situation clinique [116,117] :

Un examen ECOS est composé d'une séquence de situations cliniques présentées dans différentes «stations» de quelques minutes chacune, constituant un «circuit» à travers lequel les étudiants font la rotation. Les candidats interagissent avec un patient simulé et standardisé et doivent compléter une série de tâches prédéterminées. Leur performance est évaluée par un observateur-examineur qui utilise une grille d'observation spécifique au contenu de la situation et aux tâches demandées. Dans certains cas, la station d'interaction médecin-patient («station stimulus») est suivie d'une station questionnaire où le candidat répond à des questions écrites reliées aux informations qu'il a obtenues à la station précédente. Peuvent être ainsi évaluées pour tous les cas, les habiletés de l'interrogatoire, de l'examen physique, des investigations complémentaires, de la conduite diagnostique et thérapeutique; couvrant ainsi pratiquement toutes les facettes de la compétence clinique.

Depuis 20ans cette technique d'évaluation a connu un très fort engouement et s'est développée de façon exponentielle. L'ECOS a prouvé sa validité et émerge maintenant au sein des principales facultés nord-américaines et anglo-saxonnes comme le «gold standard» pour évaluer la compétence clinique. Cette technique est également adoptée par plusieurs services dans les CHU marocains, dans l'évaluation de fin de stage, sa généralisation nous paraît d'un grand intérêt, notamment pour les services de gynéco-obstétrique. L'étude « Évaluation au cours de la formation initiale de la compétence clinique en Gynécologie Obstétrique: approche

innovatrice basée sur l'observation de la performance par l'examen clinique objectif et structuré (ECOS) »[118], conclut à la faisabilité d'un ECOS pour la Gynécologie Obstétrique au cours de la formation initiale avec des caractéristiques psychométriques adéquates à chaque contexte.

Pour les médecins déjà installés, la FMC ne devra pas tarder à devenir obligatoire dans notre pays, elle est actuellement une obligation et une priorité pour la plupart des pays occidentaux. Le respect de cette obligation est d'autant plus important que l'on estime que la totalité des connaissances médicales double à peu près tous les huit ans et que la « demi-vie » des connaissances médicales est de cinq ans [123].

Certes le MG doit faire une démarche personnelle et active afin de combler les lacunes de sa formation initiale, de développer de nouvelles compétences et d'acquérir un esprit de critique scientifique, mais l'université médicale se voit confier plus que jamais la mission de formation initiale et continue, qui doit rester en prise directe et permanente sur la recherche si elle se veut de qualité.

La majorité des pays utilisent un système de « crédit horaire » pour promouvoir l'enseignement post universitaire, une heure consacrée par le médecin à une activité de formation correspondant à un crédit. La médecine évolue rapidement, ce qui était valable hier ne l'est pas forcément aujourd'hui [120].

L'approche canadienne du principe de formation continue est originale et nous semble pertinente. Elle se base sur le principe que le maintien des compétences est d'abord et avant tout la responsabilité personnelle du médecin. Cette responsabilité individuelle ne restreint cependant en rien la responsabilité des Ordres de Médecins de s'assurer des compétences de leurs membres [121].

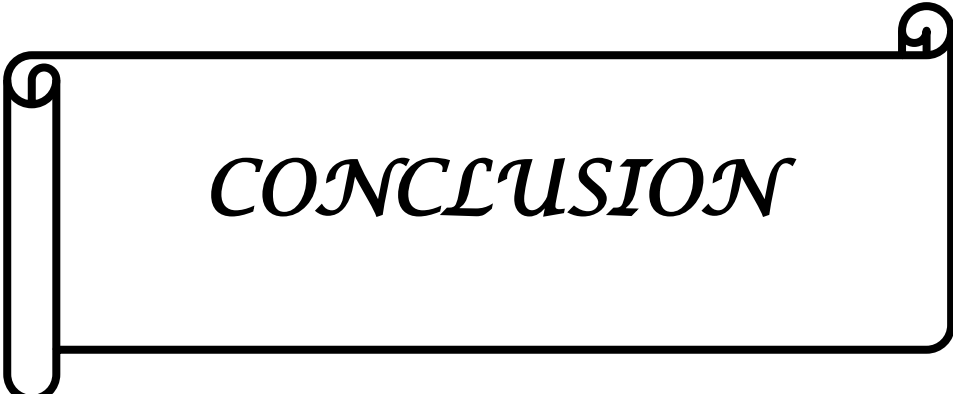
Cependant aux états unis, les modalités et les exigences de formation médicale continue des généralistes sont parfaitement définies par l'American association of family physicians. Cette

structure gère les programmes d'enseignement et le système d'accréditation (le praticien doit totaliser « 50 crédits horaires » annuels pour recevoir une attestation de formation médicale continue) [122]. La formation continue traditionnelle avec accumulation de points propose : des programmes personnalisés, programmes d'auto éducation, de résolution de problèmes. Ce dernier aspect renvoie à l'obligation de résultats [122].

L'expression de besoins de formation en GO constatés tout au long de notre enquête relève, pour certains médecins, des représentations qu'ils se font de la médecine générale.

Par conséquent, Il est temps que les pouvoirs publics prennent conscience de la nécessité d'améliorer la formation du médecin généraliste, à travers une formation utile, efficace et adaptée à l'exercice quotidien de la médecine générale, et aux conditions de travail des médecins généralistes.

Ainsi un médecin généraliste formé et motivé aurait sans doute un champ d'action privilégié, s'accordant au mieux aux petits et grands bouleversements de la physiologie féminine.



CONCLUSION

*L*a gynécologie obstétrique fait partie intégrante de l'exercice quotidien des médecins généralistes et représente selon les médecins enquêtés une part très importante dans leur activité quotidienne. Pour une bonne pratique clinique, le médecin généraliste fait appel à des compétences particulières, et nécessite d'indispensables connaissances en matière de gynécologie obstétrique pour une prise en charge efficace et efficiente des patientes.

*C*ependant, les médecins généralistes ont déclaré lors de notre enquête que la formation initiale en gynécologie obstétrique était peu satisfaisante et non adaptés à leur pratique quotidienne.

*C*ette enquête nous a également permis de prendre conscience des principales difficultés liées à l'exercice de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes, notamment le manque de formation et ou de pratique. En conséquence, l'adaptation de la formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique aux besoins pratiques est non seulement indispensable, mais urgente. Pour cela, le médecin généraliste doit prendre une démarche personnelle et active afin de développer ses compétences et son esprit critique à travers des formations médicales continues.

