



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 N° 167

SUIVI DES NOURRISSONS (0 à 2 ANS):

**Auto-évaluation et compétence ressentie des internes de médecine
générale en fin de DES.**

Etude descriptive transversale à partir de 169 questionnaires.

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement le **17 SEPTEMBRE 2015**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Delphine NOVELLO épouse PAUTONNIER

Née le 26 Février 1987 à Paray-le-Monial (71)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président de l'Université

François-Noël GILLY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

François-Noël GILLY

Secrétaire Général

Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Jérôme ETIENNE

UFR DE MEDECINE
LYON SUD – CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directrice: Christine
VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Directeur : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION

Directeur : Yves MATILLON

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Claude COLLIGNON

POLYTECH LYON

Directeur : Pascal FOURNIER

I.U.T.

Directeur : Christian COULET

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Véronique
MAUME-DESCHAMPS

I.U.F.M.

Directeur : Régis BERNARD

CPE

Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est - Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Classe exceptionnelle Echelon 2)

| | |
|-----------------------|---|
| COCHAT Pierre | Pédiatrie |
| CORDIER Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| ETIENNE Jérôme | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| GUERIN Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| KOHLER Rémy | Chirurgie infantile |
| MAUGUIERE François | Neurologie |
| NINET Jacques | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| PEYRAMOND Dominique | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| PHILIP Thierry | Cancérologie ; radiothérapie |
| RAUDRANT Daniel | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| RUDIGOZ René-Charles | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Classe exceptionnelle Echelon 1)

| | |
|----------------------|---|
| BAVEREL Gabriel | Physiologie |
| BLAY Jean-Yves | Cancérologie ; radiothérapie |
| DENIS Philippe | Ophtalmologie |
| FINET Gérard | Cardiologie |
| FOUQUE Denis | Néphrologie |
| GOUILLAT Christian | Chirurgie digestive |
| GUERIN Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| LAVILLE Maurice | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| LEHOT Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgences |
| MARTIN Xavier | Urologie |
| MELLIER Georges | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| MICHALLET Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| MIOSSEC Pierre | Immunologie |
| MORNEX Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| PERRIN Gilles | Neurochirurgie |
| PONCHON Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PUGEAT Michel | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| REVEL Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| RIVOIRE Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| SCOAZEC Jean-Yves | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VANDENESCH François | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Première classe)

| | |
|--------------------|--------------------|
| ANDRE-FOUET Xavier | Cardiologie |
| BARTH Xavier | Chirurgie générale |

| | |
|-------------------------|---|
| BASTIEN Olivier | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| BERTHEZENE Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| BERTRAND Yves | Pédiatrie |
| BEZIAT Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| BOILLOT Olivier | Chirurgie digestive |
| BORSON-CHAZOT Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| BRETON Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CHASSARD Dominique | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| CHEVALIER Philippe | Cardiologie |
| CLARIS Olivier | Pédiatrie |
| COLIN Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| COLOMBEL Marc | Urologie |
| D'AMATO Thierry | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| DELAHAYE François | Cardiologie |
| DESCOTES Jacques | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique addictologie |
| DISANT François | Oto-rhino-laryngologie |
| DOUEK Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DUCERF Christian | Chirurgie digestive |
| DURIEU Isabelle | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| EDERY Charles | Génétique et de la reproduction |
| FAUVEL Jean-Pierre | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| GAUCHERAND Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| GUENOT Marc | Neurochirurgie |
| HERZBERG Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| HONNORAT Jérôme | Neurologie |
| JEGADEN Olivier | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LACHAUX Alain | Pédiatrie |
| LERMUSIAUX Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LINA Bruno | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LINA Gérard | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MERTENS Patrick | Anatomie |
| MION François | Physiologie |
| MOREL Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| MORELON Emmanuel | Néphrologie |
| MOULIN Philippe | Nutrition |
| NEGRIER Claude | Hématologie ; transfusion |
| NEGRIER Marie-Sylvie | Cancérologie ; radiothérapie |
| NEYRET Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| NICOLINO Marc | Pédiatrie |
| NIGHOGHOSSIAN Norbert | Neurologie |
| NINET Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| OBADIA Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| OVIZE Michel | Physiologie |

| | |
|--------------------------|--|
| PICOT Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| RODE Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| ROUSSON Robert-Marc | Biochimie et biologie moléculaire |
| ROY Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication |
| RUFFION Alain | Urologie |
| RYVLIN Philippe | Neurologie |
| SCHEIBER Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| TERRA Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| THIVOLET-BEJUI Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TILIKETE Caroline | Physiologie |
| TOURAINÉ Jean-Louis | Néphrologie |
| TRUY Eric | Oto-rhino-laryngologie |
| TURJMAN Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| VALLEE Bernard | Anatomie |
| VANHEMS Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| ZOULIM Fabien | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (Seconde classe)

| | |
|----------------------|--|
| ALLOUACHICHE Bernard | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| ARGAUD Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| AUBRUN Frédéric | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| BADET Lionel | Urologie |
| BESSEREAU Jean-Louis | Biologie cellulaire |
| BOUSSEL Loïc | Radiologie et imagerie médicale |
| BRAYE Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique brûlologie |
| CALENDER Alain | Génétique |
| CHAPET Olivier | Cancérologie ; radiothérapie |
| CHAPURLAT Roland | Rhumatologie |
| COTTIN Vincent | Pneumologie ; addictologie |
| COTTON François | Anatomie |
| DALLE Stéphane | Dermato-vénérologie |
| DEVOUASSOUX Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| DI FILLIPO Sylvie | Cardiologie |
| DUBERNARD Gil | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| DUMONTET Charles | Hématologie ; transfusion |
| DUMORTIER Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| FANTON Laurent | Médecine légale |
| FAURE Michel | Dermato-vénérologie |
| FOURNERET Pierre | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| GILLET Yves | Pédiatrie |
| GIRARD Nicolas | Pneumologie |
| GLEIZAL Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| GUEYFFIER François | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |

| | |
|----------------------------|---|
| GUIBAUD Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| GUYEN Olivier | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| HOT Arnaud | Médecine interne |
| JACQUIN-COURTOIS Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| JANIER Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| JAVOUHEY Etienne | Pédiatrie |
| JULLIEN Denis | Dermato-vénéréologie |
| KODJIKIAN Laurent | Ophthalmologie |
| KROLAK SALMON Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| LEJEUNE Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| MABRUT Jean-Yves | Chirurgie générale |
| MERLE Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| MONNEUSE Olivier | Chirurgie générale |
| MURE Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| NATAF Serge | Cytologie et histologie |
| PIGNAT Jean-Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| PONCET Gilles | Chirurgie générale |
| RAVEROT Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| RICHARD Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| ROSSETTI Yves | Physiologie |
| ROUVIERE Olivier | Radiologie et imagerie médicale |
| SAOUD Mohamed | Psychiatrie d'adultes |
| SCHAEFFER Laurent | Biologie cellulaire |
| SCHOTT-PETHELAZ Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SOUQUET Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| VUKUSIC Sandra | Neurologie |
| WATTEL Eric | Hématologie ; transfusion |

Professeur des Universités - Médecine Générale

LETRILLIART Laurent
MOREAU Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

FLORI Marie
ZERBIB Yves
LAINE Xavier

Professeurs émérites

| | |
|-----------------------|--|
| BERARD Jérôme | Chirurgie infantile |
| BOULANGER Pierre | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| BOZIO André | Cardiologie |
| CHAYVIALLE Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| DALIGAND Liliane | Médecine légale et droit de la santé |

| | |
|-----------------------|--|
| DROZ Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| FLORET Daniel | Pédiatrie |
| GHARIB Claude | Physiologie |
| ITTI Roland | Biophysique et médecine nucléaire |
| KOPP Nicolas | Anatomie et cytologie pathologiques |
| NEIDHARDT Jean-Pierre | Anatomie |
| PETIT Paul | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| ROUSSET Bernard | Biologie cellulaire |
| SINDOU Marc | Neurochirurgie |
| TISSOT Etienne | Chirurgie générale |
| TREPO Christian | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| TROUILLAS Paul | Neurologie |
| TROUILLAS Jacqueline | Cytologie et histologie |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers (Hors classe)

| | |
|---------------------------|--|
| BENCHAIB Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| BRINGUIER Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| BUI-XUAN Bernard | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| DAVEZIES Philippe | Médecine et santé au travail |
| GERMAIN Michèle | Physiologie |
| HADJ-AISSA Aoumeur | Physiologie |
| JOUVET Anne | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LE BARS Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| LIEVRE Michel | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie |
| NORMAND Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| PERSAT Florence | Parasitologie et mycologie |
| PHARABOZ-JOLY Marie-Odile | Biochimie et biologie moléculaire |
| PIATON Eric | Cytologie et histologie |
| RIGAL Dominique | Hématologie ; transfusion |
| SAPPEY-MARINIER Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| TIMOUR-CHAH Quadiri | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers (Première classe)

| | |
|-------------------------------|--|
| ADER Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| BARNOUD Raphaëlle | Anatomie et cytologie pathologiques |
| BONTEMPS Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| BRICCA Giampiero | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique addictologie |
| CELLIER Colette | Biochimie et biologie moléculaire |
| CHALABREYSSE Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| CHARBOTEL-COING-BOYAT Barbara | Médecine et santé au travail |
| COLLARDEAU FRACHON Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| COZON Grégoire | Immunologie |
| DUBOURG Laurence | Physiologie |
| ESCURET PONCIN Vanessa | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

| | |
|-----------------------------|--|
| FRANCO-GILLIOEN Patricia | Physiologie |
| HERVIEU Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| JARRAUD Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| KOLOPP-SARDA Marie Nathalie | Immunologie |
| LASSET Christine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| LAURENT Frédéric | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LESCA Gaëtan | Génétique |
| MAUCORT BOULCH Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication |
| MEYRONET David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PERETTI Noel | Nutrition |
| PINA-JOMIR Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| PLOTTON Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| RABILLOUD Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication |
| RITTER Jacques | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| ROMAN Sabine | Physiologie |
| STREICHENBERGER Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TARDY GUIDOLLET Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |
| TRISTAN Anne | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| VLAEMINCK-GUILLEM Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |
| VOIGLIO Eric | Anatomie |
| WALLON Martine | Parasitologie et mycologie |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers (Seconde classe)

| | |
|-------------------------|--|
| BUZLUCA DARGAUD Yesim | Hématologie ; transfusion |
| CHARRIERE Sybil | Nutrition |
| DUCLOS Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| PHAN Alice | Dermato-vénéréologie |
| RHEIMS Sylvain | Neurologie (stag.) |
| RIMMELE Thomas | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (stag.) |
| SCHLUTH-BOLARD Caroline | Génétique |
| THIBAUT Hélène | Physiologie |
| VASILJEVIC Alexandre | Anatomie et cytologie pathologiques (stag.) |
| VENET Fabienne | Immunologie |

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

| |
|-----------------|
| CHANELIERE Marc |
| FARGE Thierry |
| FIGON Sophie |

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Président du jury

Monsieur le Professeur Pierre COCHAT

Je suis très honorée que vous ayez accepté d'être le président de mon jury de thèse. Je vous remercie d'avoir été disponible à chaque fois que j'en ai eu besoin. Veuillez trouver en ce travail l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE

Je suis très heureuse de vous compter parmi mon jury de thèse. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance et mon respect.

Monsieur le Professeur Alain LACHAUX

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail et je vous en remercie. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Gilles De LORENZI

Je suis touchée que vous ayez accepté de faire partie de ce jury. Ces quatre mois travaillés à vos côtés m'ont beaucoup appris et m'ont permis de débiter mes remplacements sereinement. Merci de m'avoir transmis une médecine humaine et de qualité. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère estime.

A ma Directrice de thèse

Madame le Professeur Marie FLORI

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et d'avoir supervisé ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre soutien et vos conseils avisés. Vous avez toujours trouvé du temps pour moi et ce projet que ce soit à la faculté, par mail ou téléphone. Je vous suis reconnaissante de votre investissement dans notre formation de médecins généralistes. Ce fut un grand plaisir de travailler et d'échanger avec vous durant ces quatre dernières années, vous m'avez beaucoup appris dans bien des domaines...

Avant toute chose je tiens à préciser que cette liste est tout sauf exhaustive...

A mon mari, merci pour ton amour. Cette dernière année a filé à toute vitesse : arrivée de Marie-Lou, changements professionnels, déménagement... A tes côtés le quotidien est doux et heureux, ton étourderie me fait sourire et rend chaque jour unique... même si il arrive parfois que je sois exaspérée ! Tu sais trouver les mots pour m'apaiser en toute circonstances, on se connaît par « cœur », tu es ma force, mon confident, mon amoureux, un père merveilleux, ma parfaite moitié ! J'ai bien l'impression que le bonheur est à Sologny, au bout d'un chemin, dans une maison aux volets bleus, auprès de toi... « Je t'aime Baptiste ».

A ma petite Marie-Lou. Un beau jour de septembre tu as pointé le bout de ton nez et as bouleversé notre vie. Depuis, notre ménage à trois se passe à merveille, tu es une petite fille adorable. Que le temps passe vite, trop vite, bientôt 1 an, parfois j'aimerais rajouter des heures à une journée pour passer plus de temps avec toi... Tu changes et grandis tellement vite, je ne me lasse pas de te regarder chaque jour apprendre de nouvelles choses, tu as égayé ma vie et fait de moi une maman comblée: "Je t'aime ma marie-lou".

A mes parents, MERCI pour votre soutien inconditionnel durant toutes ces années. Sans vous, je n'en serai pas là, je suis très fière de devenir aujourd'hui « Dr NOVELLO » après « Mme PAUTONNIER »... J'espère construire ma famille de la même façon que vous avez su bâtir la nôtre. En se rapprochant géographiquement on profitera encore plus de vous, vivement la retraite ! Je t'aime maman et je t'aime papa.

A mon frère, merci de me soutenir et de me supporter depuis toutes ces années... Je suis très fière de ton parcours tant professionnel que personnel. Tu as choisi une femme adorable « Anne-Laure », je ne pouvais pas rêver meilleure belle-sœur ! Avec Elisa vous formez une très belle famille, je vous souhaite de poursuivre sur ce chemin du bonheur, « je vous aime fort ».

A ma grand-mère Jeanine, merci pour ta tendresse et ton soutien bienveillant. Tu m'as toujours encouragé dans mon travail et je suis très heureuse que tu puisses être présente à mes côtés en ce jour si important pour moi.

A mes grands-pères, Alphonse et Giovanni, présents dans mon cœur. **A ma grand-mère Rosanna**, qui est partie bien trop jeune.

A mes oncles, tantes, cousins, cousines, et oui la famille est nombreuse ! Nos retrouvailles toujours chaleureuses ont marqué mon enfance.

A tata Monique, qui a veillé sur moi quand maman travaillait, je n'aurai pas pu avoir de meilleure « nounou », tu as toujours été là pour nous avec ton œil attentionné **à tonton Bernard**, qui nous a appris le terroir charollais et enseigné l'histoire de France...

A ma belle-famille qui m'a si bien accueilli. Merci Madeleine et Jean-Louis de m'avoir confié votre baptiste qui fait chaque jour mon bonheur ! Un adjectif me vient en tête « généreux ». **A mes beaux-frères et ma belle-sœur**, c'est toujours un plaisir de partager des moments avec vous. Gardez votre joie de vivre et votre passion dans tout ce que vous entreprendrez. **A Antonin et à Alice**, c'est un régal de vous voir grandir et vous épanouir.

Dédicaces spéciales à Madeleine pour ses petits plats Tupperware qui ont illuminé nos soirées durant nos études et qui d'ailleurs égaièrent encore nos papilles... et à Marius pour sa si bonne viande! Y a pas à dire vous êtes une famille de gastronomes formidables!

A mes amis d'enfance, la bande de "paray", c'est une histoire de longue date, depuis la maternelle pour les premiers : Emma, Marie, Antoine, ensuite au collège : Anne-Sophie, Julie, Marie-Laure, Lucie et au lycée : Mickael, Pierre-Antoine, Yoann, Aurèle, Clément... Malgré l'éloignement géographique et temporel, notre amitié s'inscrit dans la durée. Elle représente pour moi une amarre solide auquel je sais pouvoir m'accrocher en cas de coup dur. Je pense pouvoir dire que vous faites parti de "ma famille".

A mes copines de fac et consœurs, que de bons souvenirs lorsque je pense à nos années d'externat qui grâce à votre jovialité sont passées tout en douceur! Depuis 4 ans maintenant, la distance nous sépare pour certaines mais je sais que nous ferons tout pour garder pérenne cette amitié. La bande attend de prochains heureux évènements, je vous souhaite tout le bonheur du monde tant d'un point de vue professionnel que personnel... Petite dédicace spéciale à Louise, merci pour tes précieux conseils médicaux que ce soit pour la rédaction de cette thèse ou lorsque je t'appelle pour un patient...j'espère de tout cœur que nous trouverons un bon équilibre dans notre collaboration...!!!

A Pierre, merci pour ton aide précieuse pour mes statistiques

A tous les médecins que j'ai croisés sur ma route et qui m'ont enseigné souvent avec passion une médecine humaine et de qualité. Il y aura un petit peu de vous tous dans ma façon d'exercer la médecine. J'aborde plutôt sereinement mon début de « carrière », j'espère que tous vos conseils avisés seront me servir et que je garderai en tout temps et en tout lieux mon punch et mon optimisme...!

