UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014 2014 TOU3 1032

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 04 JUIN 2014

PAR : Benjamin PORTE CAZAUX

SUJET DE LA THÈSE :

EVALUATION DES ACQUISITIONS DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE AU COURS DE LEUR STAGE DE PEDIATRIE – GYNECOLOGIE EN MILIEU LIBERAL : CAS DE LA PEDIATRIE

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Michel BISMUTH

JURY :

Mr le Pr Stéphane OUSTRIC, Président du jury

Mr le Pr Pierre LEGUEVAQUE, Assesseur

Mr le Pr Pierre MESTHE, Assesseur,

Mr le Dr Michel BISMUTH, Assesseur

Mme le Dr Leïla LATROUS, Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1er septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.
Professeur Honoraire	M. COMMANAY
Professeur Honoraire	M. CLAUX
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT
Professeur Honoraire	M. GEDEON
Professeur Honoraire	M. PASQUIE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT
Professeur Honoraire	M. SARRASIN
Professeur Honoraire	M. ARLET J.
Professeur Honoraire	M. RIBET
Professeur Honoraire	M. MONROZIES
Professeur Honoraire	M. DALOUS
Professeur Honoraire	M. DUPRE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.
Professeur Honoraire	M. DUCOS
Professeur Honoraire	M. GALINIER
Professeur Honoraire	M. LACOMME
Professeur Honoraire	M. BASTIDE
Professeur Honoraire	M. COTONAT
Professeur Honoraire	M. DAVID
Professeur Honoraire	Mme DIDIER
Professeur Honoraire	M. GAUBERT
Professeur Honoraire	M. GUILHEM
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.
Professeur Honoraire	M. BES
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES
Professeur Honoraire	M. REGNIER
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS
Professeur Honoraire	M. ARBUS
Professeur Honoraire	M. PUJOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI
Professeur Honoraire	M. RUMEAU
Professeur Honoraire	M. BESOMBES
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD
Professeur Honoraire	M. SUC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. CARTON
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI
Professeur LARROUY
Professeur ALBAREDE
Professeur CONTÉ
Professeur MURAT
Professeur MANELFE
Professeur LOUVET
Professeur SARRAMON
Professeur CARATERO
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur COSTAGLIOLA
Professeur JL. ADER
Professeur Y. LAZORTHES
Professeur L. LARENG
Professeur F. JOFFRE
Professeur J. CORBERAND
Professeur B. BONEU
Professeur H. DABERNAT
Professeur M. BOCCALON
Professeur B. MAZIERES
Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophtalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	*Cancérologie*
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. POURRAT. J	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophtalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. POUTRAIN J.Ch
Dr. MESTHÉ P.
Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. ROUGE

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L
WOISARD V.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Septembre 2013

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au **Pr Stéphane OUSTRIC**,
Merci d'avoir accepté d'assurer la présidence de cette thèse, ainsi que pour votre aide dans son organisation.

Au **Pr Pierre LEGUEVAQUE,**
Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Au **Pr Pierre MESTHE,**
Merci pour l'intérêt que vous avez porté à cette thèse en acceptant de la juger.

Au **Dr Michel BISMUTH**,
Merci de m'avoir proposé de diriger ce travail de thèse, et de m'avoir patiemment aidé tout au long de sa rédaction.

Au **Dr Leïla LATROUS,**
Merci d'avoir accepté de vous intéresser et de juger mon travail de thèse.

A ma famille,

A **Cédric et Papi, Sandrine,**
Je suis certain que vous auriez été fiers de moi.

A Timéo,
L'amour de ma vie.

A **mes Parents,**
Merci d'avoir été toujours là pour moi.
Je vous aime.

A **Manou,**
Merci pour ton soutien

A **mes Oncles, Tantes, Cousins, Cousines,**
Merci pour tous les bons moments que l'on passe ensemble.

A mes Amis,

A **Quentin,**
Après tant d'années, on est toujours aussi soudés.
Merci pour ton Amitié sans faille.

A **Simon,**
Des liens si forts en si peu de temps me semblent indestructibles.
Merci pour tout ce que tu fais pour moi.

A **Pauline,**
Rodez nous a rapproché, et, malgré tout, tu ne t'es jamais éloignée.
Merci

A **JP et Marie**
Pour m'avoir toujours aidé, accueilli.
Merci

A **Michaël et Tiphaine, et leur deux loustics**
Merci pour votre soutien et pour votre amitié.

A **PB**,
Merci pour ta gentillesse

A **Amanda, Audrey, Vincent,**
Vous rendez heureux mes meilleurs potes !
Merci

A **Arlande et Pierre**
Merci pour votre amitié

A **Thomas**
Merci pour tous les bons moments que l'on a passé ensemble,
En espérant qu'il y en aura d'autres (en tout cas si ce n'est pas le cas, ce ne sera pas à cause de la distance !)

A **Geoffroy et Laure**
Merci pour votre gentillesse
(et je ne ferai pas de PRIVATE joke…)

A **Manon,**
Merci… ;-)

A mes collègues et co-internes,

A **Anne-Lise, Eric, Lara, Philippe, Sophie**
Plus que des collègues, vous êtes devenus des amis.
Merci de m'avoir tant appris, de m'avoir tendu la main (que je n'ai pas réussi à lâcher d'ailleurs !) et de continuer à me faire confiance.

A **Christine, Nadia, Cindy,**
Merci de tout ce que vous faîtes pour le groupe.

A **Hélène ROCHE,**
Malgré ton nom, tu restes incorruptible ! Bravo !
Merci pour tous ces bons moments passés à Carbonne !

A **Marion,**
Ca y est, on y est !!!

A **tous mes co-externes, co-internes,**
Toulousains, Ruthénois, Auscitains…

Un grand merci à tous les **Internes et Maîtres de stage Universitaires** qui ont participé à cette étude.

L'important n'est pas de ne pas échouer,
l'important est de s'élever à chaque fois que l'on échoue.
- Confucius

SOMMAIRE :

I INTRODUCTION **3**

II MATERIEL ET METHODE **8**

1. Type d'étude 8
2. Objectifs de l'étude 8
3. Recueil des données 8
4. Analyse statistique 9

IV RESULTATS **10**

1. Population 10
2. Autoévaluation : Domaine du Savoir 11
3. Autoévaluation : Domaine du Savoir Faire 12
4. Autoévaluation : Domaine du Savoir Etre 13
5. Résultats globaux des autoévaluations 14
6. Comparaison en miroir des notations des IMG et des Maîtres de Stage Universitaires 16

V DISCUSSION **18**

1. Forces de l'étude 18
2. Analyse transversale 19
3. Objectif principal : auto-évaluations 21

Domaines du Savoir et du Savoir Faire 21

Domaine du Savoir Etre 24

4. Objectif secondaire : Comparaison en miroir des notations des IMG et des MDSU 28
5. Biais et perspectives 30

Biais de perdus de vue 30

Réponses déclaratives - Subjectivité 30

Biais de mémorisation 30

Perspectives générales 30

VI CONCLUSION **32**

VII ANNEXES **34**

1. Questionnaire Savoir 34
2. Questionnaire Savoir Faire 35
3. Questionnaire Savoir Etre 36
4. Modèle de signalement de maltraitance à enfant 37
5. Sigles et abréviations 40

VIII BILBIOGRAPHIE : **41**

I INTRODUCTION

La Médecine Générale est devenue une spécialité à part entière depuis la création du Diplôme d'études spécialisées (DES) de Médecine Générale, légitimé par l'arrêté du 22 septembre 2004[1]. Le DES de Médecine Générale comporte dès lors un Internat, d'une durée de trois ans.