*E*n effet, 55% des médecins généralistes avaient bénéficié d'une formation continue en gynécologie-obstétrique.

*C*ette insuffisance de participation est en partie expliquée par l'absence de demande de soins en GO (38 %) et des difficultés d'accès aux informations pertinentes (30%).

*M*algré ces difficultés, les médecins n'en restent pas moins demandeurs d'une formation spécifique, ce qui traduit à nos yeux la volonté de promouvoir des soins de qualité en GO

*P*our conclure, la révision des modules enseignés et des méthodes d'enseignement médical offerts par nos facultés, ainsi que l'amélioration de la qualité de l'enseignement

contribueraient au développement des compétences des MG en matière de GO et à l'amélioration de la qualité des soins offertes à la population.

Il serait souhaitable de réaliser d'autres études dans d'autres régions afin de confirmer ou de nuancer les conclusions de notre analyse.

RESUMES

RESUME

La santé de la femme constitue une des principales priorités de santé publique. L'activité des médecins généralistes en gynécologie-obstétrique reste un atout majeur, en assurant un rôle primordial dans les actions de prévention, de suivi et de dépistages offerts aux femmes. Une enquête a été menée auprès de 100 médecins généralistes de la ville de Marrakech sur l'appréciation de la qualité de la formation reçue en gynécologie-obstétrique. Selon notre enquête, la gynécologie-obstétrique avait constitué une part très importante dans l'activité quotidienne de 70% des médecins généralistes. Le manque de formation ou de pratique avaient constitué les principales causes de non pratique de la gynécologie-obstétrique. L'incapacité des médecins à réaliser un examen ou assurer un suivi gynécologique des femmes est liée, d'une part, à l'insuffisance de la formation initiale des médecins généralistes en gynécologie-obstétrique (44%), et d'autre part au manque d'offre de formation médicale continue adaptée à leurs besoins (30%) d'un côté, et aux besoins de la population d'un autre côté (53 %). En effet, 55% des médecins généralistes avaient bénéficié d'une formation continue en gynécologie-obstétrique principalement sous forme de congrès scientifiques (25 %). Ces derniers souhaitent traiter la majorité des sujets proposés. Chose qui confirme, leur envie de revoir la plupart des sujets proposés et leur espoir de mettre en place une formation médicale continue urgente en gynécologie-obstétrique. Au total, l'amélioration de la qualité des soins mis à la disposition des femmes est fortement liée à une bonne adaptation des méthodes de formation médicale initiale et à l'obligation de la formation médicale continue pour tous les médecins.

ABSTRACT

The women health is one of the major public healthcare priorities. The general practitioner activities in obstetrics and gynecology has a crucial role in follow-up, preventing and screening women diseases. The purpose of our investigation is to make an assessment of the quality of training received in obstetrics and gynecology, from 100 general practitioners point of view in Marrakech. This study shows that the obstetrics and gynecology had been a very important part in their daily activities for 70% of general practitioners. Lack of training or practice had been the main reasons for not practicing obstetrics and gynecology. Indeed, the incapacity of the practitioners in this field doesn't permit them to justify an examination or a gynecologic follow-up of these women. This incapacity is linked, on one hand, to the failure of the initial training of the general practitioners in obstetrics and gynecology (44%), and on the second hand, to the lack of offer of continuing medical education appropriate to their needs (30%) as well as the needs of the population (53 %). For their current training, 55% had received it, mainly as scientific congress (25%). The majority of them had pointed all the proposed subjects. Therefore, they showed their desire and needs for an urgent continuing medical education in obstetrics and gynecology. In total, improving the quality of care available to women is strongly linked to a good adaptation of initial medical training methods and to the obligation of continuing medical education for all doctors.

ملخص

تشكل صحة المرأة أولوية من أهم أولويات الصحة العمومية . إن نشاط أطباء الطب العام في مجال أمراض النساء و التوليد يلعب دورا أساسيا في عملية الوقاية والمتابعة و الكشف المنجزة لفائدة النساء. هذه الدراسة تتمثل في إنجاز بحث ميداني تمثل 100 طبيب عام بمدينة مراكش ، تمحور حول تقديرهم لجودة التكوين الأولي المحصل عليه في مجال أمراض النساء و التوليد. بحسب بحثنا هذا فإن مجال أمراض النساء والتوليد يشكل جزءا مهما من الأنشطة اليومية لسبعين في المائة من الأطباء العامين , كما أن نقص التكوين أو الممارسة شكل أهم أسباب عدم الممارسة في هذا المجال . إن عجز أطباء الطب العام عن إنجاز التشخيص أو متابعة المرضى يرتبط من جهة بنقص في التكوين الأولي (44%)، ومن جهة أخرى بالنقص في عروض التكوين المستمر الملائم لاحتياجات الأطباء (30%)، من جانب و لاحتياجات الساكنة (53%) من جانب آخر. إن 55% من الأطباء العامين سبق لهم أن استفادوا من تكوين مستمر في مجال أمراض النساء و التوليد على شكل مؤتمرات علمية بالأساس (25%)، و هؤلاء يرغبون في معالجة أغلب المواضيع المعروضة عليهم الشيء الذي يؤكد رغبتهم في إنشاء تكوين مستمر في هذا المجال.في الخلاصة، فإن تحسين جودة العلاجات المقدمة للنساء لها ارتباط وثيق بالملائمة الجيدة لطرق و مناهج التكوين الأساسي، وبإلزام جميع الأطباء بالتكوين المستمر في مجال أمراض النساء والتوليد.