Et enfin **aux patients** qui m'en apprennent un peu plus chaque jour...

LISTE DES ABREVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

ECN : Examen Classant National

PMEA : Pôle Mère Enfant en Ambulatoire remplacé par **PFEA** : Pôle Femme Enfant en Ambulatoire

CUMG : Collège Universitaire de Médecine Générale

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

PMI : Protection Maternelle et Infantile

GEP : Groupe d'Echanges de Pratiques

FMC : Formation médicale continue

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

MSU : Maître de Stage des Universités

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 3 |
| MATÉRIEL ET MÉTHODE..... | 7 |
| 1. Type d'étude..... | 7 |
| 2. Sélection de la population..... | 7 |
| 2.1. Critères d'inclusion | 7 |
| 2.2. Critères de non-inclusion..... | 7 |
| 3. Période de recueil des questionnaires..... | 7 |
| 4. Le questionnaire (Annexe 1) | 7 |
| 4.1. Élaboration du questionnaire | 7 |
| 4.2. Testing du questionnaire..... | 9 |
| 4.3. Technique de distribution et de recueil des questionnaires | 9 |
| 4.4. Recueil et analyse des réponses..... | 10 |
| 5. Méthode de recherche bibliographique | 10 |
| 5.1. Bases de données interrogées | 10 |
| 5.2. Mots clefs utilisés | 10 |
| 5.3. Dates de recherche..... | 11 |
| RESULTATS | 12 |
| 1. Caractéristiques de la population..... | 12 |
| 1.1. Age/sexe | 12 |
| 1.2. Projet professionnel à la sortie de l'internat | 13 |
| 1.3. Parentalité..... | 13 |
| 1.4. Positionnement dans la promotion | 13 |
| 1.5. Intérêt au suivi des nourrissons | 14 |
| 2. Etude descriptive | 14 |
| 2.1. Réponse au critère de jugement principal..... | 14 |
| 2.2. Formation durant l'externat..... | 15 |
| 2.2.1. La formation théorique..... | 15 |
| 2.2.2. Evaluation de la formation théorique | 15 |
| 2.2.3. La formation pratique..... | 16 |
| 2.2.4. Evaluation de la formation pratique | 17 |
| 2.3. Formation durant l'internat..... | 17 |
| 2.3.1. La formation théorique..... | 17 |
| 2.3.2. Evaluation de la formation théorique | 18 |
| 2.3.3. La formation pratique..... | 18 |
| 2.3.4. Evaluation de la formation pratique | 20 |
| 2.4. Les difficultés ressenties..... | 21 |
| 2.4.1 Au cours de l'examen clinique | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 2.4.2. À propos des motifs de consultations des nourrissons les plus fréquents | 22 |
| 2.5. Les pistes d'amélioration..... | 23 |
| 2.5.1. De la formation théorique | 23 |
| 2.5.2. De la formation pratique | 25 |
| 3. Etude analytique | 25 |

DISCUSSION 27

| | |
|---|-----------|
| 1. Les limites et forces de notre étude | 27 |
| 1.1. Les limites | 27 |
| 1.2. Les forces | 28 |
| 2. Caractéristiques des internes qui s'évaluent compétents | 29 |
| 3. La formation..... | 30 |
| 3.1. Durant l'externat..... | 30 |
| 3.2. Durant l'internat | 31 |
| 3.3. À l'étranger | 32 |
| 4. Les difficultés ressenties | 33 |
| 5. Les pistes d'amélioration..... | 35 |
| 5.1. De la formation théorique..... | 35 |
| 5.2. De la formation pratique..... | 36 |

CONCLUSIONS 38

BIBLIOGRAPHIE 40

ANNEXES..... 45

| | |
|--|-----------|
| Annexe 1 : Le questionnaire | 45 |
| Annexe 2 : Examen systématique et programmé du nourrisson par le CLGE | 50 |
| B Senez, JL Mas, S Figon | 50 |

INTRODUCTION

Neuf années séparent le jeune bachelier s'inscrivant en première année dans une faculté de médecine française et le médecin généraliste qui débute son activité professionnelle à l'issue de la formation initiale. Neuf années de formation théorique et pratique qui doivent lui apporter les compétences nécessaires à l'exercice d'une médecine polyvalente, sans considération d'âge ni de sexe, le plus souvent en premier recours (1).

Concernant la prise en charge des enfants, les soins de premier recours sont assurés aussi bien par les pédiatres que les médecins généralistes (2). Depuis les années 2000, la santé de l'enfant constitue un enjeu majeur de santé publique comme en témoigne le rapport du Professeur Sommelet en 2006 qui déclare que la prise en charge médicale des enfants représente une condition essentielle à l'amélioration de la santé à l'âge adulte; la préservation de leur capital santé conditionne la santé de demain (3).

Selon l'INSEE en 2012, la population française s'élevait à 65 820 916 habitants et la tranche d'âge de la naissance à deux ans, définie par l'OMS comme celle des nourrissons, comptait 1 645 400 habitants ce qui représentait 2,5 % de la population Française (4).

Aujourd'hui pour le suivi régulier de leur nourrisson, les parents ont le choix entre médecins généralistes et pédiatres que ce soit en milieu hospitalier ou libéral, dans les services de protection maternelle et infantile ou encore dans des réseaux de soins. Les statistiques nationales montrent qu'entre 0 et 2 ans, les parents se partagent entre 50% chez le Médecin Généraliste et 50% chez le Pédiatre. Au-delà de 2 ans, seuls 20 % continuent de consulter un Pédiatre (2). En 2002, une étude de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) concluait que parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% ont seulement vu un pédiatre, 40 % ont seulement vu un généraliste et 55 % ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre» (5). Enfin, en 2009 dans son rapport d'expertise opérationnelle « La santé de l'enfant, propositions pour un meilleur suivi », l'INSERM relate, en s'appuyant sur les données de la DREES relatives à la rédaction des certificats de santé de l'enfant, que l'examen obligatoire du 9ème mois est réalisé par un médecin généraliste dans 53,7% des cas, versus 45,6% des cas par un pédiatre (6).

Les principaux motifs de consultations des nourrissons sont les affections des voies respiratoires hautes non urgentes (rhino-pharyngites) et urgentes (otites, bronchites, angines), ainsi que la prévention et le dépistage (7). Dans la catégorie prévention et dépistage, les vaccinations concernent 59% des séances et les examens systématiques 32% des séances (3).

Le médecin qui suit un nourrisson entre 0 et 2 ans a donc un rôle d'évaluation et de dépistage qui est fondamental. Il allie prévention et soins (8).

Concernant la prise en charge des nourrissons, nous avons ainsi mis en évidence le rôle conjoint des médecins généralistes et des pédiatres. Cependant, il faut souligner une évolution de la démographie médicale ces dernières années. Effectivement nous assistons à une pénurie de pédiatres libéraux et ceux-ci tirent régulièrement la sonnette d'alarme car leur nombre ne cesse de diminuer et leur répartition devient très inégale sur le territoire. Il semble que cette permanence des soins de ville par les pédiatres ait trouvé ses limites : vieillissement des pédiatres, désertification des petites et moyennes villes, féminisation de la profession avec demande de temps partiel, « burn out » des pédiatres, surcharge de travail importante liée à la multiplication des modes d'exercice, pénibilité des gardes sans possibilité de récupération, permanence des soins non valorisée financièrement. L'évolution de la pédiatrie ambulatoire peut se faire vers une pédiatrie de type secondaire: cela semble être le souhait des hospitaliers, des généralistes, des tutelles et ce d'autant plus que la pénurie de pédiatres sera extrêmement importante d'ici 10 à 15 ans (9).

Quelques chiffres parlants: sur 90 363 médecins généralistes inscrits à l'ordre des médecins au 1er janvier 2014, 52 760 soit 58 % exercent une activité libérale; sur 7 008 pédiatres inscrits à l'ordre des médecins au 1er janvier 2014 seulement 1744 soit 25% exercent une activité libérale. Actuellement, sur 100 jeunes pédiatres nouvellement inscrits à l'ordre des médecins, seulement 2,64% choisissent le mode d'exercice libéral contre 86,80% pour le mode salarié (10). Les jeunes pédiatres semblent davantage s'orienter vers la pédiatrie spécialisée, en CHU, sur des postes de salariat à temps partiel.

Le compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009 soulève la question du parcours de soins en pédiatrie générale et fait observer que le souhait de s'inscrire pour les pédiatres comme premier recours, était difficilement compatible avec la répartition très déséquilibrée au sein des territoires (94% des pédiatres libéraux exercent dans des pôles urbains), et propose plutôt un positionnement de second recours. Il insiste aussi sur l'importance d'une formation pédiatrique de qualité au sein du DES de Médecine Générale (11).

Depuis 2004, tous les étudiants en médecine doivent passer l'Examen National Classant (renommé « Epreuves Classantes Nationales » par la suite) à la fin du deuxième cycle. L'ancien résidanat devient alors l'internat de médecine générale, dans le cadre du processus de revalorisation de cette profession.

Au cours du deuxième cycle des études médicales, la formation en pédiatrie est constituée d'une partie théorique avec l'étude du programme de l'ECN; plusieurs modules transdisciplinaires sont étudiés (module 2: de la conception à la naissance, module 3: maturation et vulnérabilité, module 4 handicap, module 7: santé et environnement - Maladies transmissibles, module 8: immunopathologie – réaction inflammatoire, module 11: urgences et orientation diagnostique) (12) et d'une partie pratique qui comprend un stage hospitalier dans un service de pédiatrie et plus récemment depuis 2006 l'obligation de réaliser un stage extrahospitalier chez un médecin généraliste, tous deux d'une durée de 6 semaines à temps plein (13).

Au cours du troisième cycle, la formation en pédiatrie de l'interne de médecine générale est essentiellement pratique avec l'obligation d'effectuer un stage en pôle gynécologie-pédiatrie au cours de son cursus (sous forme de PFEA= Pôle Femme Enfant Ambulatoire ou de stage hospitalier) depuis une réforme en octobre 2000 mais en réalité, beaucoup de régions ne sont pas en mesure de proposer suffisamment de postes pour l'ensemble des étudiants, le choix se faisant alors entre pédiatrie et gynécologie (14). Sur le plan théorique, le CUMG à Lyon propose 2 journées d'enseignement durant le stage chez le praticien de niveau 1 de 9h à 17h. Reste la possibilité de se former lors du stage chez le praticien de niveau 1 ou 2 mais la pratique de la pédiatrie est loin d'être importante chez tous les généralistes.

Partant de l'ensemble de ces données, on comprend aisément que les médecins généralistes sont de plus en plus consultés pour le suivi et les pathologies courantes des nourrissons. Qu'il soit féru de pédiatrie ou réticent, chaque médecin généraliste se retrouvera confronté à la nécessité de réaliser des examens du nourrisson, et ce, de plus en plus fréquemment. C'est pourquoi il est aujourd'hui primordial que les futurs généralistes reçoivent une formation adaptée pour la médecine de l'enfant. La prise en charge des nourrissons nécessite des connaissances adaptées, un savoir-faire rigoureux, des qualités de communication avec les parents comme avec ce petit patient.

Dès lors, il apparaît indispensable de permettre aux internes en médecine générale d'accéder à une formation de qualité en pédiatrie générale. La patientèle pédiatrique a recours plus fréquemment au médecin généraliste, plus facilement accessible. Mais la formation s'adapte-t-elle à l'évolution des modèles de soins? Qu'en est-il de la formation pédiatrique du futur médecin généraliste en Rhône Alpes? Est-elle en adéquation avec les besoins et le jeune médecin généraliste rencontre-t-il des difficultés pour prendre en charge les nourrissons?

L'objectif principal de notre travail est de déterminer si les internes lyonnais en fin de cursus se sentent prêts à suivre des nourrissons âgés de 0 à 2 ans sans antécédent particulier.

Les objectifs secondaires sont de recueillir leur avis (satisfaction, non satisfaction) sur les différents modes de formation en pédiatrie proposés durant leur formation médicale initiale (externat, internat, théorique, pratique), de déterminer les principales difficultés rencontrées par ces jeunes médecins généralistes lors de la prise en charge des nourrissons, de proposer des pistes en vue d'améliorer leurs compétences dans le domaine du suivi des nourrissons et d'établir un profil des internes (déterminer les caractéristiques socioprofessionnelles des internes) qui se sentent prêts.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de type quantitative, descriptive, transversale.

2. Sélection de la population

2.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient:

- être interne en Médecine Générale à Lyon
- passer son oral de DES aux sessions d'octobre 2014 ou d'avril 2015

2.2. Critères de non-inclusion

Les critères d'exclusion de cette étude étaient:

- ne pas avoir validé l'ensemble de sa maquette de DES
- avoir changé de ville au cours de l'internat

La population représentée par ces critères était évaluée à 200 internes environ.

3. Période de recueil des questionnaires

Les questionnaires ont été distribués et récoltés durant les oraux du DES de Médecine Générale aux facultés de Médecine Lyon Est et Lyon Sud les 9 et 16 octobre 2014 puis les 31 mars et 14 avril 2015.

4. Le questionnaire (Annexe 1)

4.1. Élaboration du questionnaire

Il comporte 4 pages, il est constitué de 21 questions, dont 2 sont présentées sous forme de tableaux à multiples entrées. Nous avons privilégié les questions à choix multiples et limité autant que possible les questions ouvertes de manière à faciliter le recueil des données et l'exploitation statistique.

Ce questionnaire papier est composé de cinq grandes parties:

- Evaluation de la formation pratique et théorique en pédiatrie durant l'externat : il s'agissait de préciser la formation théorique reçue au cours de l'externat puis de l'évaluer sur une échelle qualitative : très satisfaisante, satisfaisante, peu satisfaisante ou non satisfaisante. Concernant la formation pratique, l'interne devait préciser quel stage lui avait permis d'aborder la pédiatrie puis l'évaluer à l'aide de cette même échelle.
- Evaluation de la formation pratique et théorique en pédiatrie durant l'internat à Lyon : il s'agissait de préciser la formation théorique reçue au cours de l'internat puis de l'évaluer sur une échelle qualitative : très satisfaisante, satisfaisante, peu satisfaisante ou non satisfaisante. Concernant la formation pratique, l'interne devait préciser quels stages lui avaient permis d'appréhender la pédiatrie puis l'évaluer à l'aide de cette même échelle.
- Evaluation des difficultés ressenties lors de la prise en charge d'un nourrisson : dans un premier temps, l'interne devait préciser s'il avait déjà pris en charge des nourrissons de 0 à 2 ans et s'il éprouvait des difficultés face à l'examen clinique de celui-ci. Dans un deuxième temps, il devait exprimer l'absence ou la présence de difficultés face aux motifs de consultation les plus fréquents des nourrissons âgés de 0 à 2 ans rencontrés en cabinet de médecine générale. Enfin, l'interne devait répondre au critère de jugement principal, à savoir s'il se sentait prêt à suivre des nourrissons âgés de 0 à 2 ans sans antécédent particulier.
- Les pistes d'amélioration : dans cette partie deux questions étaient posées sur les améliorations envisageables à la formation universitaire des jeunes médecins généralistes concernant le suivi des nourrissons. La première concernait la formation théorique et la seconde la formation pratique, les questions étaient à choix multiples mais l'interne pouvait proposer librement des pistes à la fin de la question.
- Le profil de l'interne interrogé : âge, sexe, mode d'exercice envisagé à la sortie de l'internat, intérêt personnel pour le suivi des nourrissons, parentalité, classement au sein de sa promotion.

4.2. Testing du questionnaire

Le questionnaire a été relu par des « experts » : le Pr FLORI et le Dr FIGON, médecins généralistes enseignantes à la faculté de Lyon qui ont donné leur avis. Notre président de jury, le Pr COCHAT a également donné son avis.

Le questionnaire a ensuite été testé sur un échantillon de 5 internes n'appartenant pas à cette promotion. Il leur a été demandé de remplir le questionnaire puis de signaler toutes les remarques qu'ils souhaitaient faire sur le fond (sujet, utilité, pertinence des questions ...) et la forme (présentation, lisibilité, formulation des questions, termes utilisés, longueur...).

Ce pré-test a aussi permis d'évaluer le temps nécessaire pour remplir le questionnaire. Il a été de 5 minutes en moyenne.

Le questionnaire a alors été modifié de telle sorte :

- Suppression de la partie portant sur les connaissances des internes
- A la question 11 concernant les difficultés ressenties dans le suivi des nourrissons, les dépistages des troubles auditifs et visuels ont été joints laissant place à l'ajout de l'item prévention vitaminique
- A la question 15 concernant les pistes d'amélioration de la formation pratique, un item proposant un stage chez le praticien de niveau 1 avec un des maîtres de stage ayant une forte activité pédiatrique a été ajouté.