Le déroulement du DES de Médecine Générale comprend[2] :

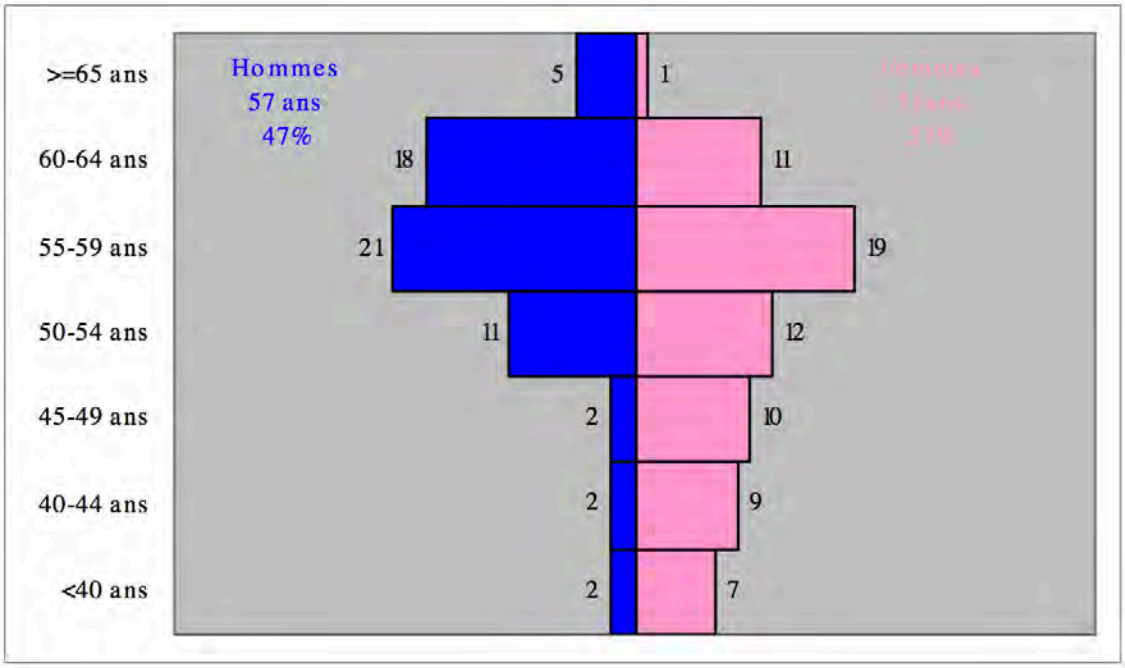
- Des enseignements (théoriques) (durée deux cents heures environ)
- Des enseignements généraux
- Des enseignements spécifiques

La formation pratique permettant de valider le DES de Médecine Générale est la suivante :

- Trois semestres obligatoires dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la Médecine Générale :
  - un au titre de la Médecine d'Adultes : Médecine Interne, Médecine Polyvalente, Gériatrie ;
  - un au titre de la Pédiatrie et/ou de la Gynécologie ;
  - un au titre de la Médecine d'Urgence.
- Un semestre libre dans un service ou département hospitalier agréé.
- Un semestre auprès de Praticiens Généralistes agréés.
- Un semestre, selon le projet professionnel de l'Interne de Médecine Générale (IMG), effectué en dernière année d'internat, soit en Médecine Générale ambulatoire (sous la forme d'un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé) (SASPAS), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de Médecine générale. Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des IMG et habilités pour cette formation.

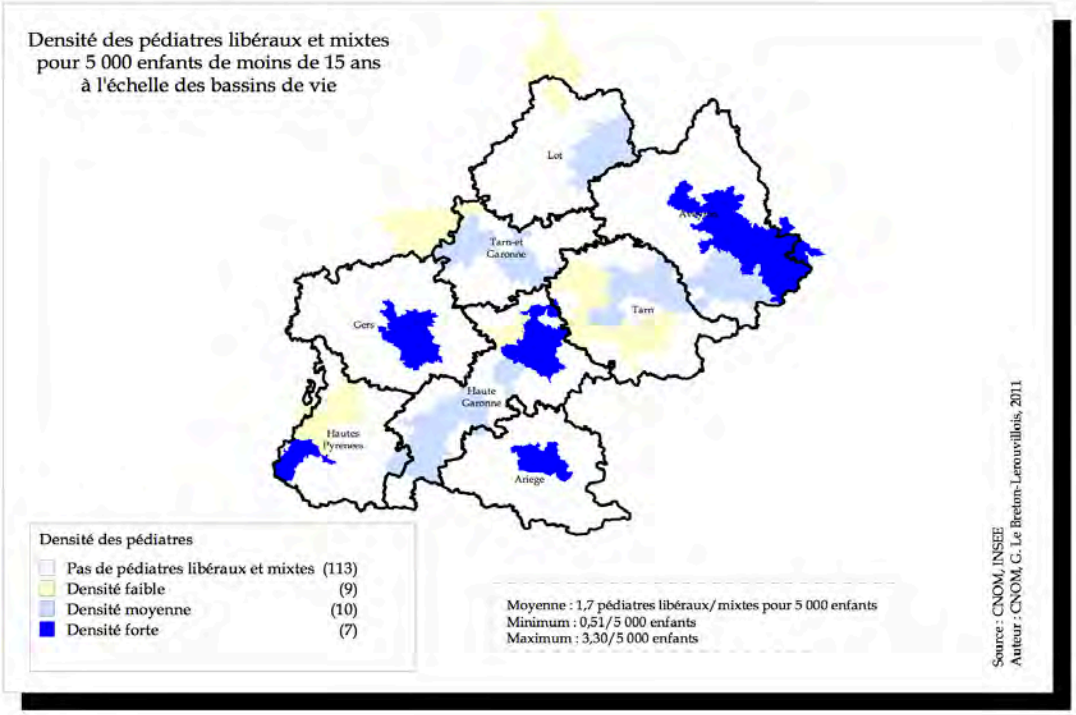
Un des semestres est donc dédié à la formation pratique en pédiatrie et gynécologie, qui sont des motifs de consultations, du fait de la démographie médicale, de plus en plus fréquents en Médecine Générale.