ANNEXES

Annexe1:

Evaluation de la satisfaction des médecins Généralistes concernant leur formation en gynécologie obstétrique :

❖ **Identification :**

- Âge :ans Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
- Secteur d'exercice : Public ☐ Libéral ☐
- date d'obtention du diplôme :.....
- Année d'installation :.....
- Quelle est la part de la gynécologie obstétrique dans votre activité quotidienne :
Très Importante ☐ peu importante ☐ pas importante ☐

1. Estimez-vous que l'enseignement à la faculté est :

Suffisant ☐ moyenne suffisant ☐ insuffisant ☐

2. Les chapitres traités, lors de votre formation théorique sont :

Très pertinent ☐ peu pertinent ☐ pas du tout pertinent ☐

a/Si vous estimez que les chapitres **traités** peu pertinent ou pas du tout pertinent ; indiquez vos-raison

- Programme est trop chargé et contient des notions Supplémentaires non importantes
- Cours est insuffisant et manque de données fondamentales
- Cours est ancien et ne répond pas aux besoins actuels en gynéco-obstétrique
- les méthodes d'enseignement non adéquat

3. Le volume horaire, réserve au programme de gynécologie obstétrique vous semble-t-il ?

En excès ☐ suffisant ☐ peu suffisant ☐ insuffisant ☐

4. Quel a été votre support pédagogique, lors de votre Formation théorique (plusieurs réponses sont possibles) :

Cours magistraux ☐ TD + cas cliniques-☐ iconographie☐ - internet ☐ -Livres à la bibliothèque

5. A votre avis, quel est le meilleur support pour une bonne formation théorique ? ☐

Cours magistraux ☐ TD + cas cliniques- ☐ iconographie ☐ - internet ☐ -Livres à la bibliothèque ☐

État de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique:
Point de vue du médecin généraliste de la ville de Marrakech

6. Pensez-vous que les cas cliniques sont mieux adapté à maitriser la gynécologie obstétrique.

Parfaitement adapté ☐ moyennement Adapté ☐ pas adapté ☐

7. Pensez-vous que l'iconographie est mieux adapté à mieux maitriser la gynécologie obstétrique.

Parfaitement adapté ☐ moyennement adapté ☐ pas adapté ☐

8. Pensez-vous que le stage hospitalier est :

Très important ☐ moyenne important ☐ peu important ☐

9. Vous estimez que la durée du stage hospitalier est :

Longue ☐ adéquate ☐ courte ☐

10. A votre avis, quelle est la durée optimale pour la formation lors du stage hospitalier :

2 mois ☐ 2-4 mois ☐ 4-6 mois ☐ > 6 mois ☐

11. Quel est votre degré de satisfaction du stage.

Très satisfaisant ☐ moyennement satisfaisant ☐ peu satisfaisant ☐

12. Estimez-Vous que la prise en charge pédagogique lors de votre stage a été :

Excellente ☐ bonne ☐ mauvaise ☐

13. Votre appréciation sur :

Excellente bonne moyenne mauvaise

L'enseignement du raisonnement médical. ☐ ☐ ☐ ☐

L'encadrement des médecins titulaires. ☐ ☐ ☐ ☐

L'acquisition des gestes techniques. ☐ ☐ ☐ ☐

14. Quelle a été l'activité la plus intéressante lors de votre stage hospitalier :

la garde ☐ la consultation ☐ bloc opératoire ☐ étude de cas clinique ☐ topo /staff ☐

État de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique:
Point de vue du médecin généraliste de la ville de Marrakech

15. Quelle est l'activité à améliorer lors du stage hospitalier :(plusieurs réponses sont possible) :

La garde ☐ la consultation ☐ bloc opératoires ☐ étude de cas clinique ☐ topo /staff ☐

16. Pensez-vous que l'enseignement de la gynécologie obstétrique est adapté à votre pratique quotidienne ?

Parfaitement adapté ☐ moyennement adapté ☐ pas du tout adapté ☐

17. Concernant le suivi de la grossesse :

✓ Sur quel(s) terrain(s) de stage avez-vous acquis cette compétence ?(plusieurs réponses sont possible) :

	Oui	non
- Cours magistraux	☐	☐
- Stage hospitaliers services de gynécologie.	☐	☐
- Formation externes à la faculté (, DIU, Congrès, journées de formation...)	☐	☐

✓ Effectuez -vous le suivi des grossesses : Oui ☐ non ☐

✓ Si vous n'effectuez pas de suivi, indiquez vos-raison : (plusieurs réponses sont possible)

- Manque de temps ☐	- Manque d'intérêt personnel ☐
- Manque de formation ou de pratique ☐	- Pas de demande ☐
- Gynécologue installé a proximité ☐	- Poids de conséquences médico-légales ☐

18. Concernant la prise en charge du trouble du cycle : (plusieurs réponses sont possible)

✓ Sur quel(s) terrain(s) de stage avez-vous acquis cette compétence ?

	Oui	non
- Cours magistraux	☐	☐
- Stage hospitaliers services de gynécologie.	☐	☐
- Formation externes à la faculté (, DIU, Congrès, journées de formation...)	☐	☐

✓ Si vous n'effectuez pas de prise en charge, indiquez vos-raison :

- Manque de temps ☐	- Manque d'intérêt personnel ☐
- Manque de formation ou de pratique ☐	- Pas de demande ☐
- Gynécologue installé a proximité ☐	- Poids de conséquences médico-légales ☐

19. Concernant la contraception :

✓ Sur quel(s) terrain(s) de stage avez-vous acquis cette compétence ?(plusieurs réponses sont possible) :

	Oui	non
- Cours magistraux	☐	☐
- Stage hospitaliers services de gynécologie.	☐	☐
- Formation externes à la faculté (DIU, Congrès, journées de formation...)	☐	☐

✓ Prescrivez-vous pour vos patients des moyens de contraceptions : Oui ☐ non ☐

✓ Si non, indiquez vos-raison : (plusieurs réponses sont possible)

- Manque de temps ☐	- Manque d'intérêt personnel ☐
- Manque de formation ou de pratique ☐	- Pas de demande ☐
☐	

État de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique:
Point de vue du médecin généraliste de la ville de Marrakech

- Gynécologue installé a proximité ☐ - Poids de conséquences médico-légales ☐

20Concernant l'infertilité :

✓ Sur quel(s) terrain(s) de stage avez-vous acquis cette compétence ?(plusieurs réponses sont possible) :

- | | Oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Cours magistraux | ☐ | ☐ |
| - Stage hospitaliers services de gynécologie. | ☐ | ☐ |
| - Formation externes à la faculté (DIU, Congrès, journées de formation...) | ☐ | ☐ |

✓ Si vous n'effectuez pas de prise en charge, indiquez vos-raison : (plusieurs réponses sont possible)

- | | |
|---|---|
| - Manque de temps ☐ | - Manque d'intérêt personnel ☐ |
| - Manque de formation ou de pratique ☐ | - Pas de demande ☐ |
| - Gynécologue installé à proximité ☐ | - Poids de conséquences médico-légales ☐ |