4.3. Technique de distribution et de recueil des questionnaires

Cette étude s'est appuyée sur un questionnaire papier anonyme qui a été distribué par le jury à l'ensemble des internes lyonnais de médecine générale passant leur soutenance orale de DES les 9 et 16 octobre 2014 puis les 31 mars et 14 avril 2015.

Les questionnaires étaient récupérés en mains propres de façon anonyme par le jury de DES ou moi-même. Puis, ils étaient récupérés chaque jour et centralisés par les secrétaires du Département de Médecine Générale de la faculté de Lyon Est et Lyon Sud.

4.4. Recueil et analyse des réponses

Les réponses au questionnaire « papier » étaient saisies informatiquement par l'auteur au moyen du logiciel Googledoc ® permettant par la suite de constituer la base de données informatisée de façon semi-automatique sous un format Excel ®.

Tous les questionnaires remplis étaient inclus.

Les résultats ont d'abord été analysés de manière descriptive avec calculs des paramètres de position et de dispersion.

Dans un deuxième temps, les facteurs associés de manière significative à la compétence de suivre des nourrissons âgés de 0 à 2 ans sans antécédent particulier ont été recherchés avec le test du χ^2 (Chi deux). Lorsque les conditions d'application du test Chi deux n'étaient pas réunies, à cause d'effectifs trop faibles, le test exact de Fischer a été utilisé. Les tests statistiques ont été réalisés avec le site internet BiostaTVG®.

Le risque de première espèce α (alpha) était fixé à 5%.

5. Méthode de recherche bibliographique

5.1. Bases de données interrogées

MEDLINE via pubmed, SUDOC (Système universitaire de documentation), googlescholar, bibliothèque électronique Prescrire, EM premium, CISMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones)

5.2. Mots clefs utilisés

- mots clefs du MeSH : paediatric training, general practician ou family practitioner, infant follow-up, primary care, quantitative research or quantitative study
- mots clefs en français : formation en pédiatrie, médecins généralistes, suivi des nourrissons, soins primaires, étude quantitative

5.3. Dates de recherche

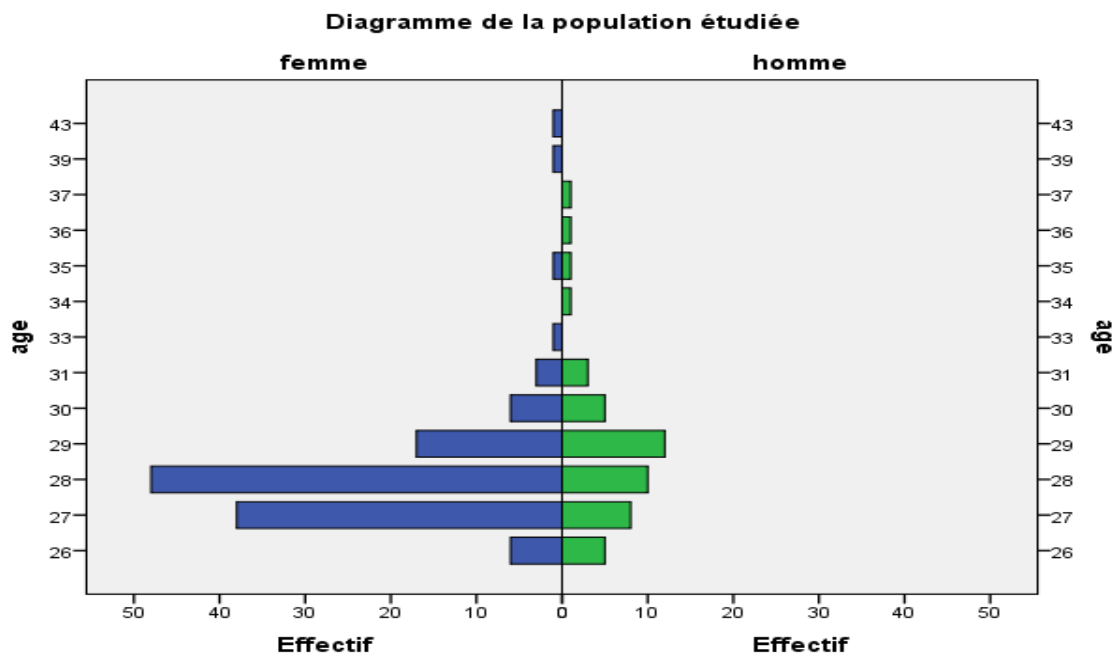
La recherche bibliographique a été réalisée dans un premier temps durant l'été 2013 dans le cadre de notre mémoire de stage chez le praticien de niveau 1 puis durant l'hiver et le printemps 2014 afin de peaufiner l'objectif de notre étude et l'élaboration de notre questionnaire. Enfin durant la rédaction de la discussion au printemps 2015 nous avons de nouveau effectué des recherches afin de prendre en compte d'éventuelles nouvelles publications.

RESULTATS

170 questionnaires « papier » ont été réceptionnés comprenant 1 exemplaire incomplet (verso non complété) qui a été exclu de l'analyse. Lors des soutenances de DES en octobre 2014 nous avons récolté 113 questionnaires sur 121 étudiants, le taux de réponse était de 93,4%. Lors des soutenances de DES en avril 2015 nous avons récolté 57 questionnaires sur 78 étudiants présents ce qui correspondait à un taux de réponse de 73%. Au final, nous avons inclus 169 questionnaires, ce qui correspond à un taux de réponse de 84,9%. Un interne n'a pas répondu aux trois dernières questions du questionnaire d'où une donnée manquante aux résultats de celles-ci.

1. Caractéristiques de la population

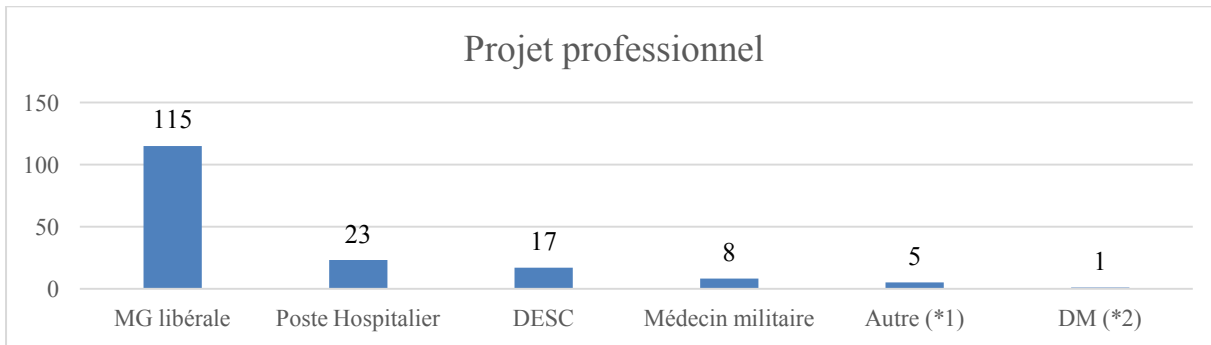
1.1. Age/sexe



Graphique 1 : Pyramide des âges

Notre échantillon se compose d'une majorité de femmes $n=122$ (72,2%) contre 47 hommes (27,8%). L'âge médian est de 28 ans [2,2], les âges minimum et maximum sont respectivement de 26 et 43 ans. Chez les hommes l'âge médian est de 29 ans [2,5] et chez les femmes l'âge médian est de 28 ans [2,1].

1.2. Projet professionnel à la sortie de l'internat



Graphique 2 : Illustration du projet professionnel

La majorité des internes terminant leur cursus s'orientent vers la médecine générale libérale n=115 (68%), 17 poursuivent vers un DESC (10%) et 23 débutent un poste hospitalier (13,6%). Dans la catégorie « autre » on retrouve : deux médecins du sport, un médecin de PMI, un assistant aux urgences pédiatriques et un médecin généraliste salarié.

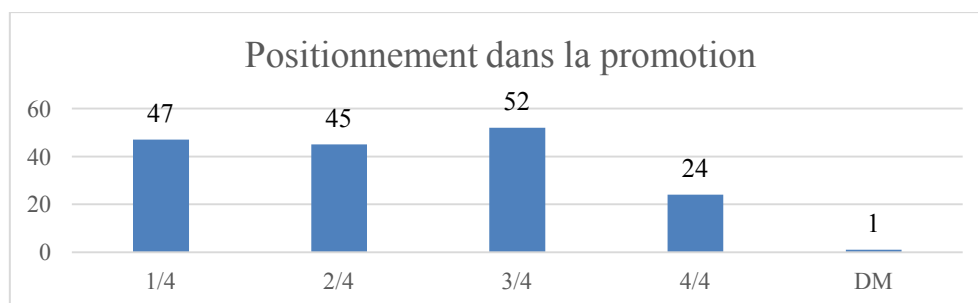
1.3. Parentalité

| Parentalité | oui | non | donnée manquante |
|-------------|-----|-----|------------------|
| N=169 | 29 | 139 | 1 |

Tableau 1 : la parentalité

Dans notre étude 29 internes sont parent (17,2%).

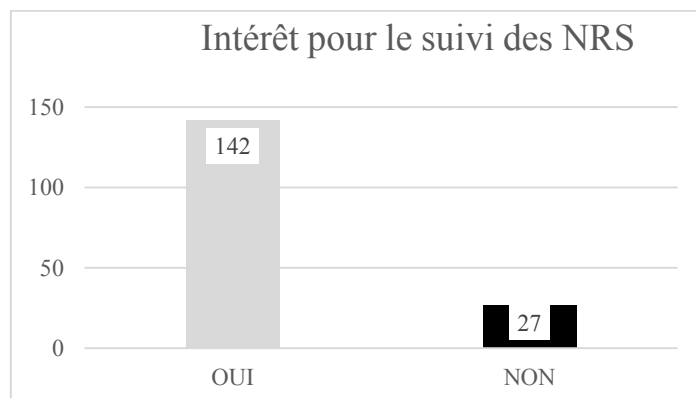
1.4. Positionnement dans la promotion



Graphique 3 : Illustration du positionnement dans la promotion

Notre échantillon montre une répartition égale des internes suivant leur classement à l'examen classant national, seul le dernier quart est légèrement sous représenté, n=24 (14,2%).

1.5. Intérêt au suivi des nourrissons

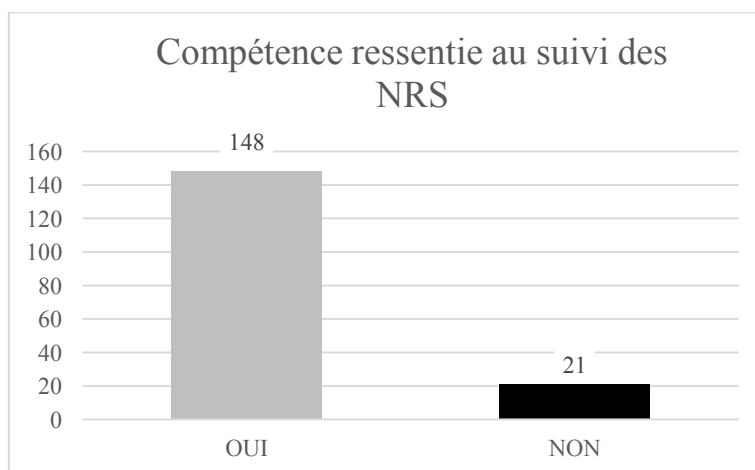


Graphique 4 : Illustration de l'intérêt pour le suivi des nourrissons

Dans notre population, 27 internes ne sont pas intéressés par le suivi des nourrissons (16%) et 142 le sont (84%).

2. Etude descriptive

2.1. Réponse au critère de jugement principal

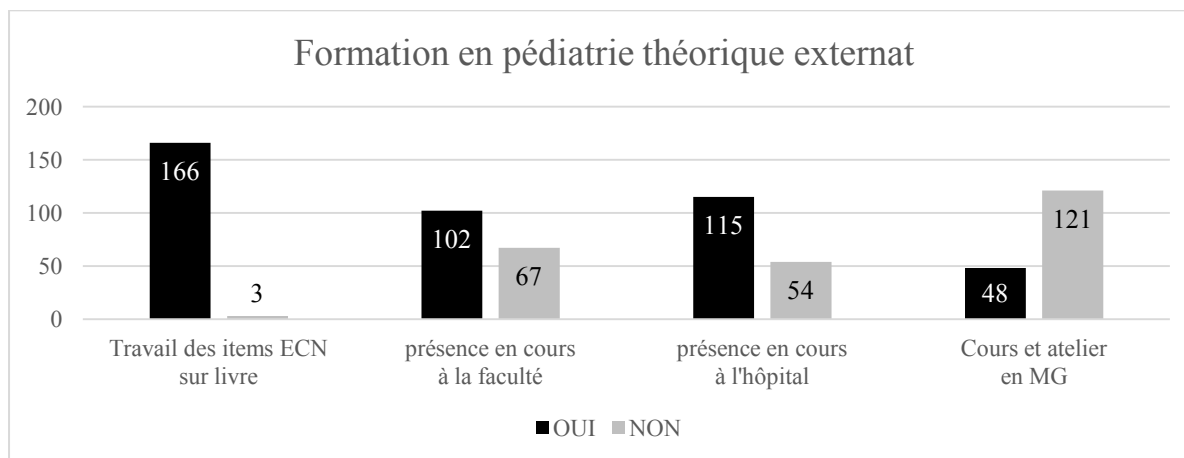


Graphique 5 : Illustration de la compétence ressentie à suivre des nourrissons

Dans notre échantillon, 148 internes se sentent prêts à suivre des nourrissons âgés de 0 à 2 ans sans antécédent particulier (87,6%) et 21 ne se sentent pas aptes à faire ce suivi (12,4%).

2.2. Formation durant l'externat

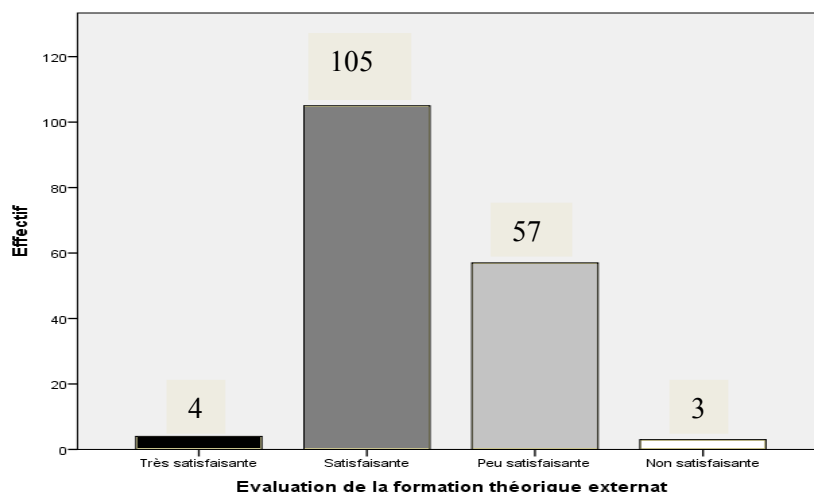
2.2.1. *La formation théorique*



Graphique 6 : Illustration de la formation théorique durant l'externat

Durant l'externat, les internes interrogés ont étudié la pédiatrie principalement sur des livres contenant les items de l'examen classant national, n=166 (98%). Dans notre échantillon, 115 internes ont assisté aux cours des pédiatres dispensés lors de leur stage hospitalier (68%), 102 étaient présents aux cours de la faculté (60%) et 48 ont participé aux cours donnés par les médecins généralistes.

2.2.2. *Evaluation de la formation théorique*



Graphique 7 : Evaluation de la formation théorique

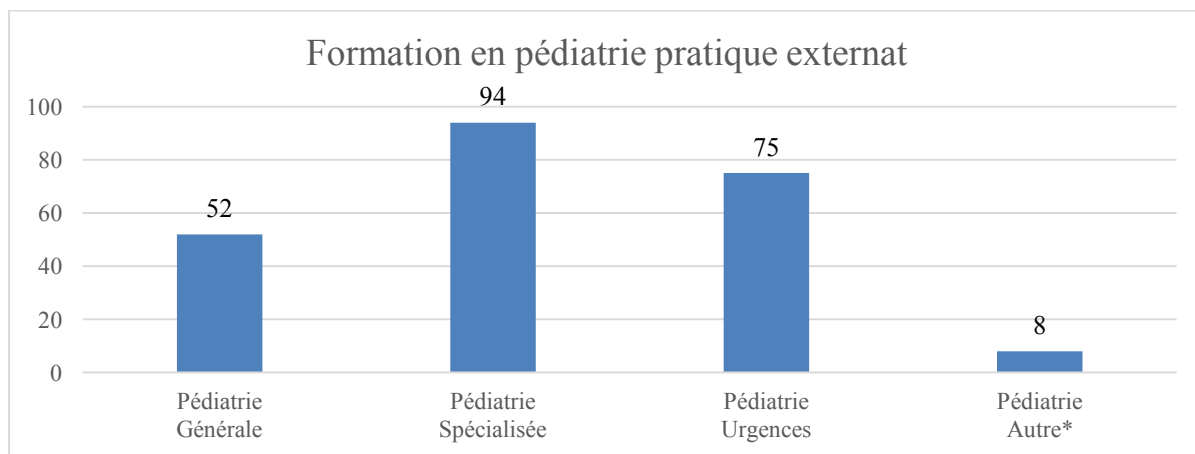
Concernant la formation théorique en pédiatrie reçue durant l'externat; 105 la juge satisfaisante (62,3%), 57 la juge peu satisfaisante (33,7%), 4 très satisfaisante (2,3%) et enfin 3 non satisfaisante (1,7%).