Pyramide des âges des pédiatres :



Comme nous pouvons le constater sur la pyramide des âges des Pédiatres ci-dessus, d'après les données publiées[3] dans l'atlas de « La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Midi-Pyrénées », exposant l'état des lieux au 1er juin 2011, la majeure partie des Pédiatres installés en Midi-Pyrénées est âgée de plus de 55 ans. De plus, le nombre de Pédiatres de moins de 50 ans ne permettra pas de suppléer aux départs à la retraite.

Le schéma régional ci-dessous nous permet de voir que la plupart des pédiatres sont installés en milieu urbain.



La démographie médicale actuelle nous laisse penser que la Pédiatrie générale sera de plus en plus gérée par les Médecins Généralistes traitants, sentiment conforté par une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) de 2007, dont les résultats montraient que la pédiatrie représente 13% des consultations d'un généraliste. Chez les enfants de moins de 3 ans, 5% sont suivis par un pédiatre, 40% par un généraliste et 55 % par les deux[4].

Ces données démographiques ont été un des éléments ayant rendu la refonte du système de santé nécessaire. La loi du 13 Août 2004[5] introduit la notion de Médecin Traitant, notion reprise par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire[6] (HPST) de Juillet 2009, replaçant ainsi le Médecin Généraliste au centre du dispositif de santé, grâce notamment à son rôle de premier recours, et de coordination des soins.

De plus, l'évolution de la nomenclature, par décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), a contribué à revaloriser le suivi des enfants par le Médecin Généraliste :

- Enfants de la naissance à 24 mois : majoration MNO[7] qui ajoute 5 euros aux honoraires de la consultation
- Enfants de 2 à 6 ans ; majoration MGE[8] ajoutant 3 euros aux honoraires de la consultation.

La prise en charge croissante des enfants par les médecins généraliste a nécessité une réorganisation de l'enseignement de cette discipline aux futurs Médecins généralistes.

En ce qui concerne la formation pratique, nous venons de voir que la Pédiatrie/Gynécologie (PG) fait l'objet d'un stage obligatoire au cours de l'Internat.

Jusqu'au 10 août 2010, le stage validant la Pédiatrie/Gynécologie devait être effectué dans « des services ou départements hospitaliers agréés pour la Médecine Générale ».

L'arrêté du 10 août 2010[9] modifie l'arrêté du 22 septembre 2004, en mentionnant que le « semestre au titre de la Pédiatrie et/ou de la Gynécologie » doit être effectué dans un « lieu de stage agréé au titre de la discipline de Médecine Générale », supprimant le caractère hospitalier précédemment imposé.

Il est donc possible, depuis cette date, de valider le stage de Pédiatrie/Gynécologie en Médecine ambulatoire.

Ces stages de Pédiatrie/Gynécologie ambulatoires ont été mis en place par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse dès le semestre de Novembre 2009 à Mai 2010, mise en place précoce et novatrice.

Ils comprennent plusieurs lieux de stages :

- Deux jours par semaine, l'IMG est en stage chez un Médecin Généraliste agréé (ou Maître de Stage Universitaire (MDSU)) ayant un nombre important de consultations dédiées à la Pédiatrie/Gynécologie,

- Un jour par semaine, l'IMG est en consultation avec un Médecin de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Un jour par semaine, l'IMG consulte avec un Médecin du Planning Familial.

La création de ces stages de Pédiatrie-Gynécologie (PG) en Médecine Libérale a nécessité la mise en place d'objectifs pédagogiques.

Nous nous sommes posé la question de la progression des acquisitions des IMG au cours de ce stage en libéral.

II MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, qui s'est déroulée du 2 Novembre 2011 au 30 Octobre 2013.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer la progression des acquisitions des IMG dans les domaines du Savoir, Savoir Faire et Savoir Etre, lorsqu'ils sont confrontés à une consultation de pédiatrie au cours de leur stage de PG en milieux libéral.

L'objectif secondaire de notre étude est de comparer les résultats des auto-évaluations des IMG à ceux de leurs MDSU (hétéro-évaluation).

3. Recueil des données

Les questionnaires ont été soumis aux IMG et aux MDSU par courriers électroniques (e-mail), comportant les liens aux questionnaires informatiques. Ils ont été adressés aux IMG au début du stage (M0), à 3 mois du début du stage (M3) et à la fin du stage (M6). En ce qui concerne les MDSU, ils ont reçu les liens pour accéder aux questionnaires après 3 mois de stage (M3) et à la fin du stage (M6). Des relances ont été faites, toujours par e-mail, 15 jours après les premières demandes de participation.

Les données ont été recueillies informatiquement grâce à des questionnaires numériques créés avec l'outil en ligne Google Docs®. Elles ont alors été importées sous forme de tableur EXCEL.

Nous avons utilisé un questionnaire divisé en 3 parties : Savoir (théorie pure), Savoir Faire (gestes techniques…) et Savoir Etre (comportement…).

Chacune de ces parties comportait 10 questions concernant les compétences principales à acquérir au cours de notre stage de Pédiatrie en milieu ambulatoire, soit 30 questions au total.

Chaque item pouvait recevoir une réponse sous forme de note allant de 1 (compétence non acquise) à 10 (compétence parfaitement maîtrisée).

La note 0 correspondait aux sujets non évoqués au cours du stage.

La consigne était un remplissage indépendant des questionnaires par les MDSU et les IMG. Les données recueillies étaient automatiquement horodatées.

Un questionnaire similaire traitant des acquisitions en Gynécologie au cours de ce même stage était distribué simultanément.

4. Analyse statistique

Les données ont été traitées informatiquement grâce au logiciel EXCEL®.

Nous avons utilisé le test de comparaison des moyennes de Student (t student) pour déterminer la significativité de l'évolution des notes, avec un risque alpha à 5% ($p<0,05$).

IV RESULTATS

1. Population

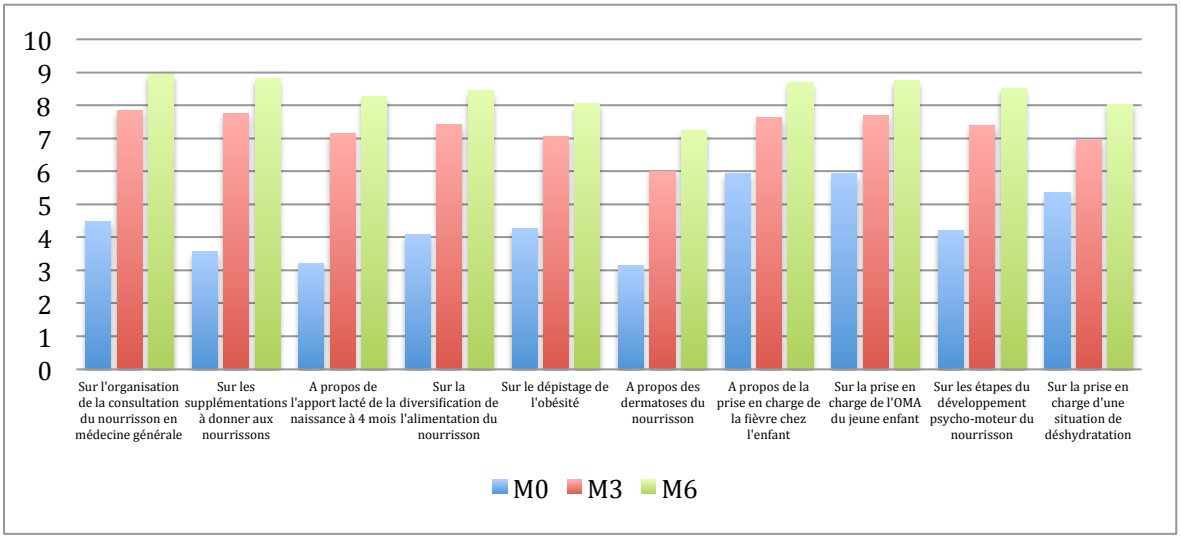
Sur la période des 4 semestres étudiés, 130 IMG ont participé au stage de PG en milieu libéral.