21Concernant le dépistage du cancer du sein et du col :

✓ Sur quel(s) terrain(s) de stage avez-vous acquis cette compétence ?(plusieurs réponses sont possible) :

- | | Oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Cours magistraux | ☐ | ☐ |
| - Stage hospitaliers services de gynécologie. | ☐ | ☐ |
| - Formation externes à la faculté (DIU, Congrès, journées de formation...) | ☐ | ☐ |

✓ Effectuez-vous des examens de dépistage : Oui ☐ non ☐

✓ pratiquez-vous des FCV :
 Régulièrement ☐ rarement ☐ non ☐

✓ Si vous n'effectuez pas de dépistage, indiquez vos-raison : (plusieurs réponses sont possible)

- | | |
|---|---|
| - Manque de temps ☐ | - Manque d'intérêt personnel ☐ |
| - Manque de formation ou de pratique ☐ | - Pas de demande ☐ |
| - Gynécologue installé à proximité ☐ | - Poids de conséquences médico-légales ☐ |

22Concernant les urgences gynécologiques :

✓ Sur quel(s) terrain(s) de stage avez-vous acquis cette compétence ?(plusieurs réponses sont possible) :

- | | Oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Cours magistraux | ☐ | ☐ |
| - Stage hospitaliers services de gynécologie. | ☐ | ☐ |
| - Formation externes à la faculté (DIU, Congrès, journées de formation...) | ☐ | ☐ |

✓ Prenez-vous en charge les urgences gynécologiques : Oui ☐ non ☐

✓ Si non , indiquez vos-raison : (plusieurs réponses sont possible)

État de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique:

Point de vue du médecin généraliste de la ville de Marrakech

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| - Manque de temps | ☐ | - Manque d'intérêt personnel | ☐ |
| - Manque de formation ou de pratique | ☐ | - Pas de demande | ☐ |
| - Gynécologue installé à proximité | ☐ | - Poids de conséquences médico-légales | ☐ |

23lors de votre installation Comment vous évaluez – vous dans la réalisation des gestes suivants ?

- | | | | |
|----------------------------------|------------|----------------|------------------------|
| Pose d'un spéculum : | [] acquis | [] non acquis | [] moyennement acquis |
| Frottis cervico- vaginal : | [] acquis | [] non acquis | [] moyennement acquis |
| Pose d'un stérilet : | [] acquis | [] non acquis | [] moyennement acquis |
| Examen des seins : | [] acquis | [] non acquis | [] moyennement acquis |
| toucher pelvien : | [] acquis | [] non acquis | [] moyennement acquis |
| L'extraction instrumentale | [] acquis | [] non acquis | [] moyennement acquis |
| La réalisation d'une épisiotomie | [] acquis | [] non acquis | [] moyennement acquis |

24Après votre installation avez-vous bénéficié d'une formation en gynécologie obstétrique:

Oui ☐ non ☐

✓ Si oui, elle est assurée par (plusieurs réponses sont possible) :

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Les ateliers pratiques | ☐ | -les séminaires | ☐ | les congrès scientifiques | ☐ |
| -Les revus scientifiques | ☐ | -internet | ☐ | -autres :..... | |

c/Si non, pour quelles raisons :

- Manque de temps
- Manque de demande de la part des patientes
- Accès aux informations pertinentes est difficile
- Grande distance avec les centres de formation

25. Quel(s) chapitres aurez-vous souhaité qu'il (s) soit traité ou mieux développer lors de votre formation :

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Les urgences gynécologiques | ☐ | suivi des grossesses | ☐ | prescription des contraceptifs | ☐ |
| les urgences obstétricales | ☐ | le dépistage des cancers | ☐ | autres :..... | ☐ |

Merci pour votre participation

Annexe 2:

Marrakech,

Meryem Oueriagli
E-mail : oueriaglimeryem@gmail.com

Permettez-moi de vous présenter dans le cadre de mon sujet de thèse intitulé :

*Etat de la formation des médecins généralistes de Marrakech en gynécologie
obstétrique.*

De vous adresser un questionnaire qui a pour but d'évaluer la formation , des médecins généralistes du secteur publique et privé de la ville de Marrakech en gynécologie obstétrique .

Cette étude sera dirigée par le Professeur Aitbenkaddour Yassir , professeur en gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech .

Les résultats de cette étude serviront, grâce à votre collaboration, à mieux connaître la satisfaction, les besoins et les attentes des médecins généralistes.

Nous vous serons très reconnaissants pour votre participation à cette enquête.

Vos suggestions et commentaires seront pris avec le plus grand soin et intérêt.

Les informations recueillies demeureront anonymes et confidentielles.

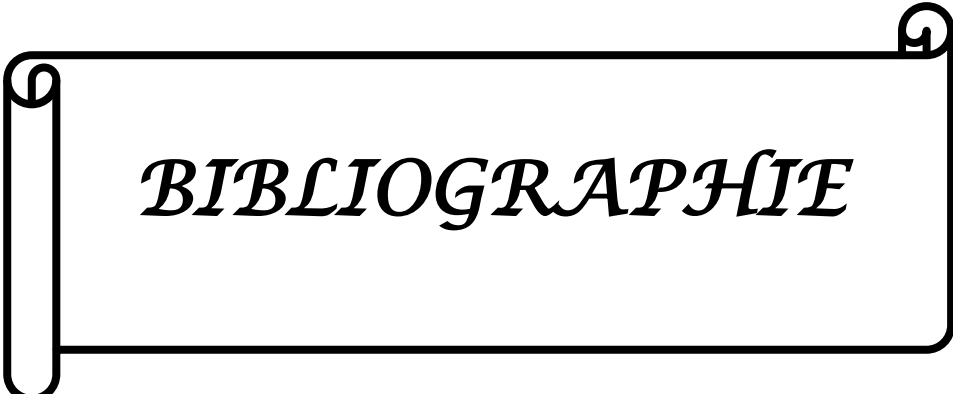
Je vous remercie pour votre collaboration.

Cordialement .