2.2.3. La formation pratique

| | Effectifs | Pourcentage |
|-------|-----------|-------------|
| NON | 7 | 4,1 |
| OUI | 162 | 95,9 |
| Total | 169 | 100,0 |

Tableau 2 : Stage de pédiatrie durant l'externat

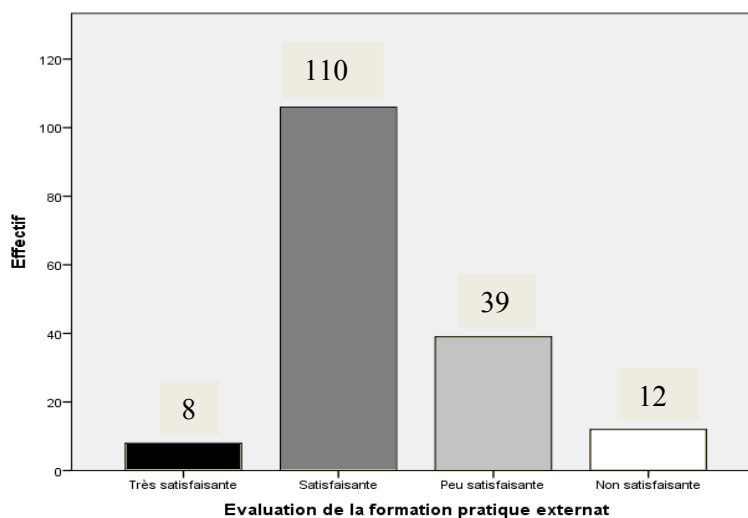
Seulement 7 internes n'ont pas effectué de stage de pédiatrie durant leur externat (4,1%).



Graphique 8 : Type de stage de pédiatrie durant l'externat

La plupart des internes ont effectué un stage d'externat dans un service de pédiatrie spécialisée n=94 (55,6%). 52 ont pu effectuer un stage dans un service de pédiatrie générale (30,8%) et 75 ont réalisé des journées aux urgences pédiatriques (44,4%). En ce qui concerne les 8 autres (4,7%), il s'agissait de stage dans des services de chirurgie pédiatrique pour 4 d'entre eux, un étudiant a effectué son stage dans un service de radiothérapie infantile, un autre dans un service de pédopsychiatrie, un dans un service de réanimation néonatale et enfin le dernier a effectué son stage de pédiatrie dans un hôpital au Mexique.

2.2.4. Evaluation de la formation pratique



Graphique 9 : Evaluation de la formation pratique

Concernant la formation pratique en pédiatrie reçue durant l'externat; 110 la juge satisfaisante (65%), 39 la juge peu satisfaisante (23%), 12 non satisfaisante (7%) et enfin 8 très satisfaisante (4.7%).

2.3. Formation durant l'internat

2.3.1. La formation théorique

| Formation en pédiatrie théorique Internat | Présence à deux journées étude de Pédiatrie | Séances de GEP | Présence aux cours de la faculté | Abonnement à des revues médicales | FMC | Formations Autres (*1) |
|---|---|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----|------------------------|
| OUI | 156 | 108 | 105 | 54 | 46 | 14 |
| NON | 13 (*2) | 61 | 64 | 115 | 123 | 155 |

*1 : les 14 autres formations se répartissent en : 4 internes ont effectué le DIU d'urgences pédiatriques, 6 internes ont cité les recherches personnelles sur internet (pédiadoc, collège de pédiatrie,...) et dans les livres, 2 internes ont souligné leur expérience personnelle de maman et 2 internes ont mentionné la rédaction de présentation, cas cliniques, présentés lors des stages.

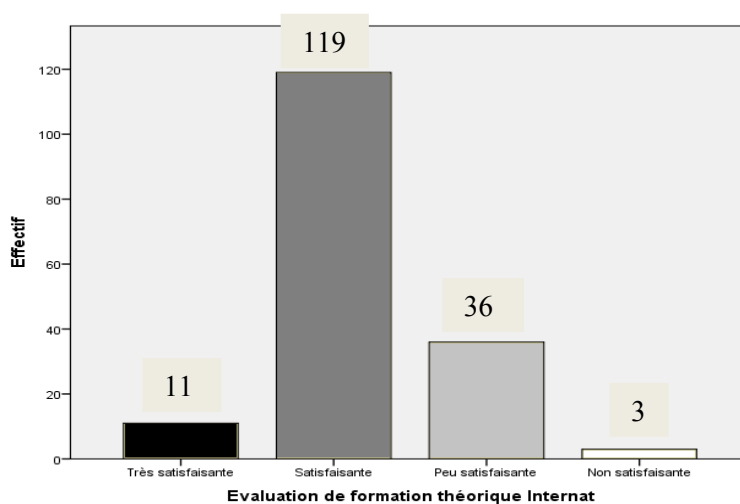
*2 : 11 internes ont participé à seulement 1 journée étude et 2 à aucune.

Tableau 3 : Formation théorique durant l'internat

Durant l'internat, les étudiants ont complété leur formation théorique en pédiatrie; en participant aux journées études du Département de Médecine Générale pour 156 d'entre eux (92,3%), au cours de leurs séances de Groupe d' Echanges de Pratiques pour 108 (63,9%), en participant aux cours

dispensés par les pédiatres au cours de leur stage hospitalier (105;62,1%), en assistant à des formations continues (46 ; 27,2%), en s'abonnant à des revues médicales (54 ; 31,9%) ou par d'autres moyens cités dans le tableau ci-dessus.

2.3.2. Evaluation de la formation théorique



Graphique 10 : Evaluation de la formation pratique durant l'internat

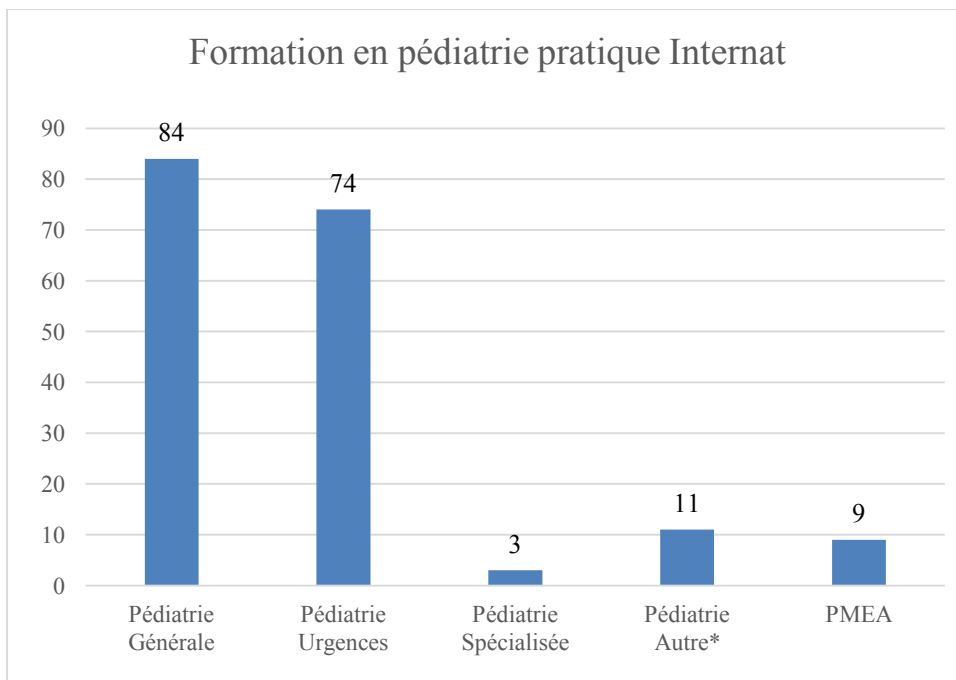
Concernant la formation théorique en pédiatrie reçue durant l'internat; 119 la juge satisfaisante (70,4%), 36 la juge peu satisfaisante (21,3%), 11 très satisfaisante (6,5%) et enfin 3 non satisfaisante (1,8%).

2.3.3. La formation pratique

| | Effectifs | Pourcentage |
|-------|-----------|-------------|
| NON | 45 | 26,6 |
| OUI | 124 | 73,4 |
| Total | 169 | 100,0 |

Tableau 4 : Nombre d'internes ayant effectué un semestre de pédiatrie

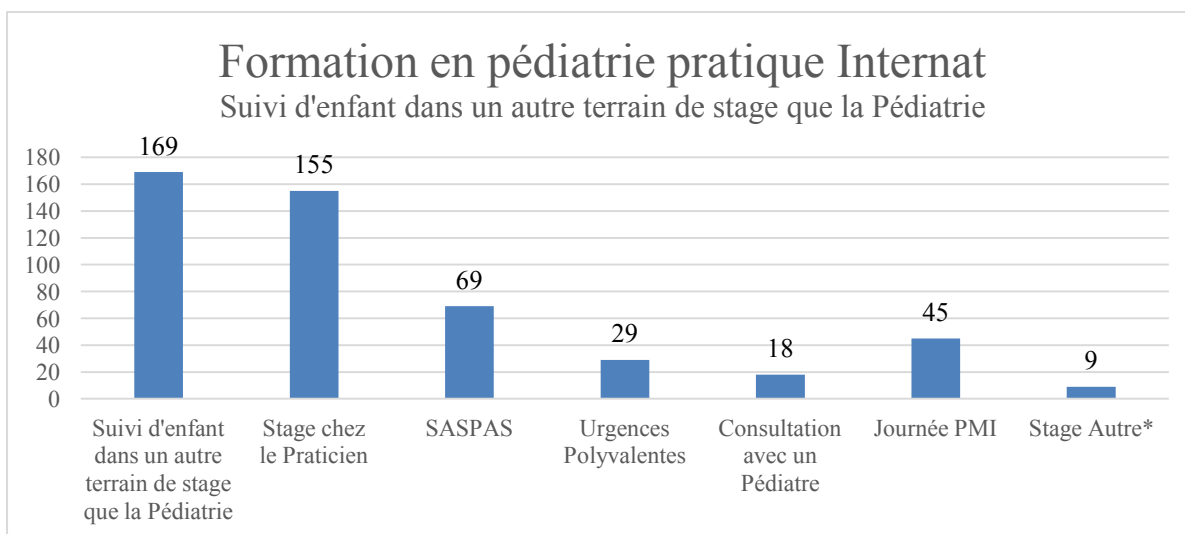
124 internes ont effectué un semestre de pédiatrie (73.4%).



Graphique 11 : Formation pratique en pédiatrie durant l'internat

84 internes ont effectué un stage de pédiatrie générale (49,7%), 74 internes ont effectué des urgences pédiatriques (43,8%). Seulement 3 internes (1,7%) ont eu un stage de pédiatrie spécialisée et 9 internes ont fait un PMEA (5,3%).

Les onze autres stages de pédiatrie se répartissent comme cela: 4 internes ayant eu une activité en néonatalogie durant le semestre de pédiatrie, 2 internes ayant pratiqué la pédopsychiatrie, 2 sont passés en maternité, 2 en soins de suite et réadaptation pédiatrique et 1 interne a effectué 1 semaine de consultations avec un pédiatre libéral.

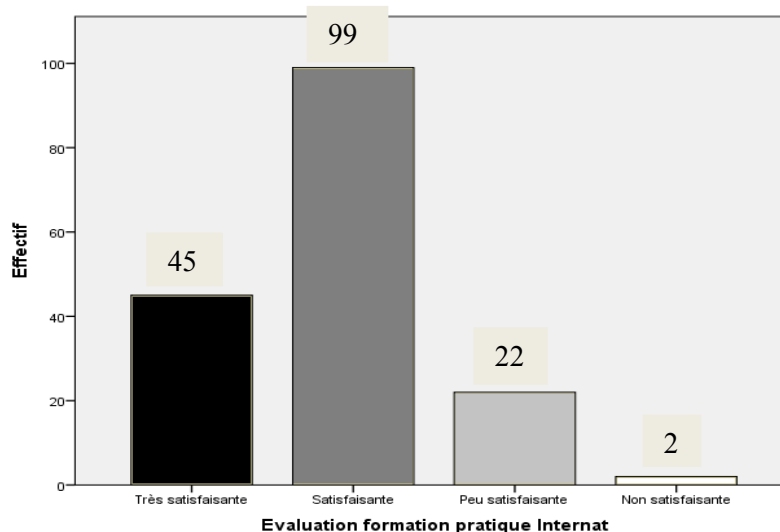


Graphique 12 : Illustration de la formation pratique en pédiatrie dans d'autres terrains de stage

Tous les internes ont pu suivre des enfants durant d'autres stages que le semestre de pédiatrie à proprement parlé n=169 (100%). 155 (91,7%) ont pu pratiquer de la pédiatrie durant leur stage chez le praticien, 69 durant leur SASPAS (40,8%), 45 durant des journées en PMI (26,6%), 29 au cours de leur stage d'urgences polyvalentes (17,1%), 18 ont pu effectuer des consultations avec des pédiatres libéraux (10,6%).

Les 9 stages autres se répartissent comme cela : 6 internes ayant effectué des gardes aux urgences pédiatriques durant leur stage de gynécologie-obstétrique, 1 interne ayant effectué un semestre en médecine scolaire et crèche, 1 interne ayant pratiqué la pédiatrie durant ses consultations à médecins du monde et enfin 1 interne ayant enrichi sa formation en pédiatrie en faisant des gardes aux urgences pédiatriques et en débutant des remplacements libéraux chez un médecin généraliste ayant une forte activité de pédiatrie.

2.3.4. Evaluation de la formation pratique



Graphique 13 : Evaluation de la formation pratique

Concernant la formation pratique en pédiatrie reçue durant l'internat; 99 la juge satisfaisante (58,6%), 45 la juge très satisfaisante (26,6%), 22 peu satisfaisante (13 %) et enfin 2 non satisfaisante (1,2%).

2.4. Les difficultés ressenties

| | Effectifs | Pourcentage |
|-------|-----------|-------------|
| NON | 2 | 1,2 |
| OUI | 167 | 98,8 |
| Total | 169 | 100,0 |

Tableau 5 : Prise en charge de nourrissons durant leur cursus

167 internes ont pu prendre en charge des nourrissons âgés de 0 à 2 ans au cours de leur cursus durant leurs différents stages (98,8%).

2.4.1 *Au cours de l'examen clinique*

| | Effectifs | Pourcentage |
|-------|-----------|-------------|
| NON | 99 | 58,6 |
| OUI | 70 | 41,4 |
| Total | 169 | 100,0 |

Tableau 6 : Difficultés rencontrées au cours de l'examen clinique du nourrisson

Dans notre échantillon 70 internes (41,4%) ressentent des difficultés lors de l'examen clinique d'un nourrisson alors que pour 99 (58,6%) cet examen ne présente pas de difficulté.

| N=70 | Manque de formation pratique | Manque de temps durant les consultations | Manque de formation théorique | Manque d'intérêt personnel | Difficultés Autres* |
|------|------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------|---------------------|
| OUI | 48 | 22 | 19 | 8 | 5 |
| NON | 22 | 48 | 51 | 62 | 65 |

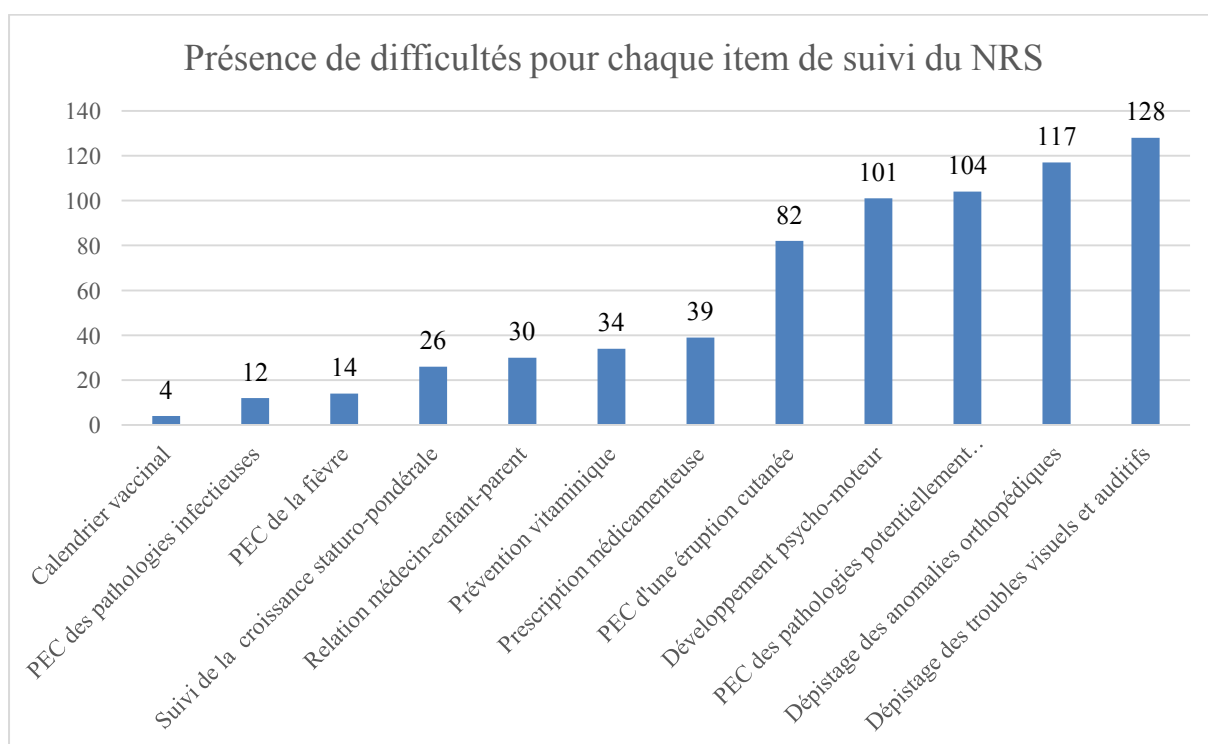
* : les 5 difficultés autres se répartissent en 1 interne a souligné sa crainte de manipuler les nouveau-nés, 1 autre la difficulté de gérer l'angoisse parentale, 1 autre son manque d'expérience et le fait qu'il faille en voir beaucoup et tous les jours pour être à l'aise, 1 autre n'est pas à l'aise avec la pathologie aiguë du NRS<3mois, et enfin le dernier trouve que l'examen clinique du NRS est toujours difficile et relève de nombreux pièges.