Nous avons récoltés 129 questionnaires chez les IMG et 115 questionnaires chez les MDSU, soit des taux de réponse à respectivement 99,23% et 88,46%.

Elle s'est déroulée dans 8 départements, et 38 lieux de stage différents, répartis sur la région comme suit :

- Haute-Garonne : 40 IMG
- Aveyron : 20 IMG
- Hautes-Pyrénées : 15 IMG
- Lot : 14 IMG
- Gers : 12 IMG
- Ariège : 12 IMG
- Tarn-et-Garonne : 10 IMG
- Tarn : 7 IMG

2. Autoévaluation : Domaine du Savoir



La note moyenne au début du stage (M0) est de 4,35/10.

L'évolution moyenne des acquisitions dans le domaine du Savoir est de + 3,95 points sur la totalité du stage [+2,67 ; +5,25].

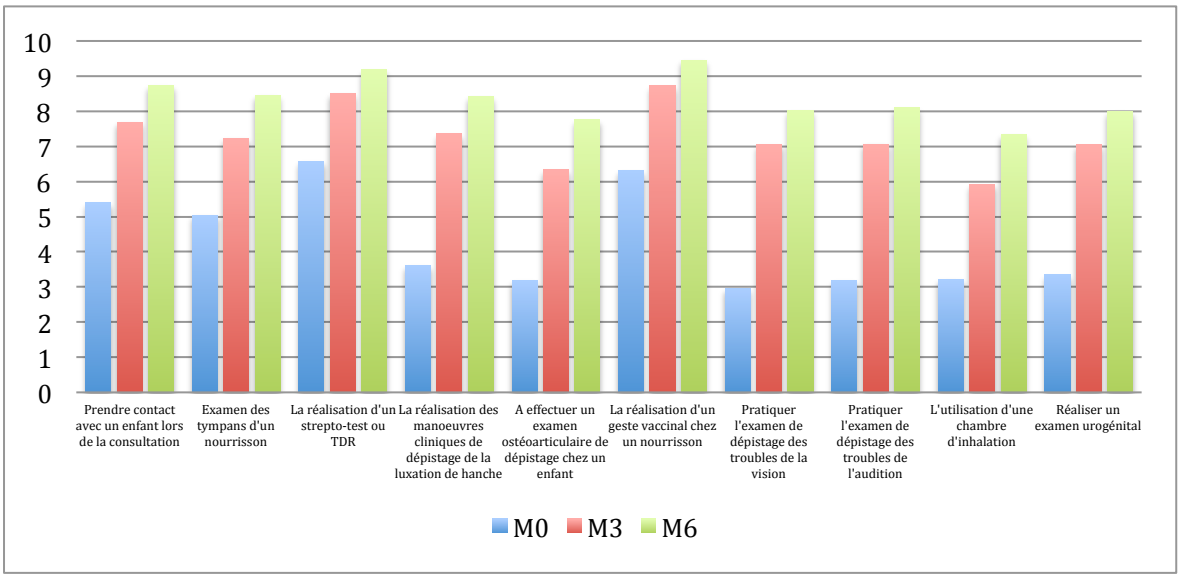
La note moyenne dans le domaine du Savoir en fin de stage est de 8,37/10 [7,24 ; 8,94].

La majeure partie de l'évolution se produit durant les 3 premiers mois de stage (+2,87 [+1,58 ; +4,18]), et une évolution moindre entre le 3ème et le 6ème mois de stage (+1,09 [+1,00 ; +1,24]).

A la fin du stage, 5 items reçoivent une note supérieure à 8,5/10 (« Sur l'organisation de la consultation du nourrisson en Médecine Générale », « Sur les supplémentations à donner aux nourrissons », « A propos de la prise en charge de la fièvre chez l'enfant », « Sur la prise en charge de l'Otite Moyenne Aiguë (OMA) du jeune enfant », « Sur les étapes du développement psycho-moteur du nourrisson ») ; 4 items reçoivent des notes comprises entre 7,5 et 8,5/10 (« A propos de l'apport lacté de la naissance à 4 mois », « Sur la diversification de l'alimentation du nourrisson », « Sur le dépistage de de l'obésité », « Sur la prise en charge d'une situation de déshydratation ») ; Enfin 1 seul item reçoit une note inférieure à 7,5/10 (« A propos des dermatoses du nourrisson »).

L'ensemble des évolutions est statistiquement significative (p Student <0,05)

3. Autoévaluation : Domaine du Savoir Faire



La note moyenne au début du stage (M0) est de 4,20/10.

L'évolution moyenne des acquisitions dans ce domaine est de +4,04 sur la durée totale du stage [+1,93 ; +5,17].

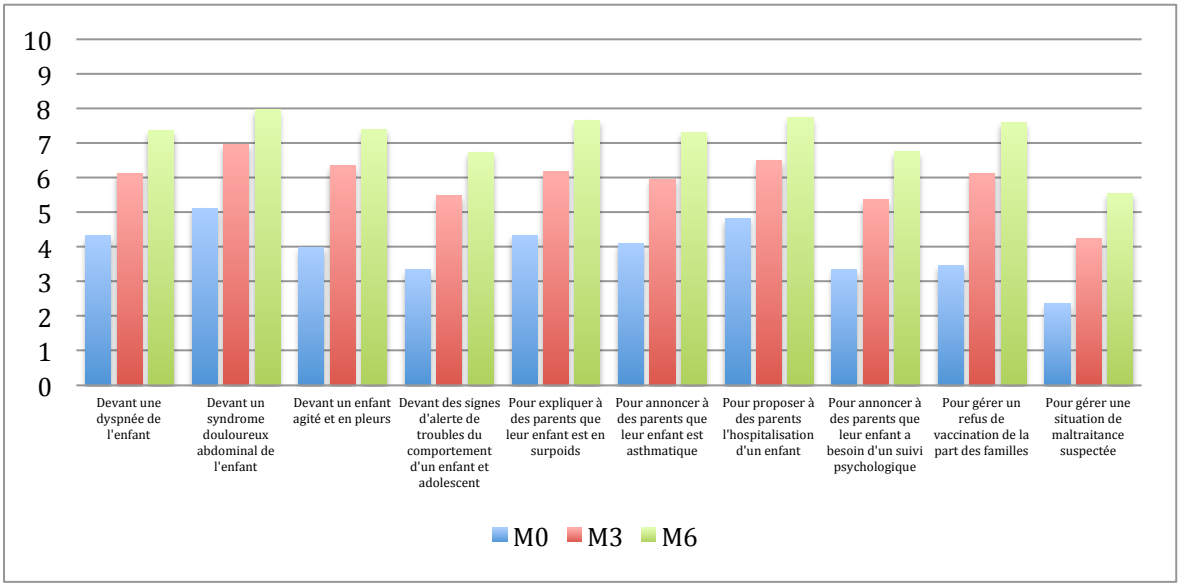
La note moyenne dans le Savoir Faire en fin de stage est de 8,35/10.