Annexe 3:

CALENDRIER DES STAGES HOSPITALIERS ANNÉE UNIVERSITAIRE 2013-2014			
F.M.G.M.	Etudiants en 3ème année: quatre stages		
	Période	Durée	Stage
	1ère	02/09/2013 au 27/10/2013	Soins infirmiers - séméiologie
	2ème	28/10/2013 au 16/02/2014	Médecine/chirurgie
	3ème	17/02/2014 au 01/06/2014	Médecine/chirurgie
	4ème	02/06/2014 au 31/07/2014	Complémentaire
	Etudiants en 4ème année : Cinq stages		
	Période	Durée	Stage
	1ère	02/09/2013 au 21/12/2013	Pédiatrie
		02/09/2013 au 27/10/2013	Complémentaire 1 / Stage obligatoire
		28/10/2013 au 21/12/2013	Complémentaire 2 / Stage obligatoire
	2ème	18/01/2014 au 13/04/2014	Pédiatrie
		18/01/2014 au 02/03/2014	Complémentaire 3 / Stage obligatoire
		03/03/2014 au 13/04/2014	Complémentaire 4 / Stage obligatoire
	3ème	14/04/2014 au 31/07/2014	Pédiatrie
		15/04/2014 au 15/06/2014	Complémentaire 5 / Stage obligatoire
		16/06/2014 au 31/07/2014	Complémentaire 6 / Stage obligatoire
	Etudiants en 5ème année : Cinq stages		
	Période	Durée	Stage
	1ère	02/09/2013 au 21/12/2013	Gynécologie Obstétrique
		02/09/2013 au 27/10/2013	Complémentaire 1 / Stage obligatoire
		28/10/2013 au 21/12/2013	Complémentaire 2 / Stage obligatoire
	2ème	18/01/2014 au 13/04/2014	Gynécologie Obstétrique
		18/01/2014 au 02/03/2014	Complémentaire 3 / Stage obligatoire
		03/03/2014 au 13/04/2014	Complémentaire 4 / Stage obligatoire
	3ème	14/04/2014 au 31/07/2014	Gynécologie Obstétrique
		15/04/2014 au 15/06/2014	Complémentaire 5 / Stage obligatoire
		16/06/2014 au 31/07/2014	Complémentaire 6 / Stage obligatoire
	Etudiants en 6ème année : Cinq stages		
	Période	Durée	Stage
	1ère	02/09/2013 au 10/11/2013	Médecine/chirurgie/ pédiatrie/G-O/CS
	2ème	11/11/2013 au 19/01/2014	Médecine/chirurgie/ pédiatrie/G-O/CS
	3ème	20/01/2014 au 23/03/2014	Médecine/chirurgie/ pédiatrie/G-O/CS
	4ème	24/03/2014 au 25/05/2014	Médecine/chirurgie/ pédiatrie/G-O/CS
	5ème	26/05/2014 au 31/07/2014	Médecine/chirurgie/ pédiatrie/G-O/CS

G-O : gynécologie/obstétrique et CS : centre de santé



BIBLIOGRAPHIE

1. **Wonca europe (Société Européenne de médecine générale – médecine de famille)**
La définition européenne de la médecine générale
Médecine de famille ; 2002:5-8 ; 16-18
2. **Wainsten JP, Bros B, Dufour C, Huas D.**
Introduction aux fonctions du médecin généraliste. 1992;16:4-6.
Gay B. Les bases théoriques de la médecine générale. 1995;30: 4-7.
Pouchain D .Concepts et Pratiques. Masson, Paris, 1996.
3. **Chambenoit Benjamin.**
La formation médicale initiale à l'examen gynécologique des médecins généralistes dans la région centre : où et comment sont-ils former ?
Thèse Méd. Tours, N°121 ; 2011
4. **Le Haut-commissariat au Plan du Maroc (HCP)**
La femme marocaine en chiffres, tendances d'évolution des caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles.
Octobre 2011
5. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français**
La prise en charge des femmes françaises,
Source : Observatoire Thalès Etude 2769, septembre 1999 : fréquence annuelle de consultation des femmes chez le généraliste.
Consulté sur <http://www.cngof.asso.fr> le 20/09/10.
6. **Le goaziou M.-F., Gilberg S.**
Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie.
Rev Prat Med Gen 1999; 474: 1646-1647.
7. **B. Charlin.**
L'évaluation du raisonnement clinique.
Revue internationale francophone d'éducation médicale-Pédagogie médicale.
Février 2003, pp. 42-52.

8. D-Q. Nguyen, J-G Blais

Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique.

Revue internationale francophone d'éducation médicale-Pédagogie médicale. Novembre 2007, pp. 232-251

9. Yaakoubd Abdellah, Insea,

*Rabat Femmes et santé au Maroc ; 2-15
1993-2003*

10. Stratégie sectorielle

*Contexte et Profil de la Santé au Maroc;
2012-2016 : 2-3 ; 9-11 ; 41-44.*

11. Le Ministère de la Santé du Royaume du Maroc, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID)

Rapport des programmes de santé reproductive et infantile 1971-2000,
Septembre 2003

12. Yaakoubd Abdellah et Vimard Patrice

La régulation de la fécondité en Afrique, La régulation de la fécondité au Maroc : évolution, homogénéisation et différenciation sociale.

Conférence virtuelle, 10 au 14 octobre 2005

13. Ministère de la santé

Plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

14. Belghiti Alaoui. A.

Lutte contre la mortalité maternelle Pour quelle stratégie ;
2008.

15. Belouali.R ; Guedira.N

Santé de la reproduction au Maroc
Rapport de synthèse. 1998.

16. Ministère de la santé

Renforcement de la couverture de la qualité des consultations pré et post-natales,
14 juin 2010

Circulaire ministériel n°: 849/DP/32.

17. Ministère de la Santé, centre collaborateur de l'OMS cycle de mastère en administration sanitaire et sante publique filière gestion des programmes de sante

Mémoire de fin d'études, évaluation de l'implantation de l'approche " CLASSE DES MERES " cas de la région du grand Casablanca. (2011-2013)

18. la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

fmpm http://www.fmpm.ucam.ac.ma/data/inmed/inmed_21.pdf

19. Société Française de médecine générale

Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2007,

Résultats mis en ligne sur l'Observatoire de Médecine Générale.

<http://omg.sfm.org>

20. WHO Global Report,

Preventing chronic diseases

A vital investment, 2005.

21. OMS (Organisation mondiale de la Santé)

Le cancer dans le monde, perspectives et priorités ; 337-339,332-333

Edition 2005

22. Cancers

Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca 2005-2007 ; 59-64

Edition 2012

23. Organisation mondiale de la santé

Programme de dépistage du cancer du col

Guide du gestionnaire, 1993.