Tableau 7 : Type de difficultés rencontrées au cours de l'examen clinique du NRS

Concernant ces difficultés, la première pointée du doigt par 48 internes est le manque de formation pratique (68,6%), ensuite vient le manque de temps durant les consultations pour 22 internes (31,4%), puis le manque de formation théorique pour 19 (27,1%) d'entre eux et enfin pour 8 internes (11,4%) le manque d'intérêt personnel.

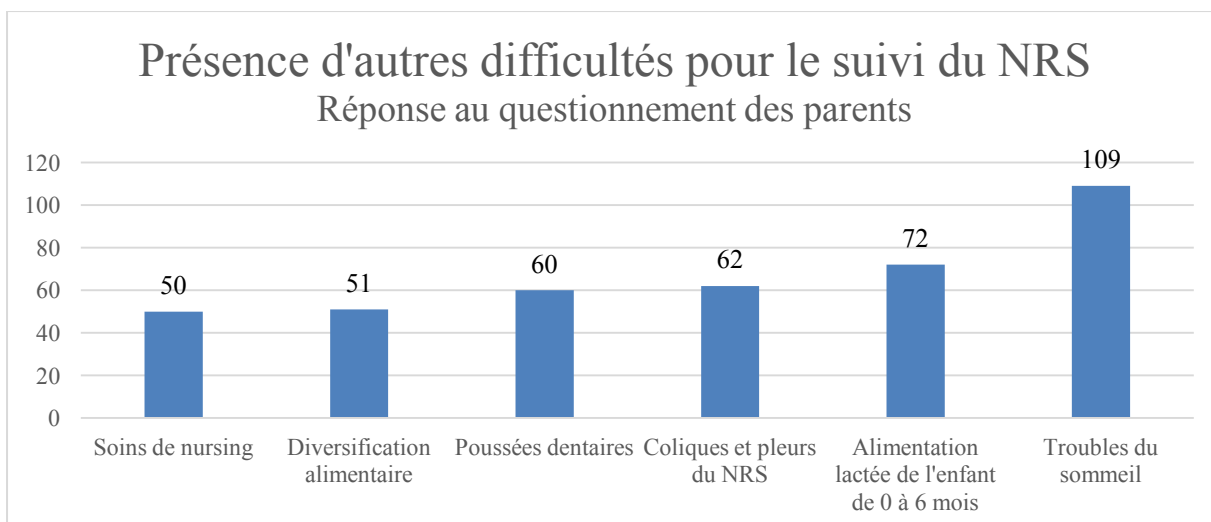
Les cinq autres difficultés sont représentées par 1 interne qui a souligné sa crainte de manipuler les nouveau-nés, 1 autre la difficulté de gérer l'angoisse parentale, 1 autre son manque d'expérience et le fait qu'il faille examiner quotidiennement et en nombre suffisant des nourrissons afin d'être à l'aise, 1 autre n'est pas à l'aise avec la pathologie aiguë du nourrisson âgé de moins de 3 mois, et enfin le dernier trouve que l'examen clinique du nourrisson est toujours difficile et relève de nombreux pièges.

2.4.2. À propos des motifs de consultations des nourrissons les plus fréquents



Graphique 14 : Présence de difficultés pour chaque item de suivi du nourrisson

Les difficultés les plus retrouvées sont le dépistage des troubles visuels et auditifs (n=128, 75,7%), le dépistage des anomalies orthopédiques (n=117, 69,2%), la prise en charge des pathologies potentiellement graves du nourrisson (n=104, 61,5%), le développement psychomoteur (n=101, 59,7%) et la prise en charge d'une éruption cutanée (n=82, 48,5%).

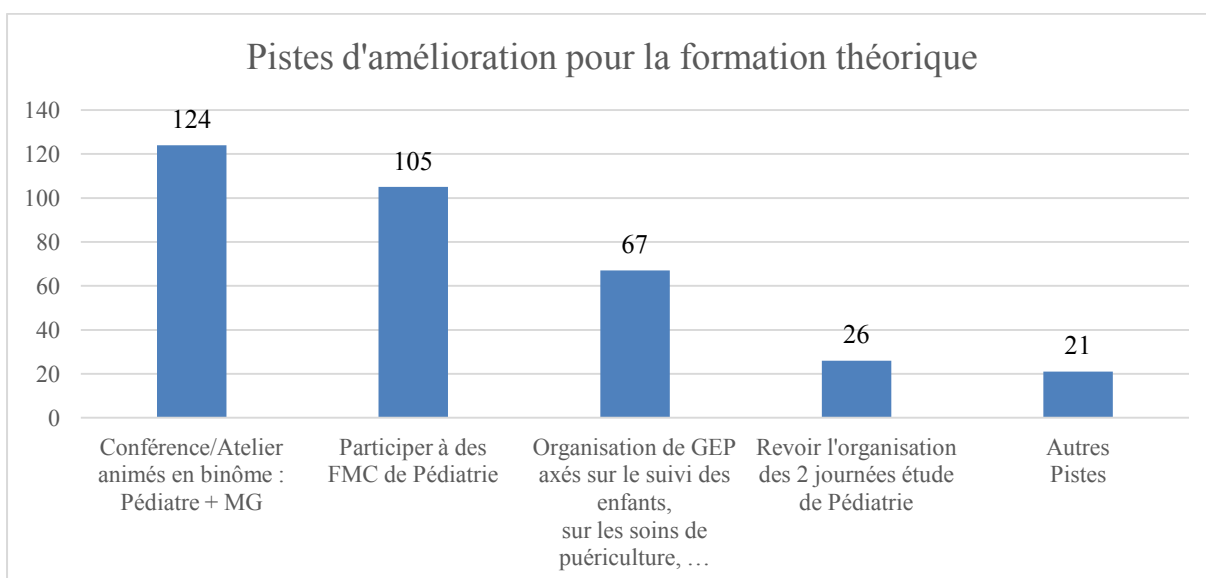


Graphique 15 : Présence d'autres difficultés pour le suivi du nourrisson (Réponse au questionnaire des parents)

En ce qui concerne les réponses au questionnaire des parents, celle qui ressort le plus est le trouble du sommeil (n=109, 64,5%). Les autres difficultés se répartissent entre n=51 pour les questions sur la diversification alimentaire et n=72 concernant l'alimentation lactée du nourrisson de 0 à 6 mois.

2.5. Les pistes d'amélioration

2.5.1. *De la formation théorique*



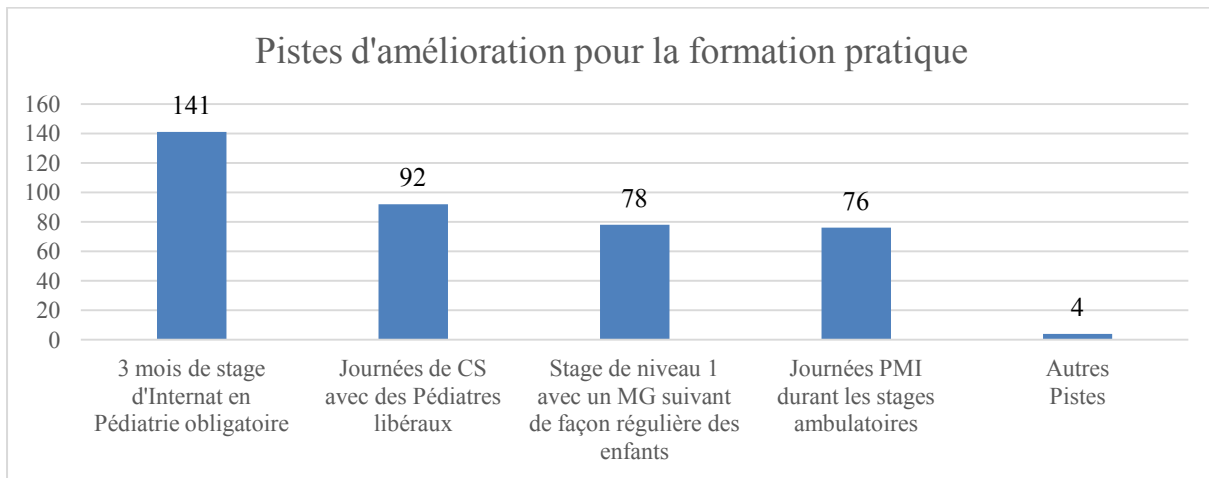
Graphique 16 : Pistes d'amélioration pour la formation théorique

Dans notre échantillon 124 internes (73,4%) aimeraient que des conférences/ateliers soient animés en binôme par un pédiatre et un médecin généraliste, 105 (62,1%) aimeraient participer à des FMC de pédiatrie. 67 (39,6%) pensent qu'organiser des groupes d'échanges de pratiques axés sur le suivi des enfants, sur les soins de puériculture, ... aideraient à améliorer leur formation théorique pour le suivi des enfants et 26 désireraient (15,4%) revoir l'organisation des deux journées études de pédiatrie organisées par le département de médecine générale.

21 internes ont fait d'autres propositions à propos des deux journées études de pédiatrie:

- 2 internes auraient aimé bénéficier de plus de deux journées.
- 2 internes auraient aimé les avoir plus tôt dans le cursus.
- 10 internes pensent que le contenu de celles-ci était trop théorique et pas assez pratique: 3 auraient apprécié des jeux de rôle et des exemples d'examen clinique sur des poupons, 2 internes pensent que les rappels sur les pathologies fréquentes des nourrissons n'étaient pas nécessaires et auraient préféré avoir plus de conseils pratiques avec des réponses concrètes aux questions posées.
- 1 interne pense qu'il serait intéressant que des pédiatres participent aux journées études.
- 1 interne pense qu'on devrait attribuer plus de temps à la catégorie d'âge des nourrissons car il pense que c'est cet "âge" qui pose le plus de problème aux jeunes médecins.
- 1 interne aurait aimé que des puéricultrices puissent intervenir à ces journées études pour donner des conseils avisés sur les soins de nursing.
- 1 interne aurait souhaité plus de connaissance théorique durant ces journées études sous forme de topo et 1 autre aurait aimé plus de rappels sur les troubles orthopédiques, de la statique rachidienne et de la croissance.
- 3 internes pensent qu'il serait intéressant de rédiger un petit guide théorique regroupant les principaux motifs de consultation ainsi que les réponses aux questions les plus fréquentes des parents concernant l'alimentation, le nursing,... à l'attention des internes distribués au début de l'internat pour faire ses premiers pas en pédiatrie

2.5.2. De la formation pratique



Graphique 17 : Pistes d'amélioration pour la formation pratique

Concernant la formation pratique, 141 internes (83,4%) pensent que 3 mois de stage de pédiatrie obligatoire pour tout le monde serait souhaitable, 92 (54,4%) aimeraient faire des journées de consultations avec des pédiatres libéraux, 78 (46,1%) voudraient un stage de niveau 1 avec un des médecins généralistes suivant de façon régulière des enfants, 76 (45%) pensent que l'on devrait rendre obligatoire les journées PMI durant tous les stages ambulatoires.

Concernant les quatre autres pistes: 1 interne demande plus de stage de PME, 1 interne demande à rendre obligatoire le stage de gynécologie et pédiatrie, 1 autre demande un stage de pédiatrie obligatoire durant l'externat et l'internat et enfin le dernier réclame de modifier les PME qu'il juge non satisfaisant avec trop de consultations adulte et donc pas assez formateur au suivi des enfants.

3. Etude analytique

Les résultats sont résumés dans le tableau 9 (ci-dessous).

Les internes ayant comme projet professionnel à la sortie de l'internat de faire de la médecine générale libérale se sentent plus prêts à suivre des nourrissons que les internes ayant d'autres projets professionnels : postes hospitaliers, DESC, médecine militaire et autres... (p= 0.0011).

Les internes ayant effectué un semestre de pédiatrie durant leur internat se sentent également plus prêts à suivre des nourrissons que ceux n'ayant pas effectué de stage en pédiatrie (p= 0.02). Aucune différence n'a été mise en évidence entre les différents types de service de pédiatrie (pédiatrie hospitalière ou ambulatoire).

Les internes ayant effectué un semestre en SASPAS durant leur internat se sentent plus prêts à suivre des nourrissons que ceux n'ayant pas effectué de SASPAS ($p=0.0081$).

Aucune différence significative n'a été mise en évidence en fonction du sexe de l'interne ($p=0.5$), de sa parentalité ($p=0.13$) ou de son classement au sein de sa promotion ($p=0.07$).

Par contre, les internes étant intéressés par le suivi des nourrissons se sentaient plus prêts à suivre des nourrissons que ceux pour qui l'intérêt au suivi des nourrissons était nul ($p=0.0002$).

| Caractéristiques | Se sentent prêts n (%) | Ne se sentent pas prêts n (%) | <i>p</i> |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------|
| Ensemble des internes | 148 (87,6) | 21 (12,4) | |
| Projet professionnel | | | |
| Médecine générale libérale | 107 (93) | 8 (7) | 0,0011 |
| Autres (poste hospitalier, DESC,...) | 39 (75) | 13 (25) | |
| Semestre de pédiatrie | | | |
| Oui | 113 (91) | 11 (9) | 0.02 |
| Non | 35 (78) | 10 (22) | |
| Type de service de pédiatrie | | | |
| Pédiatrie ambulatoire (PFEA) | 9 (100) | 0 (0) | 1 |
| Pédiatrie hospitalière | 104 (90,5) | 11 (9,5) | |
| SASPAS | | | |
| Oui | 66 (96) | 3 (4) | 0.008 |
| Non | 82 (82) | 18 (18) | |
| Sexe | | | |
| Homme | 40 (85) | 7 (15) | 0.5 |
| Femme | 108 (88) | 14 (12) | |
| Intérêt au suivi des nourrissons | | | |
| Oui | 131 (92) | 11 (8) | 0.0002 |
| Non | 17 (63) | 10 (37) | |
| Parentalité | | | |
| Etre parent | 28 (96) | 1 (4) | 0.13 |
| Ne pas être parent | 119 (85) | 20 (15) | |
| Place dans la promotion | | | |
| 1 ^{ère} moitié | 77 (84) | 15 (16) | 0.07 |
| 2 ^{ème} moitié | 76 (93) | 6 (7) | |

Tableau 8: Etude analytique du critère de jugement principal selon les profils socioprofessionnels des internes

DISCUSSION

Notre étude a permis de montrer que la majorité des internes de médecine générale lyonnais en fin de DES se sentent prêts à suivre des nourrissons de 0 à 2 ans sans antécédent particulier (87,6%) à l'issue proche de leur formation médicale. De toute évidence il persiste encore de nombreuses difficultés ressenties par ces jeunes médecins généralistes notamment dans les domaines du dépistage (troubles visuels et auditifs, anomalies orthopédiques et troubles du développement psychomoteur), la prise en charge des pathologies potentiellement graves du nourrisson, d'une éruption cutanée et des troubles du sommeil. Ils ont exprimé des propositions quant à l'évolution de la formation initiale en pédiatrie. La méthode utilisée limite le recueil de ces suggestions mais permet d'avoir un aperçu de ce qui pourrait être envisagé.