La majeure partie de l'évolution est retrouvée au cours des 3 premiers mois de stage (+2,99 [+1,26 ; +4,13]), avec une évolution moins importante entre le 3ème et le 6ème mois de stage (1,05 [+0,67 ; +1,43]).

L'évolution est significative pour tous les items (p Student <0,05).

A la fin du stage, 3 items se voient attribuer des notes supérieures à 8,5/10 (« Prendre contact avec un enfant lors de la consultation », « La réalisation d'un strepto-test ou TDR », « La réalisation d'un geste vaccinal chez le nourrisson ») ; 6 reçoivent une note entre 7,5 et 8,5/10 (« Examen des tympans d'un nourrisson », « La réalisation des manœuvres cliniques de dépistage de la luxation de hanche », « A effectuer un examen ostéo-articulaire de dépistage chez un enfant », « Pratiquer l'examen de dépistage des troubles de la vision », « Pratiquer l'examen de dépistage de troubles de l'audition », « Réaliser un examen urogénital ») ; enfin 1 item reçoit une note inférieure à 7,5/10 (« L'utilisation d'une chambre d'inhalation »).

4. Autoévaluation : Domaine du Savoir Etre



La note moyenne au début du stage est de 3,80/10.

Dans ce domaine, l'évolution moyenne des notes au cours du stage est de +3,29 [+2,86 ; +4,14].

Les acquisitions se font majoritairement les trois premiers mois de stage (+2,01), et à un moindre niveau entre le 3ème et le 6ème mois de stage (+1,28).

La note moyenne en fin de stage dans le domaine du Savoir Etre au cours d'une consultation de pédiatrie est de 7,2/10.

Toutes les connaissances évoluent de façon significative (p Student <0,05).

A la fin du stage, 4 items se voient attribuer des notes entre 7,5 et 8/10 (« Devant un syndrome douloureux abdominal de l'enfant », « Pour expliquer à des parents que leur enfant est en surpoids », « Pour proposer à des parents l'hospitalisation d'un enfant », « Pour gérer un refus de vaccination de la part des familles ») ; 6 reçoivent une note inférieure à 7,5/10 à la fin du stage (« Pour gérer une situation de maltraitance suspectée »,« Devant des signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et adolescent », « Pour annoncer à des parents que leur enfant a besoin d'un suivi psychologique », « Pour annoncer à des parents que leur enfant est asthmatique », « Devant une dyspnée de l'enfant », « Devant un enfant agité et en pleurs »). Aucun item n'est noté à plus de 8/10.

5. Résultats globaux des autoévaluations

L'évolution moyenne globale est de +3,76 point sur l'ensemble du stage, avec une progression plus importante les 3 premiers mois de stages (+2,62 points), et qui ralentit (+1,14 points) entre le 3ème et le 6ème mois.

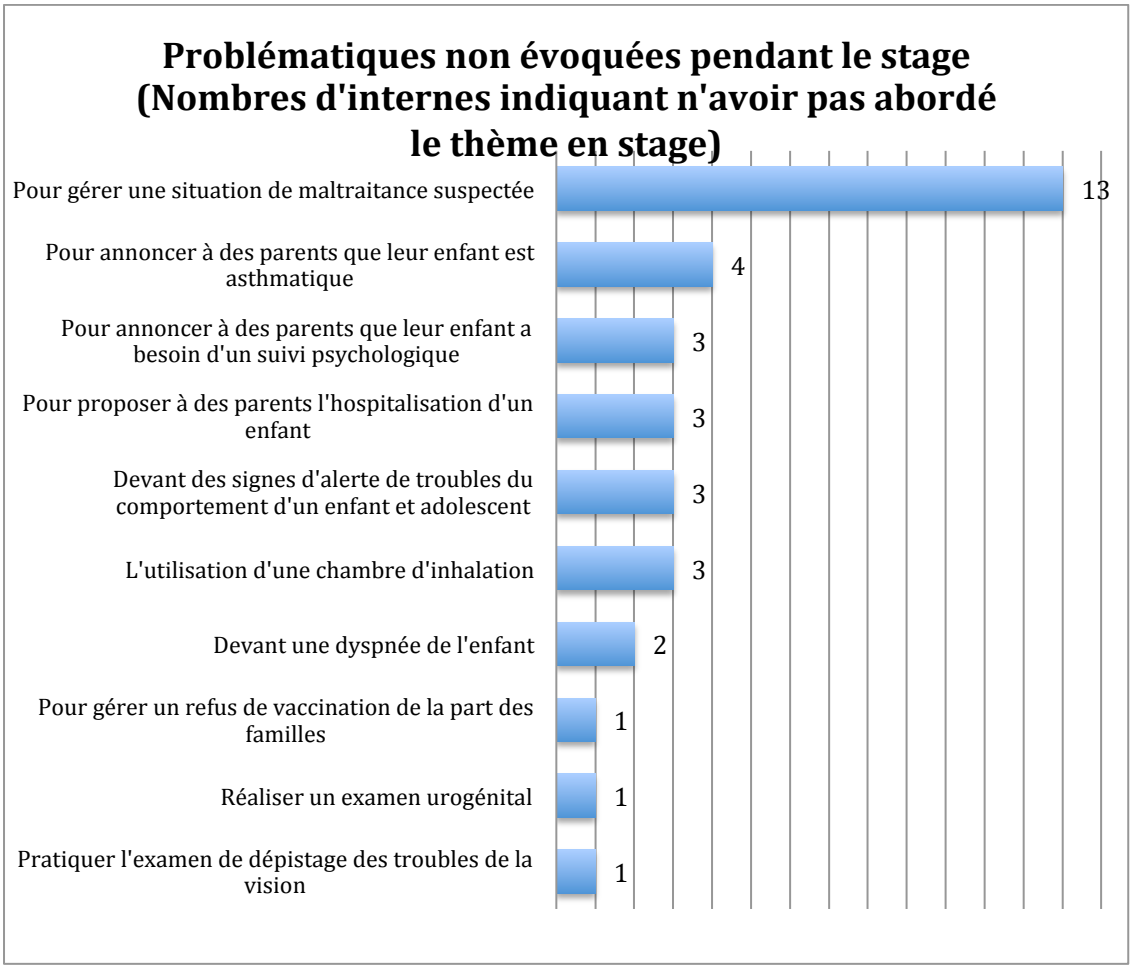
Les moins bonnes acquisitions (note inférieure à 7,5/10) sont dans l'ordre croissant de notation :