24. Elkhansa Mahdaoui

Facteurs d'adhésion au dépistage du cancer du sein et du col utérin aux préfectures médicales de rabat et skhirat témara

Thèse pour le Doctorat de médecine générale de 2012, RABAT.

Centre collaborateur de l'OMS cycle de mastère en administration sanitaire et sante publique

25. Nacir benani. m

Etat et perspective de la médecine générale au Maroc.

Marrakech; 2009

26. Leiyu Shi , James Macinko, et al

Primary care, race, and mortality in US states

Social Science & Medicine 2005 ; 61 : 65–75

27. Cohen J., Madelenat P., Levy-toledano R

L'offre de soins en gynécologie et santé des femmes: Etat des lieux et perspectives en 2020.

Paris : Eska, 2000 ; 22–27. www.cngof.asso.fr

28. Ammajarkou Saloua

Activité gynéco obstétricale du médecin généraliste

Thèse pour le Doctorat de médecine générale de 1997, Casablanca.

29. Costes Magali et Louzeau Arnal Géraldine

Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de MIDI-PYRENES.

Thèse pour le Doctorat de médecine générale du 10 mars 2006 ; Toulouse.

30. Labarthe G.

Les consultations et visites des médecins généralistes : Un essai de typologie.

Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des statistiques (DREES), études et résultats ; N°315; juin 2004.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/>

31. **Aperçu sur le système éducatif Marocain**
Conférence internationale de l'éducation de Genève : 2004.p73
32. **Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres, et de la recherche scientifique.**
Pour une nouvelle réforme des études médicales au Maroc.
Mai 2005
33. **La faculté de médecine et de pharmacie de rabat**
Programme des cours, volume horaire des cours de gynécologie obstétrique
<http://www.medramo.ac.ma/fmp/>
34. **Norma.G.**
Defining competence: A methodological review. In "Assessing clinical competence",
Neufeld V. and Norman G.Ed., New York, Springer 1985, 15–35.
35. **Brubat MA., Chany Y., Collance C., Meyer JL., Souteyrand P.**
Prise en charge commune des grossesses à risque par le médecin généraliste et l'obstétricien.
Rev. Prat.1987; 37(9): 441–445.
36. **Chambonet J.Y., Senand R., Collet N.**
Surveillance de la grossesse : Que font les généralistes ?
Rev Prat MédGen 1999; 447 : 169–172.
37. **Woolf SH.**
The accuracy of routine population screening with mammography, prostate-specific antigen, and prenatal ultrasound.
Int J Technol. Assess Health Care 2001; 17:275–304
38. **Goaziou M.F.**
Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical : Comment articuler le réseau praticien/spécialiste
Contraception Fertilité Sexualité 1998, volume 26 ; 3 :221–222.

39. Haute Autorité de Santé (HAS).

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.
Recommandations pour les professionnels de santé. Mai 2007.

40. Le mauff, Chambonnet, Guiraud

Qui doit suivre la grossesse ?
Réseau Sécurité Naissance Pays de Loire ; 24 septembre 1999.
<http://www.reseau-naissance.com>

41. Ministère de la santé,

Direction de la planification et des ressources financières, service des études et de l'information sanitaire
Santé en chiffres 2006. 246p.

42. Réseau ville-hôpital en périnatalité: mise en place au niveau local.

<http://www.performances-medicales.com/gyneco/Encours/90/Q3.pdf>

43. Anne Sibuet

La contraception : de la bonne connaissance par le pharmacien au bon usage par le patient
Thèse pour le Doctorat de médecine générale de 2009, Grenoble.

44. H. Benezha

Planification familiale : les chiffres de la santé
L'Economiste, n°3969, page 18, du 15/02/2013

45. Haute autorité de sante

Recommandations pour la pratique clinique : Stratégies des choix des méthodes contraceptives chez la femme.
Paris : Haute Autorité de Santé, 2004.
Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/icms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptiveschez-la-femme.

46. Dominique .M.

Gynécologie-obstétrique par le médecin généraliste dans les Alpes Maritimes : enquête personnelle.

Thèse de médecine générale, Nice, 2004, 112p.

47. Fontaine, Elodie

Contraception orale oestroprogestative : connaissances des patientes et application des recommandations de la HAS en médecine générale

Thèse de médecine générale, le 19 novembre 2012

48. Organisation Mondiale de la Santé

The epidemiology of infertility: report of a WHO scientific group.

Geneva: WHO Technical Report Series no. 582, 1975

49. Diego Castrillon, Teresa Gallardo, Elisabeth Carlsen

L'infertilité au Maghreb Aspect statistique

Centre médical de l'Université du Texas (sud-ouest des Etats-Unis), publiée en 2007.

50. Kamel Remah M.

Management of the infertile couple: an evidence-based control,

Reproductive Biology and Endocrinology, 2010.8:21.

51. Ganeshselvi P.

How can infertility be managed in General Practice? A review;

Obstetrics and Gynaecology, 2005.

52. Keith A.Frey,

Initial evaluation and management of infertility by the primary care physician,

Mayo Clinic Proc, 2004; 79(11):1439-1443.

53. Whitman-Elia GF,

A primary care approach to the infertile couple

The Journal of American Board of Family Practice, 2001;14:33- 45.

54. Hernu-Daziron D.

Prise en charge initiale de l'infertilité en soins primaires : Revue de la littérature,

Th : Méd. : Toulouse ; 2011.

55. Anne Besnard

Le problème de l'infertilité : comment le médecin généraliste aborde et accompagne les couples en difficultés.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale, 2014

56. Observatoire Thalès et EPPM.

Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes en mai 2000.
Consulté le 15/12/2012 sur le site du CNGOF : la Prise en charge des femmes françaises.

Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

57. Ittner E.,

Management of involuntary childlessness in general practice: Patients' and doctors' view,
British Journal of General Practice, 1997; 47(415):105-6.

58. Vanessa Saurel

Prise en charge de l'infertilité en soins primaires : enquête auprès des médecins généralistes libéraux de midi-pyrénées

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale, 2013.

59. Souter V. L.,

A survey of infertility practices in primary care in Scotland
British Journal of General Practice, 1997; 47, 727-728.