1. Les limites et forces de notre étude

1.1. Les limites

Il existe des biais inhérents à notre méthodologie. En effet, la recherche quantitative par administration d'auto-questionnaires implique plusieurs biais :

- Un *biais de déclaration* car il s'agit d'un auto-questionnaire rempli par les internes qui peuvent omettre volontairement de répondre correctement à certaines questions. Le fait d'avoir rendu ce questionnaire anonyme permet de limiter ce biais.
- Un *biais de mémorisation* : le souvenir de la formation reçue, notamment au moment de l'externat peut paraître lointain et rendre les réponses plus approximatives.
- Notre étude présente également un *biais de recueil des données*. Nous avons un taux de réponse de 84,9% soit une perte des données de 15,1%. Nous avons exclu de l'analyse un questionnaire qui était incomplet. Devant l'importance de notre échantillon 169 internes, et l'homogénéité de la perte d'effectifs sur les sessions d'octobre et d'avril nous pouvons supposer que les 30 internes n'ayant pas répondu aux questionnaires se seraient répartis de façon harmonieuse. Ce biais a donc probablement peu influencé nos résultats.

Une autre limite de la méthode tient au questionnaire qui interroge le sentiment d'avoir acquis ou non une compétence dans le suivi des nourrissons. Il s'agit donc d'une *enquête déclarative* nécessitant une *auto-évaluation* de la part de l'enquêté, incluant une part de *subjectivité*.

Notre travail s'est intéressé uniquement à la faculté de Lyon et ne se veut pas refléter l'ensemble des internes de médecine générale français.

De plus il aurait été intéressant de faire préciser aux étudiants leur académie d'origine pour évaluer les spécificités de formation durant l'externat.

Quelques tests statistiques n'ont pas été concluants du fait *d'effectif trop restreint*, notamment l'influence de la parentalité, bien qu'à la vision du tableau de contingence une tendance se dessinait de façon assez évidente; 28 des 29 parents se sentaient prêts soit 96%. Un échantillon plus important aurait permis une étude plus approfondie des ces facteurs.

1.2. Les forces

- *L'originalité de notre étude* : nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études qui ont étudié le sentiment de compétence personnelle des jeunes médecins généralistes à suivre de nourrissons âgés de 0 à 2 ans. Une thèse réalisée en 2013 avait pour titre « Regard sur la formation en pédiatrie au cours du 3^{ème} cycle de médecine générale » et s'attachait à décrire la formation reçue sans interroger les médecins sur leur sentiment de compétence ou non dans ce domaine (15).

Le choix d'auto-questionnaires distribués lors du passage du DES de médecine générale a permis aux internes de le compléter durant leur attente, nous avons donc obtenu un bon taux de réponse (84,9%) représentatif d'une promotion d'internes de médecine générale de la faculté de Lyon. Le fait qu'il soit anonyme a probablement diminué la peur d'être jugé et la véracité des réponses.

2. Caractéristiques des internes qui s'évaluent compétents

Des différences significatives ($p < 0.05$) ont été retrouvées pour les internes ayant réalisé un semestre de pédiatrie. La formation pratique enrichit donc de façon significative la compétence à suivre des nourrissons et semble être le socle de l'apprentissage. Il n'a pas été mis en évidence de différence entre la pédiatrie hospitalière et le PFEA. Reste bien sûr à trouver des terrains de stage hospitalier et ambulatoire pour tout le monde.

Le fait d'avoir effectué un SASPAS permet également de se sentir plus prêt ($p < 0.05$). On peut effectuer un parallélisme avec la thèse de Lise BARANGER qui mettait en évidence que les stages ambulatoires de médecine générale étaient des lieux formateurs des pratiques gynécologiques (prise en charge de la contraception hormonale, du suivi de grossesse, du dépistage cancérologique : frottis cervico-vaginal et examen sénologique) (16). Effectivement ces stages en ambulatoire permettent à l'interne en fin de cursus de se trouver confronté aux soins primaires et lui permettent d'acquérir des compétences dans des domaines différents. Selon le rapport Couraud-Pruvot, une réforme de 3^{ème} cycle des études médicales pourrait apporter une augmentation du volume de stages ambulatoires actuellement très minoritaires dans le cursus, seulement 6 mois sur 36 obligatoires. Il voudrait rendre le SASPAS obligatoire (17).

Ces deux résultats mettent en avant le fait que la formation pratique quotidienne au plus près des nourrissons est la base de l'acquisition de la compétence à suivre des enfants.

Les internes ayant pour projet professionnel d'exercer en médecine libérale ainsi que ceux ayant un intérêt pour le suivi des nourrissons se sentent également plus prêts que les autres ($p < 0.05$). Ceci laisse sous entendre que l'interne qui aime et veut suivre des nourrissons a la possibilité d'enrichir cette compétence au cours de son internat. Ceci montre que l'interne est maître de sa formation et ceci indépendamment de son sexe ou de son classement au sein de sa promotion car dans notre étude nous n'avons pas mis en évidence de différence de compétence en fonction du genre de l'interne ni du classement obtenu à l'ECN.

3. La formation

3.1. Durant l'externat

La formation en pédiatrie reçue durant l'externat tant d'un point de vue théorique que pratique a été jugée satisfaisante par la majorité des étudiants.

Dans notre étude 98% des étudiants ont déclaré avoir travaillé les items de l'ECN sur des livres et 60% ont participé aux cours de la faculté. Ces résultats montrent que les externes sont peu assidus aux cours magistraux, peut être ne correspondent-ils pas à ce qu'ils attendent ? Pourtant la plupart des connaissances théoriques sont acquises au cours de ce deuxième cycle via le module ECN intitulé « Maturation et vulnérabilité » comportant 58 items dont au moins 27 sont communs à l'adulte (11). Cet enseignement comprend le suivi de l'enfant normal, les pathologies les plus fréquentes en médecine de premiers recours et les démarches de prévention. Beaucoup de pédiatres considèrent l'enseignement de leur discipline comme « éclaté » du fait de cette présentation, à la fois transversale (enfant-adulte) et verticale par symptômes ou pathologies. En effet il est difficile de traiter simultanément les pathologies de l'enfant et de l'adulte : infectiologie, dermatologie, toux, vomissements, épilepsie, allergies... La plupart des professionnels souhaitent le retour vers un module spécifique de pédiatrie (3).

A noter qu'il y a peu de temps disponible pour enseigner le développement de l'enfant et son suivi ce qui se ressent puisque dans notre étude ce sont ces items qui posent le plus de difficulté aux étudiants. Il aurait été intéressant de demander aux étudiants ce qu'ils attendaient des cours dispensés par la faculté ainsi que leur avis concernant le programme de l'enseignement théorique du second cycle. Afin de compléter nos données on pourrait envisager une étude qui interrogerait les externes en fin de second cycle afin de déterminer leur niveau de compétence concernant le suivi des enfants.

D'un point de vue pratique, au cours du deuxième cycle d'études médicales, 7 étudiants (4,1%) n'ont pas réalisé de stage de pédiatrie alors que celui-ci est obligatoire. Fait encore plus marquant seulement 48 étudiants soit 28,4% ont réalisé un stage de médecine générale en ambulatoire alors que celui-ci est obligatoire depuis 1997 (12). Effectivement le rapport Hubert de 2010 s'étonnait que malgré trois arrêtés successifs imposant ce stage seulement 37% des étudiants avaient pu bénéficier de ce stage en 2010-2011 (18). Cela souligne la difficulté à mettre en place ce stage au sein des universités françaises notamment en trouvant des MSU en nombre suffisant.

Dans son état des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} janvier 2013, le CNGE précisait qu'il faudrait disposer de 1993 MSU supplémentaires pour permettre à tous les étudiants de bénéficier du stage en médecine générale de DFASM (19).

Pourtant dans son travail de thèse Mathilde MEUNIER a montré que ce stage avait une grande importance car il permettait de donner une représentation positive de la spécialité de médecine générale aux étudiants de deuxième cycle (20).

Sur Lyon, le nombre de MSU est suffisant pour rendre ce stage obligatoire depuis déjà quelques années. Déjà en 2010, la faculté de Lyon proposait 31 terrains de stage sur 4 périodes. En 2015, 35 terrains de stage étaient proposés aux externes sur 6 périodes donc 210 externes pouvaient bénéficier du stage chez le praticien chaque année.

3.2. Durant l'internat

La formation en pédiatrie reçue durant l'internat tant d'un point de vue théorique que pratique a également été jugée satisfaisante par la majorité des étudiants.

Au cours du 3^{ème} cycle la formation théorique est composée essentiellement de cours dispensés par la faculté, à Lyon, 2 journées études obligatoires durant le stage chez le praticien. Mais également par les séances de GEP, les abonnements à des revues médicales, des séances de FMC et les cours dispensés dans le service durant leur stage. Dans notre étude, 6 internes ont souligné le fait d'avoir effectué des recherches personnelles sur internet (pédiadoc, collège des enseignants de pédiatrie) ou dans des livres. Le site pédiadoc est dédié à la santé des nourrissons de 0 à 2 ans (21). Il donne pour chaque âge, une fiche résumée ou détaillée des éléments importants du suivi (l'environnement psychosocial, l'examen clinique, le développement psychomoteur, le dépistage des troubles neurosensoriels, le développement staturo-pondéral, la prévention et le dépistage, l'alimentation). 4 internes ont fait le DIU d'urgences pédiatriques car cela était leur projet professionnel.

Dans notre étude, 4 internes ont souligné le fait que devenir parent leur a permis de se sentir plus à l'aise avec l'abond des nourrissons. Bien que nous n'ayons pas mis en évidence de différence significative du fait d'effectif trop restreint ceci avait déjà été noté par Emilie Nagel-Mottet dans son travail de thèse intitulé : « L'entrée en parentalité permet-elle une meilleure prise en charge des consultations en pédiatrie ? » en 2012 (22). Elle a montré que la majorité des médecins interrogés n'étaient pas à l'aise avec l'abond des enfants au début de leur exercice. La venue d'un enfant faisait considérablement évoluer leur pratique. Celle-ci se modifiait, la relation avec les parents des enfants

s'améliorait car ils entraient en empathie avec eux. Les conseils prodigués étaient plus crédibles car vécus personnellement. En effet, une demande fréquente des parents concernant les consultations de suivi de l'enfant sont les conseils d'étayage en parentalité (23). Une étude qualitative américaine en 2009 a confirmé cela en montrant que les besoins d'information et de réassurance étaient les principales attentes de parents (24).

D'un point de vue pratique, l'interne doit choisir entre un stage de gynécologie et un stage de pédiatrie. Dans notre échantillon 124 internes soit 73% ont effectué un semestre de pédiatrie. Ceux qui ont effectué un semestre de gynécologie ont pu se former en pédiatrie durant d'autres stages : stage en ambulatoire de niveau 1 et 2, journées en PMI, consultations avec des pédiatres libéraux. Un point positif est que dans notre étude la totalité des internes ont pu prendre en charge des nourrissons durant leur cursus de médecine générale.

3.3. À l'étranger

Nous venons de décrire les différents modes de formation en pédiatrie des médecins généralistes français, il serait intéressant de voir comment se déroule cette formation chez nos confrères étrangers.

Une étude de 2002 sur ce sujet a identifié 3 modèles de soins en Europe (25) :

- Ceux où les pédiatres seuls soignent les enfants (Grèce, Espagne,...)
- Ceux où médecins généralistes et pédiatres travaillent en collaboration (France, Allemagne, Belgique...), système le plus représenté dans cette étude
- Ceux où seuls les médecins généralistes suivent les enfants (Royaume-Uni, Pays-Bas, Danemark,...)

Aux Etats-Unis, les consultations pédiatriques sont de plus en plus souvent réalisées par des « non pédiatres ». Dans 60% des cas, il s'agit du médecin généraliste. Le pédiatre intervient à la demande de ce dernier sauf dans le cas de maladie grave ou chronique où il est au centre de la prise en charge (26).

La durée de formation en pédiatrie des médecins généralistes européens a une médiane de 4 mois. Dans certains pays l'enseignement en pédiatrie est parfois facultatif ou quasi-inexistant, ce qui pose un problème majeur surtout dans les pays où il n'y a pas de pédiatre. Pour l'instant aucune donnée ne permet de définir la durée optimale de la formation en pédiatrie pour que les médecins

généralistes assurent une prise en charge de qualité. Toutefois la préconisation par les auteurs de l'article sur les soins primaires en pédiatrie est de 9 à 12 mois minimum (27).

4. Les difficultés ressenties

Nos résultats ont montré que les internes se sentaient en difficultés dans plusieurs items. Dans notre échantillon, 70 internes éprouvent des difficultés lors de la réalisation de l'examen clinique du nourrisson. Concernant ces difficultés, la première pointée du doigt par 48 internes est le manque de formation pratique (68,6%), ensuite vient le manque de temps durant les consultations pour 22 internes (31,4%), puis le manque de formation théorique pour 19 (27,1%) d'entre eux et enfin pour 8 internes (11,4%) le manque d'intérêt personnel. Il semble important de garder des créneaux de temps plus longs dédiés aux consultations de suivi des nourrissons.

Plus de 50% des internes interrogés éprouvent des difficultés dans le domaine du dépistage : des troubles visuels et auditifs, des anomalies orthopédiques, le suivi du développement psychomoteur. En ce qui concerne la prise en charge des pathologies aiguës : la prise en charge des pathologies potentiellement graves du nourrisson, d'une éruption cutanée et des troubles du sommeil semblent être les principales difficultés ressenties par ces jeunes médecins généralistes.

Nous retrouvons ces difficultés chez les internes de pédiatrie dans la thèse de Delphine DELORME où près de 70% des internes jugeaient leur formation concernant les thèmes troubles du langage et des apprentissages mauvaise ou très mauvaise. 93% d'entre eux déclaraient ne pas avoir reçu de formation spécifique aux soins pédiatriques ambulatoires (28). Nous rencontrons également ces lacunes chez les médecins installés dans la thèse de Benjamin ETIENNE et Alice LOTTIN, l'item où les médecins généralistes se sont sentis le moins compétent était le dépistage des anomalies sensorielles (29).

Pourtant les actes de prévention en médecine générale représentent 36,3% des motifs de consultation des nourrissons (30). La proximité géographique, culturelle et temporelle du médecin généraliste ainsi que la continuité de sa relation avec les patients lui donne une légitimité pour assurer cette mission. Un rapport du Haut comité de santé publique de 2009 confirme que la prévention devrait être l'une des activités du médecin généraliste (31).

Entre 0 et 2 ans les enfants doivent bénéficier de 12 examens médicaux obligatoires pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale : 9 examens la 1ère année (8ème jour, de 1 à 6 mois de façon mensuelle puis 9 et 12 mois), 3 examens la 2ème année (16ème, 20ème, 24ème mois) et 3 certificats médicaux obligatoires (8ème jour, 9ème et 24ème mois) (32).

Ces examens de dépistage visent à conserver l'état de bonne santé de l'enfant, élément indispensable à son développement futur. Leur réalisation, guidée par les recommandations de l'HAS, permet d'éviter les principales pathologies pouvant grever lourdement le devenir de l'enfant (33). D'allure assez simple en apparence, ils requièrent pourtant un temps de consultation certain et une expérience clinique avertie afin de repérer ces troubles à leur stade le plus précoce. L'examen doit être réalisé dans de bonnes conditions, avec un déroulement systématisé et un matériel adapté. Vous retrouverez en annexe un exemple d'examen clinique systématique et programmé du nourrisson par le CLGE (34).

Néanmoins nos résultats ont montré que les internes se sentaient assez formés en pédiatrie dans un certain nombre d'items de prévention, moins de 20% des internes ressentent des difficultés dans le calendrier vaccinal (35), le suivi de la croissance staturo-pondérale, la prévention vitaminique, la relation triangulaire parent/enfant/ médecin et la prescription médicamenteuse.

Concernant les autres motifs de consultation les plus fréquents : fièvre et pathologies infectieuses courantes (ORL, pulmonaires, urinaires, digestives...), respectivement 93% et 94% des internes interrogés ne ressentent aucune difficulté dans ces items. Dans son étude Elisabeth GRIOT a montré qu'entre 0 et 2 ans, 55% des consultations concernaient une étiologie infectieuse (état fébrile, bronchite aiguë, diarrhée et vomissement, pathologies de la sphère ORL). Après la pathologie infectieuse, le généraliste assume essentiellement des actes de prévention pour 32,1% des consultations (36).

Ceci montre que les soins primaires ambulatoires les plus fréquents sont acquis à la sortie de l'internat, ce qui est plutôt rassurant. Il semble par contre important de renforcer l'enseignement en ce qui concerne le dépistage des troubles visuels et auditifs, des anomalies orthopédiques, le suivi du développement psychomoteur, la prise en charge des pathologies potentiellement graves du nourrisson, d'une éruption cutanée et des troubles du sommeil où plus de la moitié des internes interrogés ont répondu « présence de difficultés ».

5. Les pistes d'amélioration

5.1. De la formation théorique

Dans notre échantillon 124 internes (73,4%) aimeraient que des conférences/ateliers soient animés en binôme par un pédiatre et un médecin généraliste. Cette idée avait été émise par le Pr SOMMELET dans son rapport de 2006 : « un enseignement initial et continu des médecins généralistes par les pédiatres pourrait enrichir et consolider leur formation » (3).