- « Pour gérer une situation de maltraitance suspectée » (5,54/10),
- « Devant des signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et adolescent » (6,73/10),
- « Pour annoncer à des parents que leur enfant a besoin d'un suivi psychologique » (6,75/10),
- « A propos des dermatoses du nourrisson » (7,24/10),
- « Pour annoncer à des parents que leur enfant est asthmatique » (7,32/10),
- « L'utilisation d'une chambre d'inhalation » (7,34/10)
- « Devant une dyspnée de l'enfant » (7,36/10)
- et « Devant un enfant agité et en pleurs » (7,39/10).

Le domaine du Savoir Etre est celui pour lequel les acquisitions sont les plus faibles en fin de stage, avec une moyenne à 7,21/10.

L'item pour lequel les IMG ont répondu le plus de fois 0 (sujet non évoqué durant le stage) est l'item « Pour gérer une situation de maltraitance suspectée » (13 fois à la fin du stage M6), les 4 semestres confondus (129 répondants, soit 10%).

Les autres items qui n'ont pas été évoqués durant le stage (notés 0) sont : « Pour annoncer à des parents que leur enfant est asthmatique » (4), « L'utilisation d'une chambre d'inhalation », « Devant des signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et adolescent », « Pour proposer à des parents l'hospitalisation d'un enfant », « Pour annoncer à des parents que leur enfant à besoin d'un suivi psychologique » (3), « Devant une dyspnée de l'enfant » (2), « Pratiquer l'examen de dépistage des troubles de la vision », « Réaliser un examen uro-génital », « Pour gérer un refus de vaccination de la part des familles »(1).


Problématiques non évoquées pendant le stage (Nombres d'internes indiquant n'avoir pas abordé le thème en stage)
Pour gérer une situation de maltraitance suspectée
13
Pour annoncer à des parents que leur enfant est asthmatique
4
Pour annoncer à des parents que leur enfant a besoin d'un suivi psychologique
3
Pour proposer à des parents l'hospitalisation d'un enfant
3
Devant des signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et adolescent
3
L'utilisation d'une chambre d'inhalation
3
Devant une dyspnée de l'enfant
2
Pour gérer un refus de vaccination de la part des familles
1
Réaliser un examen urogénital
1
Pratiquer l'examen de dépistage des troubles de la vision
1

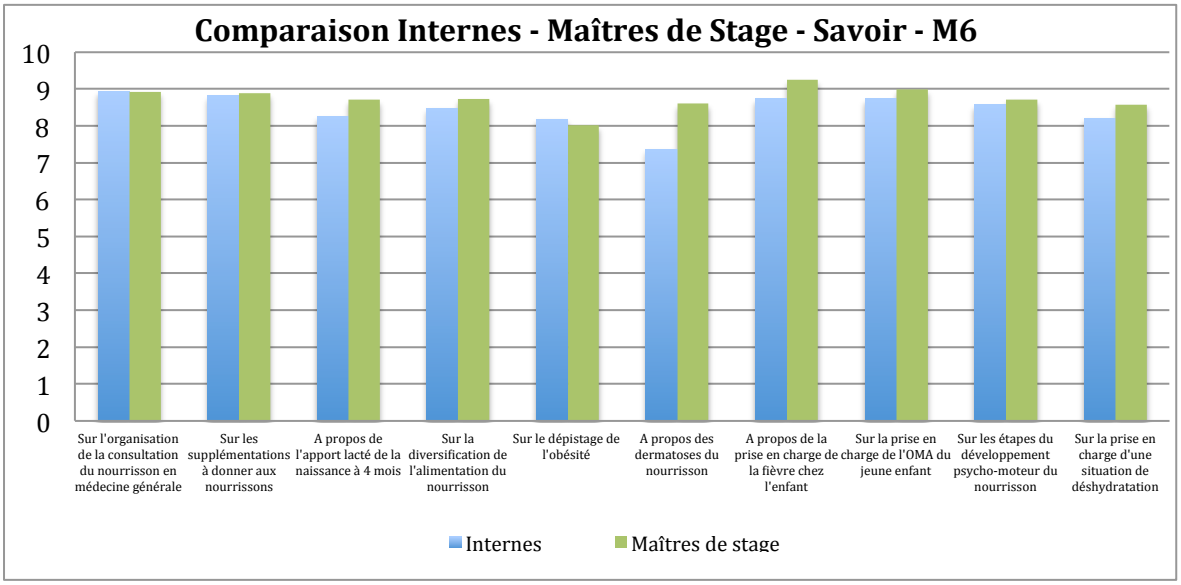
6. Comparaison en miroir des notations des IMG et des Maîtres de Stage Universitaires

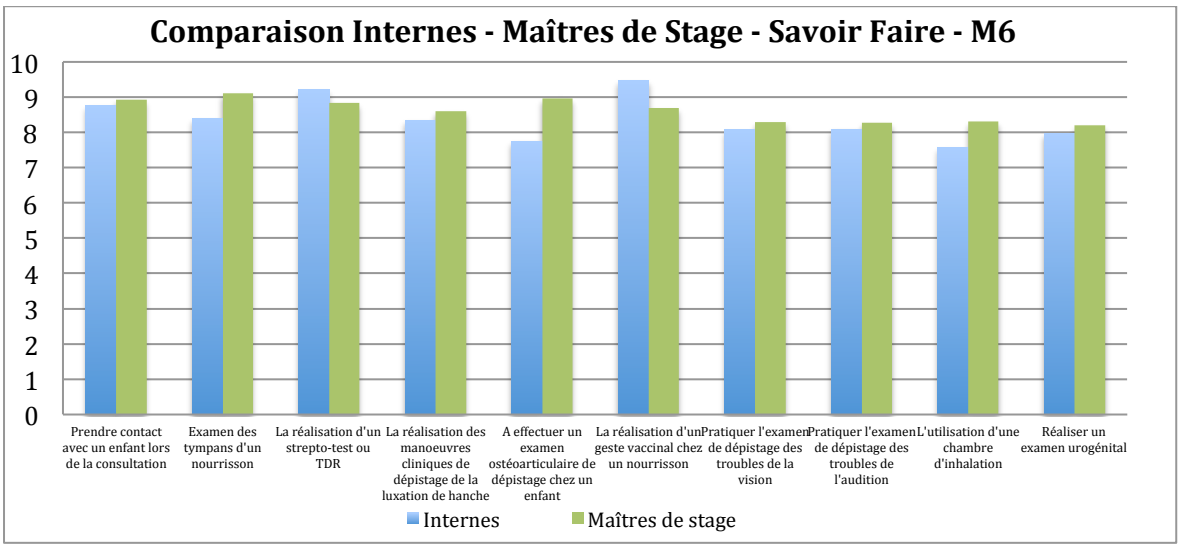
La moyennes des différences de notation entre les MDSU et les IMG est de 0,05/10 au 3ème mois [-1,93/10 ; +1,61/10], et de 0,21/10 au 6ème mois [-1,76/10 ; +1,25/10].