60. Fondation lalla Salma de lutte contre le cancer du sein

Traitement et prévention des cancers du sein

Disponible en ligne : <http://www.contrelecancer.ma/>

61. Ministère de la sante au Maroc

*Plan national de prévention et de contrôle du cancer
Axes stratégiques et mesures, 2010-2019.*

62. La haute autorité de sante de France,

Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque, 2014.

63. **Le guide de la médecine et de la santé au Maghreb**
Revue de presse de la santé ;
Santé maghreb.com, 2005.

64. **Nadir ilham**
Les besoins en formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique : enquête auprès de la province de Kenitra
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale, 2009

65. **Claude Attali et all.**
Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne.
Attitude des praticiens de ville : incertitudes ou réticences ? 2008; 83:98-103

66. **Curado MP, Edwards B et al.**
Cancer Incidence in Five Continents Vol. IX.
IARC Scientific publications No.160. Lyon , 2007.

67. **World Health Organization.**
Preventing chronic diseases: a vital investment.
WHO global report. Geneva, 2005.
www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf (consulté le 12/03/2008).

68. **Samira Nani, Mohamed Benallal et al.**
Participation des médecins généralistes de la province de Benimellal (Maroc) dans le dépistage du cancer du col
Pan Afr Med J. 2013; 14: 152

69. **Hakama M.et al.**
Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer
British journal of cancer, 1985, 52:669-703.

70. **Canadian cancer statistic**
Toronto,national cancer institution of Canada ,1996:15.

71. **Monnet E, Mauny Fet al.**
Knowledge and participation of general practitioners in cervical cancer screening: survey in a French pilot area.
Rev Epidemiol Sante Publique. 1998;46(2):108-14. [PubMed]
72. **Hsairi M, Fakhfakh R, Bellaaj R, Achour N.**
Connaissances et participation des médecins et sages-femmes de première ligne vis-à-vis du dépistage des cancers du col utérin et du sein.
East Mediterr Health J. 2003;9(3):353-63. [PubMed]
73. **Levasseur G, Bagot C, Honnorat C.**
L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne.
Santé Publique. 2005;17(1):109-119. [PubMed]
74. **S. Bennis, S. Meniar, et al.**
La place du frottis cervico-vaginal dans le diagnostic du cancer du col utérin au Maroc, région Fès-Boulemane. (Clinical report)
Eastern Mediterranean Health Journal, Sep 1, 2007. Reading Level (Lexile):1780
75. **Coulibaly Moustapha Souleymane**
Les urgences gynécologiques et obstétricales à la maternité du centre de sante de référence de koutiala a propos de 344 cas, 2007
76. **Magalou B.**
Les évacuations sanitaires en obstétrique à l'hôpital Régional Fousseyni DAOU de Kayes.
Thèse de médecine 2002
77. **Bohoussou M. K.; AW O.T.; Anongbas et Coll.**
La mortalité maternelle au cours de la parturition et dans le post partum.
Etude hospitalière Afr Medecine, 1986, 25,239, (125 - 130)
78. **Marc – Antoine François**
Comment améliorer la prise en charge des urgences gynéco – obstétricales par la médecine générale ? À propos du Bilan d'activité de l'unité d'urgence gynécologie obstétrique de l'Hôpital Maternité de Metz sur la période février à juillet 2010 et 2011.
Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, 2012

79. Matillon Y.

Qu'est ce -que l'évaluation ? In : Ordre des médecins. 3ème congrès internationale d'éthique médicale.

Paris 9-10 mars 1991: 87-8

80. Cornford CS.

The development of practice professional development plans from the postgraduate education allowance: a discussion of the causes and implications.

Med Educ 2001; 35(1):43-8.

81. Debbie R, Ousey K.

Problem based learning: developing the triggers. Experiences from a first wave site

Nurse Education in Practice 2004; 4(3): 154-158.

82. Carr G.

Changes in nurse education: Being a nurse teacher

Nurse Education Today 2007; 27(8): 893-899

83. Castle J., Munro K., Osman R.

Opening and closing doors for adult learners in a South

African university International J Educational Development 2006; 26(4): 363-372

84. Gallois P., Bignolas C., Menard J.

Evaluation en médecine : perspective dans le domaine de la

FMC in L'évaluation médicale : du concept à la pratique.

MATILLON Y., DURIEUX P. Paris : Flammarion Médecine Science, 1994 (3): 155-164

85. Humeau-Aubin, S.

Gynécologie médicale et médecine générale : état des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes.

Thèse de médecine générale, Nantes : 2004. 67 p. N°59.

86. Bidault F., Leveque J., Broux P-L., Honnorat C.

Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pratique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennaise.

Pédagogie Médicale 2002; 3: 74-80.

87. Barrier J.

Modification des pratiques du médecin : de la formation à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ana Pathol 2006; 26(1) : 35-40.

88. Descargues G., Sibert L., Lechevallier J.

Evaluation au cours de la formation initiale de la compétence clinique en gynécologie – obstétrique : approche innovatrice basée sur l'observation de la performance par l'examen clinique objectif et structuré

(ECOS) 2001; 30(3): 257

89. Cangelosi PR.

Voices of Graduates from Second-Degree Baccalaureate Nursing Programs.

J Profes Nurs 2007; 23(2): 91-97

90. Carey L., Whittaker K.

Experiences of problem-based learning: issues for community specialist practitioner students.

Nurse Education Today 2000; 22(8): 661-668.

91. Carlisle C., Ibbotso T.

Introducing problem-based learning into research methods teaching: Student and facilitator evaluation.

Nurse Education Today 2005; 25(7): 527-541.

92. Battles JB.

The health sciences communicator as faculty developer.

J Bio commun 1989; 16(3): 2-8.

93. Levasseur G., Bagot C., Honnorat C.

Que disent les généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ?

Pédagogie Méd 2002 ; 3 : 19-24.

94. Normand D., Bernard H.

Les professeurs cliniciens se prononcent sur l'évaluation de l'enseignement.

Pédagogie Méd 2002 ; 3 : 202-9.

95. **Pardell-Alena H.**
Adult learning, professional autonomy and individual commitment
Rev Neurol 2008; 46(4): 225-9.

96. **Honorat C., Levasseur G.**
Quels besoins enseigner, quels besoins d'enseigner.
Pédagogie Méd 2001; 2: 26-30.

97. **Aguzzioli F., Le fur P., Sermet C.**
Clientèle et motifs de recours en médecine libérale.
CREDES 1994 ; 1008 (3): 343

98. **Brams L., Radenac M., Carcenac M., Nakache B.**
Milieux urbains en mutation, des problèmes de santé publique.
Social Démogr Médic 1992;4:107-125.