Celle-ci avait été relayée par l'ISNAR-IMG en juin 2006 (Réunion de Brest): « il faudrait renforcer la formation en pédiatrie du DES de médecine générale par un enseignement théorique réalisé en binôme étroit avec un pédiatre et médecin généraliste ».

105 internes (62,1%) aimeraient participer à des FMC de pédiatrie, il serait intéressant que la faculté puisse proposer de telle formation ou que le CHU de rattachement, en ce qui nous concerne l'Hôpital Femme Mère Enfant de Bron organise des formations de pédiatrie ambulatoire ouvertes aux internes de pédiatrie et de médecine générale. A Lyon, un DIU de médecine générale de l'enfant est proposé aux médecins généralistes ayant au moins 2 ans d'exercice, il permet de compléter et optimiser leur formation initiale (37).

67 internes (39,6%) pensent qu'organiser des groupes d'échanges de pratiques axés sur le suivi des enfants, sur les soins de puériculture,... aiderait à améliorer leur formation théorique pour le suivi des enfants.

Seulement 26 internes désireraient (15,4%) revoir l'organisation des deux journées études « enfant » organisées par le CUMG. Concernant la réorganisation de ces journées études, quelques pistes ont été lancées : plusieurs internes ont émis le souhait d'avoir plus de deux journées études de pédiatrie dont une exclusivement réservée à la classe d'âge des nourrissons car l'examen clinique est toujours difficile et relève de nombreux pièges. Il serait intéressant de les avoir plus tôt dans le cursus afin d'avoir des « bases pour ses premiers pas de pédiatrie en tant qu'interne ». Quatre internes pensent qu'il serait intéressant de rédiger un petit guide théorique regroupant les principaux motifs de consultation ainsi que les réponses aux questions les plus fréquentes des parents concernant l'alimentation, le nursing... et ainsi le distribuer au début du troisième cycle. Il a été proposé de faire des jeux de rôle pour s'exercer à communiquer avec les parents mais également de s'exercer à l'examen clinique en utilisant des poupons. Un interne aurait aimé que des puéricultrices puissent intervenir à ces journées études pour donner des conseils avisés sur les soins de nursing.

5.2. De la formation pratique

Concernant la formation pratique, dans notre étude 141 internes (83,4%) pensent que trois mois de stage de pédiatrie obligatoire pour tout le monde serait souhaitables.

Dans son travail de thèse en 2009, Odile ANGOT réalisait un état des lieux du DES de médecine générale en France, trois ans après sa création (38). Il en ressortait déjà à l'époque que le point noir de la formation pratique du DES semblait être pour la majorité des internes le semestre « pédiatrie et/ou gynécologie ». Une première partie de son travail, s'attachait à établir un état des lieux de la formation dans 24 des 26 villes de facultés de médecine françaises en 2007. Il en ressort que le pôle mère/enfant posait le problème d'un manque criant de terrains de stage adaptés, souffrant ainsi de plus d'inégalités entre les facultés :

-Maquette pas toujours respectée (dans 3 villes l'interne pouvait valider son troisième cycle sans passer par l'une ou l'autre des spécialités)

-Stages couplés très loin d'être systématiques (seulement 4 facultés couplaient systématiquement les deux spécialités, assurant ainsi une qualité d'apprentissage large ; Dans 7 villes, le couplage était carrément inexistant...sans parler des 3 villes qui ne respectaient pas la maquette)

-Terrain de stage de spécialité parfois inadapté au futur exercice de l'interne de médecine générale (perte de l'adéquation de l'activité de l'interne lors de son stage spécialisé, avec son futur exercice ambulatoire : le manque de terrain de stage a en effet amené certains internes à valider leur stage de gynéco-pédiatrie en réanimation pédiatrique ou au bloc obstétrical...)

Pourtant en 2006 le Pr SOMMELET et l'ISNAR-IMG se positionnaient déjà en faveur d'un stage obligatoire de six mois en pédiatrie (3).

A la faculté de Lyon des stages couplés de gynécologie et pédiatrie à l'hôpital sont à l'étude. Ils pourront vraisemblablement être proposés aux étudiants à partir du semestre d'été 2016.

78 internes (46,1%) voudraient un stage de niveau 1 avec un des médecins généralistes suivant de façon régulière des enfants. Dans son rapport de 2006 le Pr SOMMELET avait proposé « d'impliquer des médecins généralistes ayant un exercice pédiatrique reconnu > 30% d'enfants de moins de 18 ans dans leur file active » dans la formation des internes de médecine générale (3).

92 internes (54,4%) aimeraient faire des journées de consultations avec des pédiatres libéraux. Ce résultat conforte une enquête de l'ISNAR-IMG menée en 2007 où 88% des internes interrogés étaient favorables à l'intégration des spécialistes d'organes dans le cadre des stages ambulatoires (39).

76 internes (45%) pensent que l'on devrait rendre obligatoire les journées PMI durant tous les stages ambulatoires. Les journées « libres » durant le SASPAS permettent aux étudiants d'organiser leur temps selon leur projet professionnel mais il n'y a pas assez de terrains de stage pour tous. A Lyon, nous disposons de 42 postes SASPAS, donc sur une année 84 internes ont la possibilité d'effectuer ce stage (40). Ceci avait également été noté par le CNGE dans son état des lieux au 1^{er} janvier 2013, 36% des internes inscrits au DES de médecine générale à cette date avaient accès au SASPAS (19).

Concernant les autres pistes d'amélioration de la formation pratique, des internes demandent plus de terrains de stage PFEA et un interne demande à rendre obligatoire les stages de gynécologie et pédiatrie.

Ces dernières demandes sont retrouvées dans le travail de thèse de Tiphaine CATHALAN intitulé : Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal » où 68,7% des internes souhaitaient augmenter la formation ambulatoire en y incluant le pôle femme-enfant et pour 86,3% des internes un stage supplémentaire d'au moins 3 mois en pédiatrie paraissait nécessaire (41).

On peut se demander si toutes ces propositions amélioreraient réellement le niveau de compétence car dans notre étude la majorité des internes se sentent prêts à suivre des nourrissons à l'issue de leur formation initiale. Néanmoins, nous pouvons comprendre que ces jeunes médecins généralistes aient besoin de se rassurer en multipliant les modes de formation pour garantir le suivi de cette tranche d'âge de 0 à 2 ans qui requiert de multiples compétences.

CONCLUSIONS

Le rôle du médecin généraliste est de permettre l'accès aux soins de premier recours pour tous les patients, quelque soit leur âge ou leur sexe. Concernant la prise en charge des nourrissons de 0 à 2 ans les soins sont assurés conjointement avec les pédiatres.

La démographie médicale actuelle ne permet pas un suivi pédiatrique spécialisé pour tous les nourrissons jusqu'à deux ans. Dans ce contexte, on comprend aisément que les médecins généralistes sont de plus en plus consultés pour le suivi et les pathologies courantes des nourrissons. Il apparait donc primordial de permettre aux internes de médecine générale d'accéder à une formation de qualité concernant le suivi des enfants durant leur DES.

Nous avons voulu savoir si les internes lyonnais en fin de DES se sentaient prêts à suivre des nourrissons de 0 à 2 ans sans antécédent particulier. Après avoir évalué leur compétence ressentie dans ce domaine nous avons recueilli leur avis (satisfaction ou non) concernant les différents modes de formation en pédiatrie proposés durant leur cursus et leur difficulté concernant les motifs de consultation du nourrisson les plus fréquents. Enfin nous les avons interrogés sur les pistes d'amélioration à envisager afin d'améliorer l'enseignement.

Pour cela nous avons réalisé une étude quantitative à partir d'auto-questionnaires distribués lors du passage du DES de médecine générale aux sessions d'octobre 2014 et avril 2015. 169 questionnaires ont été récoltés.

87,6% des étudiants se sentaient prêts à suivre des nourrissons à l'issue proche de leur formation médicale (n=148). Des différences significatives ($p < 0.05$) ont été retrouvées pour les internes ayant réalisé un semestre de pédiatrie et un semestre de SASPAS. La formation pratique enrichit donc de façon significative la compétence à suivre des nourrissons, reste bien sur à trouver des terrains de stage hospitalier et ambulatoire pour tout le monde. Des différences significatives ($p < 0.05$) ont également été identifiées chez les internes ayant pour projet professionnel d'exercer la médecine générale ambulatoire et ayant un intérêt pour le suivi des nourrissons, et ceci indépendamment de leur sexe ou de leur classement au sein de la promotion. L'interne est donc un membre actif de sa formation initiale de par ses choix de stage, ses recherches personnelles... Cela suggère que la formation au suivi d'enfants des médecins généralistes est assez diversifiée pour répondre aux attentes et aux intérêts de chacun.

La majorité des internes jugeaient leur formation en pédiatrie reçue durant l'externat et l'internat tant d'un point de vue pratique que théorique satisfaisante. Il persistait malgré tout des difficultés dans les domaines du dépistage (troubles visuels et auditifs, anomalies orthopédiques et troubles du développement psychomoteur), la prise en charge des pathologies potentiellement graves du nourrisson, d'une éruption cutanée et des troubles du sommeil ; où plus de la moitié des internes ont répondu « présence de difficulté ». Il semble donc nécessaire d'axer l'amélioration des formations pratique et théorique pour palier à ces difficultés. Des propositions ont été faites dans ce sens. Les plus plébiscitées d'un point de vue théorique sont l'organisation de conférences animées en binôme par un pédiatre et un médecin généraliste (n=124) et la participation à des FMC de pédiatrie (n=105). D'un point de vue pratique les internes ont émis le souhait d'avoir au moins 3 mois de stage de pédiatrie pour tout le monde (n=141) et d'assister à des journées de consultations avec des pédiatres libéraux (n=92).

Notre étude a donc montré une satisfaction globale des étudiants concernant leur formation initiale au suivi des enfants ainsi qu'une compétence acquise par la majorité d'entre eux à la fin de leur cursus. Nous avons envisagé quelques modifications de l'enseignement théorique et pratique afin d'optimiser cet apprentissage.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

Plüschat

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **01 SEP. 2015**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est

[Signature]
Professeur Jérôme **ETIENNE**



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

[Signature]
Professeur François-Noël **GILLY**



BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA Europe. « *La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille* », 2002. Consulté le 06.06.2014
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
2. Franc C., Le Vaillant M., Rosman S., Pelletier-Fleury N. *La prise en charge des enfants de moins de seize ans en médecine générale*. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Septembre 2007. Lien internet <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-prise-en-charge-des-enfants-de-moins-de-16-ans-en-medecine-generale,5095.html> (dernière consultation en 05/2015).
3. Pr Sommelet Danièle. *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de la société, une priorité du système de santé*. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et l'adolescent. Commandité par le Ministère de la Santé et des Solidarités. 28 octobre 2006. La documentation française. Consulté en 05/2013
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000282/index.shtml>
4. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. *Bilan démographique 2012 : évolution de la population au 1er janvier 2013*. Disponible sur : www.insee.fr (consulté le 10 juillet 2013).
5. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). *La consommation des enfants de moins de trois ans. Des tendances de fond aux mouvements de court terme*. Point de conjoncture n° 7 - novembre 2002. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/PointDeConjoncture/7/1.pdf> (consulté en 05/2014)
6. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). *Santé de l'enfant : Propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle 2009*. Consulté en 05/2014
[www.inserm.fr/content/.../2/.../sante_de_l'enfant_\(2009_vers_final.pdf](http://www.inserm.fr/content/.../2/.../sante_de_l'enfant_(2009_vers_final.pdf)
7. Pouchain D, Atalli C, De Buttler J. *Médecine générale: concept et pratique*. Collège National des Généralistes Enseignants. Paris; Masson; 1996 1025 pages
8. Pierre M, Roussey M. *Examens du nourrisson de la naissance à 2 ans*. La Revue du Praticien-Médecine Générale. Tome 26. N°889. Novembre 2012; p729-734
9. Bocquet A., Assathiany R, Caron FM et al. *Propositions pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants et pour l'avenir de la pédiatrie française*. Commission de pédiatrie ambulatoire de la Société Française de Pédiatrie. 2006. (dernière consultation le 23/04/2014). Disponible sur : http://umespe.com/sites/umespe.com/files/o/umespedossier_presse_23_janvier_08_3_3.pdf

10. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014*. Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr (dernière consultation le 05/2014)

11. *Compte rendu de l'audition des pédiatres du 4 novembre 2009*. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Ministère de la Santé et des Sports. Disponible sur : www.sante.gouv.fr (dernière consultation le 30/10/2014)

12. *Bulletin Officiel n°23 du 7 Juin 2007*. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Disponible sur <http://www.education.gouv.fr/> (consulté en 05/2014)

13. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales du Journal Officiel de la République Française. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté en 05/2014).

14. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales du Journal Officiel de la République Française. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté en 05/2014).

15. Guilleux A-L. *Regard sur la formation en pédiatrie au cours du troisième cycle de médecine générale*. Thèse de médecine générale. Rennes, 31 janvier 2013. Lien internet <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=1866491e-a5b4-401b-aef9-3751d0a7f042> (consulté en 09/2014).

16. Baranger-Royer Lise, Céline Baron. *État des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire*. Revue exercer 2011; Volume 22, N°97:90-91.

17. Couraud F, Pruvot F-R. *Proposition pour une restructuration du troisième cycle des études médicales*. Avril 2014. Consulté en 06/2015 sur <http://isni.fr/wp-content/uploads/2014/04/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf>

18. Hubert E. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. Novembre 2010. Consulté le 04/04/2015 sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/>.

19. CNGE. Lerouge J, Taha A, Renard V. *Etat des lieux de la médecine générale universitaire au 1^{er} janvier 2013*. Consulté le 04/04/2015. http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf

20. Meunier M. *Représentations de la médecine générale chez les étudiants de deuxième cycle des études médicales ayant effectué le stage ambulatoire de trois mois*. Thèse de médecine générale. Poitiers, 13 décembre 2012.

21. Site Pédiadoc. Lien internet <http://pediadoc.fr>
22. Nagel-Mottet E. *L'entrée en parentalité permet-elle une meilleure prise en charge des consultations en pédiatrie? Enquête qualitative auprès de 13 médecins généralistes*. Thèse de médecine générale. Besançon, 2012.
23. Gaspard A. *Représentations des parents sur le professionnel assurant le suivi de la santé de leur enfant de 0 à 2 ans, à travers leurs attentes et leur ressenti. Le médecin généraliste répond-il aux attentes des parents dans l'offre de santé ?* Thèse de médecine générale. Lille. 24 Septembre 2014. Lien internet <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9dbbc718-b805-4431-82c2-a91e568b4f69> (consulté en 05/2015).
24. Radecki L., Olson L. M., Frintner M. P., Tanner J. L., Stein M. T. *What do families want from well-child care? Including parents in the rethinking discussion*. Pediatrics. 2009 ; 124;858. Consulté en 05/2015 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19706562>
25. Katz, M., et al., *Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training*. Pediatrics, 2002. Consulté le 07/07/2013 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11986438>.
26. Cheng TL. *Primary care pediatrics: 2004 and beyond*. Pediatrics 2004. Consulté le 9/08/2014 http://innovationlabs.com/r3p_public/rtr3/pre/preread/Cheng.Primary%20Care%20Pediatrics.1802.pdf
27. Van Esso Diego, et al, and the members of the Primary– Secondary Working Group (PSWG) of the European Academy of Paediatrics (EAP). *Paediatric primary care in Europe: variation between countries*. Arch Dis Child 2010. Consulté le 07/07/2013 <http://www.strategic-pediatric-alliance.org/content/page/13/paediatric-primary-care-europe-variation-between-countries>.
28. Delorme D. *Soins primaires pédiatriques en ambulatoire : quelles justifications à la mise en place d'une formation spécifique ?* Thèse de Médecine générale Grenoble 6 septembre 2011. Consulté le 3/04/2014 sur dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00624011/document
29. Etienne B et Lottin A. *Le suivi médical des nourrissons de 0 à 6 mois dans le réseau périnatal des deux Savoie: situation actuelle, avis des usagers et des professionnels*. Revue Prescrire Août 2014. Tome 34 N°370, page 619.
30. Mathieu Séverine. *Formation des médecins généralistes à la médecine de l'enfant : de l'enseignement théorique à la pratique quotidienne*. Thèse de médecine générale, Université de Nancy, Octobre 2003. Consulté en 01/2014 http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2003_MATHIEU_SEVERINE.pdf

31. Haut Conseil de Santé Publique. *Rapport : Consultation de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et proposition de développement*. 2009. www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf (consulté en 04/2015)
32. L'ASSURANCE MALADIE. *Quelle surveillance pour votre enfant ?* Lien internet <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/surveillance-medicale-pour-votre-enfant.html> (consulté en 04/2014).
33. HAS. *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI, et médecins scolaires*. Septembre 2005, Service des recommandations professionnelles. Consulté en 07/2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans-argumentaire_2006.pdf
34. Senez B, Mas JL, Figon S. *Examen systématique et programmé du nourrisson*. CLGE, Octobre 2006. Consulté en 01/2014 anciensite.clge.fr/IMG/rtf/Examen_du_nourrisson_rtf
35. Ministère des Affaires sociales et de la santé. *Nouveau calendrier vaccinal 2013*. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_detaille_2013_ministere_Affaires_sociales_et_Sante_.pdf (Consulté en 01/2014).
36. Société Française de Médecine Générale. Griot E. *Les consultations d'enfants en médecine générale. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires* Novembre 2013. http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/187/fichier_enfantsegbe182.pdf. Consulté en 02/2015.
37. Descriptif des diplômes et inscription - *DIU médecine générale de l'enfant*. UCB-Lyon 1. Disponible sur : <http://specialites-medicales.univ-lyon1.fr/>. Consulté le 10/09/2014.
38. Angot Odile. *Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création: enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises*. Thèse de médecine générale, Université de Toulouse, 2009
39. ISNAR IMG (2007). « *Le DES de médecine générale. Une maquette en 4 ans. Proposition de l'ISNAR IMG* ». Disponible sur www.med.univ-angers.fr/.../Propositions. Consulté le 03/03/2015.
40. ARS Rhône-Alpes. *Listes des postes ouverts pour le choix de mai 2015, Internes en médecine*. Consulté le 03/05/2015 <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Internes-en-medecine.127830.0.html>

41. Cathalan Tiphaine. *Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal »*. Thèse de médecine générale, Université Paris-Est, Créteil, janvier 2015. Consulté en 03/2015. http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/These_Enquete_internes_Cathalan_2015.pdf.