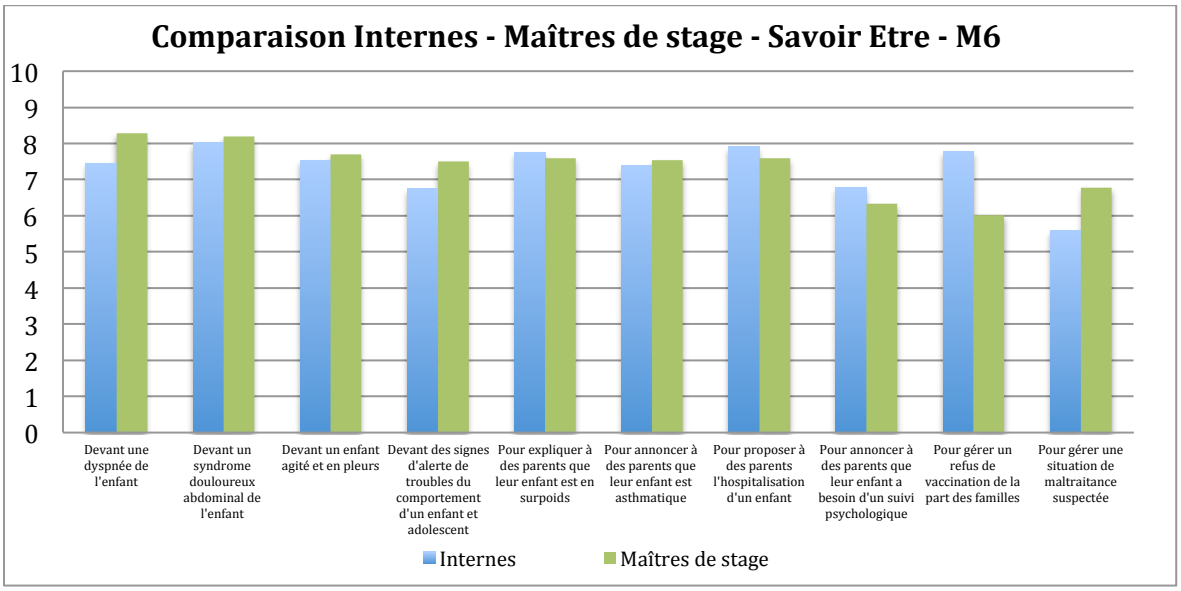
A M3, les MDSU notaient mieux les IMG 13 fois sur 30, et 22 fois sur 30 à M6.

Pour les MDSU, les moins bonnes acquisitions en fin de stage concernent le domaine du Savoir Etre. Ce sont les aptitudes « Pour gérer un refus de vaccination de la part des familles » (6,02/10), « Pour annoncer à des parents que leur enfant à besoin d'un suivi psychologique » (6,33/10) et « Pour gérer une situation de maltraitance suspectée » (6,78/10) qui sont le moins développées en fin de stage de pédiatrie en milieux libéral.

Le plus grosses différences de notations entre MDSU et IMG concernent les items « Pour gérer un refus de vaccination de la part des familles » (-1,76), « Pour gérer une situation de maltraitance suspectée » (+1,18), « A effectuer un examen ostéo-articulaire de dépistage chez un enfant » (+1,23), et « A propos des dermatoses du nourrisson » (+1,25).


Comparaison Internes - Maîtres de Stage - Savoir - M6
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
Sur l'organisation de la consultation du nourrisson en médecine générale
Sur les supplémentations à donner aux nourrissons
A propos de l'apport lacté de la naissance à 4 mois
Sur la diversification de l'alimentation du nourrisson
Sur le dépistage de l'obésité
A propos des dermatoses du nourrisson
A propos de la prise en charge de la fièvre chez l'enfant
Sur la prise en charge de l'OMA du jeune enfant
Sur les étapes du développement psycho-moteur du nourrisson
Sur la prise en charge d'une situation de déshydratation
Internes
Maîtres de stage


Comparaison Internes - Maîtres de Stage - Savoir Faire - M6
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
Prendre contact avec un enfant lors de la consultation
Examen des tympans d'un nourrisson
La réalisation d'un strepto-test ou TDR
La réalisation des manoeuvres cliniques de dépistage de la luxation de hanche
A effectuer un examen ostéoarticulaire de dépistage chez un enfant
La réalisation d'un geste vaccinal chez un nourrisson
Pratiquer l'examen de dépistage des troubles de la vision
Pratiquer l'examen de dépistage des troubles de l'audition
L'utilisation d'une chambre d'inhalation
Réaliser un examen urogénital
Internes
Maîtres de stage


Comparaison Internes - Maîtres de stage - Savoir Etre - M6
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
Devant une dyspnée de l'enfant
Devant un syndrome douloureux abdominal de l'enfant
Devant un enfant agité et en pleurs
Devant des signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et adolescent
Pour expliquer à des parents que leur enfant est en surpoids
Pour annoncer à des parents que leur enfant est asthmatique
Pour proposer à des parents l'hospitalisation d'un enfant
Pour annoncer à des parents que leur enfant a besoin d'un suivi psychologique
Pour gérer un refus de vaccination de la part des familles
Pour gérer une situation de maltraitance suspectée
Internes
Maîtres de stage

V DISCUSSION

1. Forces de l'étude

La première force de ce travail est son originalité. Nous n'avons en effet trouvé aucune étude traitant le sujet.

La puissance de l'étude, obtenue grâce à une très bonne participation à la fois de la part des MDSU et des IMG, nous a permis d'avoir des résultats statistiquement significatifs, permettant l'analyse de ceux-ci par le test de Student.

Notre étude montre une bonne évolution globale des acquisitions en pédiatrie par les IMG, confirmée à la fois par les auto et les hétéro-évaluations.

Il existe cependant une disparité des acquisitions en fin de stage, avec de meilleures notations finales dans le domaine du Savoir par rapport à celles dans le domaine du Savoir Faire, elles-mêmes meilleures que dans le domaine du Savoir Etre.

Enfin, notre travail met en évidence une linéarité dans la progression, confirmé par le parallélisme des résultats de l'évaluation en miroir entre les notes attribuées par les MDSU en hétéro-évaluation et celles des auto-évaluations des IMG.