99. **Robert W., Talbo T.**
Pédagogie ou andragogie médicale ? Rev Francophone de
Pédagogie ; 2003 ; 2(4) : 1-2.

100. **Black JR.**
Is residency training andragogy or pedogogy?
J Am Podiatr Med Assoc 1988; 78(7): 378-9.

101. **Knowles MS.**
Application in continuing education for the health professions: chapter five of "Andragogy in Action".
Mobius. 1985; 5(2):80-100.

102. **Doerr H., Murray W.B.**
How to Build a Successful Simulation Strategy: The Simulation Learning Pyramid.
Clinical Simulation 2008; 9: 771-785.

103. Edgley A., Timmons S., Crosbie B.

Desperately seeking sociology: Nursing student perceptions of sociology on nursing courses.

Nurse Education Today 2009; 29: 16–23.

104. Wautier J.L., Vileyn F.

L'andragogie : utopie ou réalité.

Transf Clin Biol 2004; 11: 169–72.

105. Boufettal H., Hermas S., Noun M., Samouh N.

L'andragogie médicale.

J mar urol 2009; 13: 15–18.

106. Boufettal H., Hermas S., Noun M., Samouh N.

Les méthodes andragogiques dans l'apprentissage de la médecine.

Les cahiers du médecin 2009; 128: 12–19.

107. Mezirow J.

Understanding transformation theory.

Adult Education Quarterly 1994 ; 44 (4) : 222–4.

108. Greenstreet W.

Loss, grief and bereavement in interprofessional education, an example of process: Anecdotes and accounts.

Nurse Education in Practice 2005; 5(5): 281–288.

109. Jafarey NA.

Andragogy [corrected] how adults learn.

J Pak Med Assoc. 2005 Mar; 55(3): 114–6.

110. Spence W., El-Ansari W.

Portfolio assessment: practice teachers' early experience

Nurse Education Today 2004; 24(5): 388–40.

111. Tiwari A., Chan S., Wong E., Wong D., Chui C., Wong A., et al.

The effect of problem-based learning on students' approaches to learning in the context of clinical nursing education.

Nurse Education Today 2006; 26(5): 430-438.

112. Colliver JA.

Educational the oryand Medical Education Practrice: A Cautionary Note for Medical School Faculty.

Acad Med 2002, 77: 1217-20.

113. Misch DA.

Andragogy and medical education: are medical students internally motivated to learn?

Adv Health Sci Educ Theory Pract 2002; 7(2):153-60.

114. Parboosingh J.

Learning porfolios: Potential to assist healt professionals with selfdirected learning.

Journal of Continuing Education in the Health Professions 1944; 16(2): 75-81.

115. Van der Vleuten CPM.

The assessment of professional competence & lowbar: developments, research and practical implications.

Adv Health Sc Ed 1996; 1: 41-67

116. Hrden R, Stevenson M, Downie W, Wilson G.

Assessment of clinical competence using objective structured examination.

Br Med J 1975; 1: 447-51.

117. Harden R, Gleeson F.

Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE).

Medical Education 1979; 13 : 41-54.

118. G. Descargues, L. Sibert, J. Lechevallier.

Évaluation au cours de la formation initiale de la compétence clinique en Gynécologie Obstétrique: approche innovatrice basée sur l'observation de la performance par l'examen clinique objectif et structuré

(ECOS)Vol 30 – N° 3 – Juin 2001 p. 257 – 257 .Masson, Paris, 2001.

119. Cantaloup-delhomme i.

Perception de la Formation Médicale Continue à l'occasion des réformes à travers le médecin généraliste de Haute Garonne.

Thèse Méd. Toulouse 3 N° 1039; 1998.

120. Peck C., Mc Call M., Mc Karen B.

Trends and Developments in Continuing Medical Education

Otolaryngologic Clinics of North America 2007; 40(6): 1331–1345.

121. Jacques A.

Le maintien des compétences : une responsabilité personnelle.

Primary Care 2003; 3: 790–794.

122. NorciniJ.J.

Recertification in united states

BMJ1999.319:1183–1185

123. Charles Honnorat, Jacques Bouget

Apprentissage de l'exercice médical

La Démarche Qualité en Médecine, 2004.

قسم الطبيب

اقسمُ باللهِ العَظيمِ

أن أراقبَ اللهَ في مهنتي.

وأن أصونَ حياةَ الإنسانِ في كافّةِ أدوارها في كل الظروف والأحوال

بإدلاءٍ وسعي في استنقاذها من الهلاكِ و المرضِ و الألمِ والقلق.

وأن أحفظَ للناسِ كرامَتَهُم، و أستُرَ عَوْرَتَهُم، و أكتُمَ سِرَّهُم.

وأن أكونَ على الدوامِ من وسائلِ رحمةِ الله، بإدلاءٍ رعايتي الطبية للقريب و البعيد

،للصالح والطالح، و الصديق و العدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفعِ الإنسانِ .. لا لأداه.

وأن أوقّرَ مَنْ علّمني، وأُعلّمَ مَنْ يصغرنِي، وأكونَ أخا لِكُلِّ زَميلٍ في

المِهنةِ الطِبّيةِ

مُتعاونينَ على البرِّ و التقوى.

وأن تكونَ حياتي مصداقَ إيماني في سِرِّي و علانيتي،

نقيّةٍ ممّا يشينها تجاهَ اللهَ ورسولهِ والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



جامعة القادسي عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش
سنة 2015

أطروحة رقم 61

تقييم التكوين الأولي في مجال أمراض النساء والتوليد: رأي طبيب الطب العام بمدينة مراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2015/05/18
من طرف

السيدة **مريم الورياغلي**

المزودة في 1 2 يوليوز 1989 بالدار البيضاء

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

أمراض النساء و التوليد- التكوين الطبي الأولي- الطب العام.

اللجنة

الرئيس	ع. سماني	السيد
	أستاذ في طب أمراض النساء والتوليد	
المشرف	ي. أيت بنقدور	السيد
	أستاذ مبرز في طب أمراض النساء والتوليد	
	م. أمين	السيد
	أستاذ مبرز في علم الأوبئة السريرية	
الحكام	ب. فاخر	السيدة
	أستاذة مبرزة في طب أمراض النساء والتوليد	