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire

QUESTIONNAIRE

Cher(e) co-interne, je suis actuellement en 5ème semestre et ma thèse a pour objectif de déterminer si notre formation en pédiatrie est suffisante pour **suivre des nourrissons entre 0 et 2 ans sans antécédent particulier**. En tant que futurs médecins généralistes vous allez être amenés à suivre de plus en plus de nourrissons. Le but est donc de tenter d'identifier les forces et les faiblesses de notre formation.

Merci d'avance pour votre collaboration.

► L'EXTERNAT

1°) **Quelle a été votre formation théorique en pédiatrie durant votre externat? (Plusieurs réponses possibles)**

- Items ECN dans un livre de pédiatrie
- Présence aux cours de la faculté donnés par les pédiatres
- Cours dans le service durant votre stage de pédiatrie
- Cours/Ateliers par les médecins généralistes durant le stage de médecine générale

2°) **Comment évaluez-vous votre formation théorique en pédiatrie durant votre externat?**

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Non satisfaisante

3°) **Avez-vous fait un stage en pédiatrie durant votre externat?** Oui Non

Si oui, veuillez préciser le type de service de pédiatrie dont il s'agissait:

- Pédiatrie générale Urgences pédiatriques
 Pédiatrie spécialisée, précisez : Autre, précisez :

4°) **Vous diriez que la formation pratique reçue lors de ce stage d'externat a été:**

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Non satisfaisante

► L'INTERNAT

5°) Quelle a été votre formation théorique en pédiatrie durant votre internat? (Plusieurs réponses possibles)

- Présence aux journées études de pédiatrie du DMG 1 jour
2 jours
- Cours dans le service durant votre semestre de gynécologie/pédiatrie
- FMC
- Abonnement à des revues médicales
- Séances de GEP
- Autre, précisez :

6°) Comment évaluez-vous votre formation théorique en pédiatrie durant votre internat?

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Non satisfaisante

7°) Avez-vous fait un semestre en pédiatrie durant votre internat? Oui Non

Si oui, veuillez préciser:

- PMEA Urgences pédiatriques
- Pédiatrie générale hospitalière Pédiatrie spécialisée, précisez :
- Autre, précisez :

Par ailleurs, avez-vous eu l'occasion de pratiquer la pédiatrie dans d'autres stages? (Plusieurs réponses possibles)

- Stage chez le praticien Stage aux urgences adultes Journées PMI
- SAPSAS Consultation avec pédiatres Autres, précisez :

8°) Vous diriez que la formation pratique reçue lors de votre internat a été:

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Non satisfaisante

► EVALUATION DES DIFFICULTES

9°) Avez-vous déjà pris en charge des nourrissons durant vos différents stages que ce soit d'externat ou d'internat, en libéral ou en hospitalier? Oui Non

10°) Ressentez-vous des difficultés pour l'examen clinique du nourrisson âgé de 0 à 2 ans? Oui

Non

Si oui, pourquoi d'après-vous? (Plusieurs réponses possibles)

Manque de formation théorique

Manque de formation pratique

Manque d'intérêt personnel

Manque de temps durant les consultations

Autres:

11°) Ressentez-vous des difficultés dans le suivi des nourrissons âgés de 0 à 2 ans en terme de:

| | Absence de difficulté | Présence de difficulté | | Absence de difficulté | Présence de difficulté |
|---|-----------------------|------------------------|---|-----------------------|------------------------|
| Dépistage clinique d'anomalies du développement psychomoteur | | | Prise en charge de la fièvre chez l'enfant | | |
| Dépistage des anomalies orthopédiques | | | Prise en charge d'une éruption chez l'enfant | | |
| Calendrier vaccinal | | | Suivi de la croissance staturo-pondérale | | |
| | Absence de difficulté | Présence de difficulté | | Absence de difficulté | Présence de difficulté |
| Relation médecin/enfant/parent (rassurer, obtenir la confiance, guidance parentale) | | | Prise en charge des pathologies infectieuses les plus fréquentes: ORL, pulmonaire, urinaire, digestive... | | |
| Prévention vitaminique | | | La prescription médicamenteuse | | |
| Dépistage des troubles visuels et auditifs | | | Prise en charge des pathologies potentiellement graves (syndrome méningé, malaise du NRS, détresse respiratoire aigüe...) | | |

12°) Ressentez-vous des difficultés lorsqu'un parent vous questionne à propos de:

| | Absence de difficulté | Présence de difficulté | | Absence de difficulté | Présence de difficulté |
|--|-----------------------|------------------------|--|-----------------------|------------------------|
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|--|--|
| L'alimentation lactée de l'enfant entre 0 et 6 mois | | | Soins de nursing quotidiens | | |
| La diversification alimentaire | | | Poussées dentaires | | |
| Troubles du sommeil | | | Coliques et pleurs du nourrisson | | |

13°) Vous sentez-vous prêts à suivre des nourrissons âgés de 0 à 2ans sans antécédent particulier à l'issue proche de votre formation médicale? Oui Non

► **LES PISTES D'AMELIORATION**

14°) **Que proposeriez-vous afin d'améliorer la formation théorique des jeunes médecins généralistes au suivi des nourrissons?** (Plusieurs réponses possibles)

- Conférences animées en binôme par pédiatres et médecins généralistes libéraux
- Organiser des GEP axés sur le suivi des enfants, les soins de puériculture...
- Revoir l'organisation des 2 journées études de pédiatrie du DMG

Veillez préciser :

- Participation à des FMC de pédiatrie

Autres propositions :

15°) **Que proposeriez-vous afin d'améliorer la formation pratique des jeunes médecins généralistes au suivi des nourrissons?** (Plusieurs réponses possibles)

- Au moins 3 mois de stage de pédiatrie pour tout le monde
- Journées PMI obligatoires durant tous les stages en ambulatoire
- Journées de consultations avec des pédiatres libéraux
- Stage de niveau I avec au moins un des maître de stage suivant des enfants de façon régulière

Autres propositions :

► Et enfin...

16°) Vous êtes: un homme une femme

17°) Quel âge avez-vous?

18°) Etes-vous intéressés par le suivi des nourrissons? Oui Non

19°) Quel est votre projet professionnel à la sortie de l'internat? (Plusieurs réponses possibles)

Poste hospitalier

DESC

Médecine générale libérale

Autres :

20°) Etes-vous vous-même parent? Oui Non

21°) Quel était votre positionnement au sein de votre promotion ?

1^{er} quart

2^{ème} quart

3^{ème} quart

4^{ème} quart

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

NOVELLO Delphine

Annexe 2 : Examen systématique et programmé du nourrisson par le CLGE

EXAMEN SYSTEMATIQUE ET PROGRAMME DU NOURRISSON

B SENEZ, JL MAS, S FIGON

A l'heure actuelle, il n'existe pas de méthode validée pour l'examen clinique du nourrisson. Certaines pratiques se transmettent de Maître à élève depuis la nuit des temps. Certains comme B Bates ont décrit des méthodes d'examen clinique du nourrisson, appareil par appareil mais sans formaliser une démarche globale.

C'est cet essai difficile auquel nous allons nous livrer. Pour cela, nous décrivons ce que nous faisons lors des consultations régulières qui se font entre 1 et 24 mois. Cette technique globale d'examen est constamment modulée en fonction de ce qui a déjà été fait et de l'âge de l'enfant. Elle est applicable au plus grand enfant, l'adolescent et l'adulte en l'adaptant aux particularités de chacune de ces populations.

Dès l'entrée de la famille, l'examen clinique est commencé.

- Observer le comportement de l'enfant pendant que les parents détaillent la vie passée depuis la dernière consultation. Observer les interactions mère- père- enfant.
- C'est le moment de mener l'interrogatoire :
 - Rappel des antécédents familiaux et déroulement de la grossesse et de l'accouchement pour les enfants vus pour la première fois
 - Alimentation
 - Sommeil
 - Comportement
 - Fonctions d'élimination
 - Actions préventives effectuées : vaccinations, vitamines, ...
 - Carnet de santé
 - Ecouter l'enfant : babil, langage, respiration
 - Interpeller l'enfant : réaction à son prénom, au bruit, éveil, regard.

Vient le déshabillage : quelle est l'attitude de l'enfant? Quelle est l'attitude de la mère (ou du père) ? On en profite pour apprécier l'hygiène familiale, la souplesse et le tonus des quatre membres, du tronc et de l'extrémité céphalique.

L'examen clinique débute par "ce qui fâche le moins" et finit par "ce qui fâche le plus".

Prendre le temps de jouer avec l'enfant, lui sourire, lui caresser les cheveux avec des mains réchauffées, au lieu de se précipiter sur lui avec nos instruments de mesure, peut éviter dans bien des cas, pleurs et cris.

- L'examen des pieds recherche les attitudes anormales, les déformations les anomalies. Des pieds on en profite pour vérifier les pouls périphériques et l'absence d'œdèmes pré tibiaux.
- Cela permet d'arriver aux genoux dont on apprécie en même temps la morphologie, les déformations, les angulations (dont la caractérisation de l'angle poplité).
- A la cuisse on note la trophicité générale, et l'état d'hydratation. On regarde les plis cutanés, les pouls fémoraux, la souplesse et les mouvements des hanches s'ils sont symétriques.
- En un regard on observe l'état cutané des pieds aux fesses, puis l'abdomen, le thorax antérieur les membres supérieurs et le visage

- Tout naturellement la main se retrouve à palper les aires herniaires crurales (en même temps que les pouls fémoraux), inguinales puis ombilicale (la hernie ombilicale est très fréquente la première année).
- L'examen des OGE est un temps important de l'examen clinique. Apprécier l'hygiène, rechercher des anomalies chez la petite fille. Chez le garçon on apprécie la souplesse du prépuce, sans chercher à décalotter (geste inutile et dangereux), on vérifie au moins au premier examen l'existence de deux testis et leur bonne place dans le scrotum et l'on répète régulièrement cet examen pour vérifier qu'il n'apparaît pas de tuméfaction suspecte.
- La main à plat apprécie le tonus abdominal et le palper bi-manuel apprécie la souplesse des fosses lombaires tout en recherchant un éventuel œdème de ces régions. Cet examen permet d'éliminer toute organomégalie suspecte. Ensuite, les doigts en crochet apprécient le foie et la rate. La palpation cutanée apprécie l'état de la trophicité et de l'hydratation.
- De l'abdomen on peut sauter aux membres supérieurs examinés avec la même technique globale que les MI en partant des doigts vers les épaules.
- L'examen moteur (jusqu'à un an) se continue par la manœuvre du tiré-assis et la mise de l'enfant sur le ventre pour apprécier sa capacité à se redresser, à dégager sa tête, son tronc et ses membres. On en profite pour vérifier l'absence de fossette coccygienne.

Vient le temps des instruments :

- pesée, mesure de la taille et du PC
- Auscultation cardiaque et pulmonaire "antérieure"
- L'enfant est placé en position assise. Tient- il la position, comment est son dos, quel est son tonus ?
- Percussion douce et auscultation thoracique postérieure
- Observation de l'état cutané postérieur
- Palpation du cou, adénopathies, thyroïde, tuméfactions, mouvements cervicaux spontanés et provoqués. On profite de cet examen du cou pour observer l'ensemble du territoire cutané facial et les mouvements oculaires induits par la rotation cervicale.
- Examen de la bouche, des dents (compter) et de la gorge (en évitant l'abaisse langue, si anxigène chez l'enfant. Préférer mettre la main sous la nuque)
- Examen du nez, en ré expliquant si nécessaire la technique de mouchage des bébés
- Examen des yeux : qualité de l'éclat des yeux, réflexe photomoteur, poursuite, nystagmus, ptosis, volume du globe, strabisme, transillumination pupillaire, reflet cornéen
- Examen des tympans à l'otoscope. Réactivité aux bruits.
- Et l'on finit par la palpation de la fontanelle (selon l'âge)
- Et comme on est monté, on redescend avec le marteau à réflexes pour étudier les différents réflexes ostéotendineux en terminant par le cutané plantaire.
- A l'âge de la station debout et de la marche : observation de l'équilibre, de la posture, des déformations en position debout et lors de la marche ; de l'équilibre du bassin, du dos et des épaules ; des déformations vertébrales ; des anomalies des pieds révélées par la mise en charge.
- Et enfin, ce qui fâche le plus : faire le vaccin s'il y a lieu.
- Conclure votre examen clinique par une synthèse aux parents qui peut être très courte et tenir en quelques mots.

Cet examen peut paraître long, il est en fait plus rapide à faire qu'à écrire !

Certains examens nécessitent d'être faits au moins un fois et n'être répétés qu'en cas d'anomalies fonctionnelles ou physiques comme la recherche des ROT, la recherche d'une dysplasie de hanche, par exemple.

Delphine NOVELLO

Suivi des nourrissons (0 à 2 ans): auto-évaluation et compétence ressentie des internes de médecine générale en fin de DES. Etude descriptive transversale à partir de 169 questionnaires.

Thèse de médecine, Lyon 2015, n°167
53 pages, 8 tableaux, 17 graphiques, 2 annexes.

RESUME:

Introduction : La situation démographique et géographique des médecins de l'enfant favorise le recours aux médecins généralistes. L'objectif de notre étude était de déterminer si les internes lyonnais en fin de DES se sentaient prêts à suivre des nourrissons de 0 à 2 ans sans antécédent particulier.

Méthode: Nous avons réalisé une étude quantitative à partir d'auto-questionnaires distribués lors du passage du DES de médecine générale aux sessions d'octobre 2014 et avril 2015.

Résultats: Nous avons inclus 169 questionnaires. 148 internes (87,6%) se sentaient prêts à suivre des nourrissons à l'issue du DES. Des différences significatives ($p < 0.05$) ont été retrouvées pour les internes ayant réalisé un semestre de pédiatrie, un semestre de SASPAS, ayant pour projet professionnel d'exercer la médecine générale ambulatoire et enfin ayant un intérêt pour le suivi des nourrissons. La majorité des internes jugeaient leur formation en pédiatrie reçue durant l'externat et l'internat tant d'un point de vue pratique que théorique satisfaisante. Tous les internes avaient pu suivre des nourrissons durant leur cursus. Les principales difficultés ressenties se trouvaient dans les domaines du dépistage (troubles visuels et auditifs, anomalies orthopédiques et troubles du développement psychomoteur), la prise en charge des pathologies potentiellement graves du nourrisson, d'une éruption cutanée et des troubles du sommeil. Concernant les pistes d'amélioration les plus plébiscitées d'un point de vue théorique on a retrouvé les conférences animées en binôme par un pédiatre et un médecin généraliste ($n=124$), la participation à des FMC de pédiatrie ($n=105$) et d'un point de vue pratique au moins 3 mois de stage de pédiatrie pour tout le monde ($n=141$), des journées de consultations avec des pédiatres libéraux ($n=92$).

Conclusion: La formation au suivi des nourrissons répond aux besoins des médecins généralistes mais pourrait encore être optimisée d'un point de vue pratique et théorique.

MOTS CLES : médecin généraliste (general practitioner/family practice), nourrisson (infant), enfants (children), formation en pédiatrie (pediatric training/practice) soins primaires (primary care), suivi médical, étude quantitative (quantitative research)

JURY :

Président: Monsieur le Professeur Pierre COCHAT
Membres: Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE
Monsieur le Professeur Alain LACHAUX
Madame le Professeur Marie FLORI
Monsieur le Docteur Gilles DE LORENZI

DATE DE SOUTENANCE : 17 septembre 2015

Adresse de l'auteur : Chemin du Fourneau 71960 SOLOGNY
delph.novello@hotmail.fr