Les MDSU notent cependant mieux les IMG qu'ils ne se notent en auto-évaluation dans la majeure partie des cas.

2. Analyse transversale

Les bonnes notes de départ ainsi que celles à la fin du stage dans toutes les questions concernant le Savoir démontrent la qualité de la formation initiale dispensée au cours du deuxième cycle, notamment pour la préparation à l'Examen Classant National (ECN). Le programme de préparation à cet examen ne comporte pas moins de 87 items traitants de la pathologie de l'enfant. La théorie, étudiée au cours de l'externat, semble aussi être la plus facile à réviser et à évaluer par l'IMG et par le MDSU. Tout ceci permet d'expliquer pourquoi le domaine du Savoir débute et finit avec les meilleures notations de la part des IMG et des MDSU.

En ce qui concerne le Savoir Faire, il est en grande partie composé par la réalisation de gestes techniques. La maitrise de ceux-ci est donc acquise au cours des stages pratiques. Cependant, les IMG ne participent pas aux stages pratiques en milieu libéral au cours du deuxième cycle. En effet, les stages se déroulent exclusivement en milieu hospitalier. De plus, la plupart des stages sont effectués en milieu spécialisé et non en pédiatrie générale. Les compétences concernant par exemple la réalisation d'un TDR, l'examen des tympans ou encore la réalisation d'un geste vaccinal sont donc des compétences qui ont peu de chance d'être considérées comme acquises à la fin du deuxième cycle.

Cependant, le stage de pédiatrie-gynécologie en milieu libéral n'est pas celui choisi au premier semestre d'Internat. Les IMG ont donc souvent déjà effectué leur stage chez le praticien. Ces différents gestes ont donc probablement déjà été effectués par les IMG ce qui explique des notes de départ relativement bonnes. En effet, les consultations pour les enfants représentent près de 25% des consultations, comme l'a montré le travail d'Elisabeth GRIOT sur Les consultations d'Enfants en Médecine Générale[10]. De plus ce sont des gestes très fréquemment rencontrés au cours du stage, avec par exemple près de 28% des motifs de consultation pour des problématiques ORL[11].

Concernant le domaine du Savoir Etre, c'est celui qui démarre avec les moins bonnes notes. L'acquisition du Savoir Etre semble conditionné par l'expérience. De plus, certaines problématiques explorées par les questions

relatives au Savoir Etre ne représentent qu'une très faible part des motifs de consultations pédiatriques[11]. C'est le cas des consultations pour trouble psycho-comportemental, qui ne représente que 2,17% des consultations, et qui concerne 2 des 10 questions explorant ce domaine, ou encore des consultation pour suspicion de maltraitance, concernant seulement 0,13% des motifs de consultation (mentionné sous l'intitulé « justice » dans la thèse de LAURENT C.[11]).

Il est aussi probable que l'évocation de ses problématiques par les patients soit plus facile avec le MDSU lui-même, avec ou sans la présence de l'IMG. En effet, une relation de confiance semble être nécessaire pour pouvoir discuter plus facilement de ces problèmes.

Tous ces éléments peuvent permettre d'expliquer que c'est dans ce domaine du Savoir Etre que les acquisitions sont les moins rapides au cours du stage.

3. Objectif principal : auto-évaluations

Notre travail montre une bonne progression des acquisitions des IMG, avec une cinétique d'évolution plus faible dans le 2° trimestre du stage.

Il montre également que les acquisitions se font majoritairement au cours des 3 premiers mois de stage dans les domaines du savoir et du savoir faire, et selon 3 profils de progression, avec d'une part les problématiques perfectionnées durant le stage (qui évoluent le moins, mais qui sont aussi les mieux maîtrisées au départ), d'autre part les connaissances acquises durant le stage (avec des notes de départ faibles, mais dont la bonne progression durant le stage permet une bonne maîtrise des compétences intéressées à la fin du semestre), et enfin les compétences évoluant peu.

Concernant le Savoir-Etre, il est difficile de classer les réponses dans ces seuls deux profils d'évolution. Ce domaine fera donc l'objet d'une analyse séparée et détaillée.

Domaines du Savoir et du Savoir Faire

Questions perfectionnées durant le stage

Il s'agit des items recevant de bonnes notes de départ, et pour lesquelles le stage permet de très bonnes notes à la fin du semestre (et donc concernées par les meilleures évolutions).

Dans le domaine du Savoir, les problématiques concernant l'examen clinique en ORL (Otite Moyenne Aigüe (OMA) chez l'enfant, Examen des tympans d'un nourrisson) et l'infectiologie et ses répercussions (Prise en charge de la fièvre chez l'enfant et situation de déshydratation) sont perfectionnées durant le stage. Toutes ces connaissances font l'objet d'items spécifiques à l'ECN, et sont donc a priori bien maîtrisés en 3° ou 4° semestre du DES. De plus, ce sont des motifs de consultation[10] fréquents en Médecine Générale, expliquant les notes de départ relativement élevées, mais aussi les très bonnes notes à la fin du semestre.

Concernant le Savoir Faire, deux gestes techniques très fréquemment réalisés (geste vaccinal et réalisation d'un strepto-test) au cours des consultations pédiatriques[10, 11] sont parfaitement acquis à la fin du stage. De plus,

une moitié des étudiants, du fait de l'enseignement intégré, ont participé à une formation aux gestes techniques. Enfin, la majorité des IMG a déjà validé le stage chez le praticien de niveau 1, expliquant les bonnes notes de départ

Connaissances acquises durant le stage

Elles le sont dans 3 domaines.

Premièrement, la nutrition au sens large (diversification de l'alimentation, supplémentations, apport lacté de la naissance à 4 mois, dépistage de l'obésité). Ce sujet est fréquemment abordé et rencontré dans le cadre du suivi du nourrisson[10].

En effet les consultations de suivi systématique concernent près de 20% des motifs de consultations pédiatriques[10] en Médecine Générale et l'alimentation est un des axes systématiquement évoqué au cours des consultations de suivi, dont la fréquence est classiquement mensuelle jusqu'à 6 mois, puis trimestrielle jusqu'à 2 ans

L'existence de nombreux outils validés favorise l'acquisition des compétences dans ce domaine, en particulier le site Pédiadoc[12], créé par le DUMG de Toulouse, ou encore le guide de l'alimentation édité dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS)[13], décrivant les recommandations de l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants.

Deuxièmement, la prévention et le dépistage (luxation congénitale de hanche, examen ostéo-articulaire, dépistage des troubles de la vision et de l'audition ou encore dépistage d'une anomalie de développement psychomoteur). Ces pratiques font partie intégrante des examens de suivi systématiques de 0 à 2 ans et représentent près d'une consultation pédiatrique sur cinq[10] en Médecine Générale. L'enseignement intégré proposé aux IMG renforce les connaissances sur ce sujet et dynamise les apprentissages au cours des situations réelles retrouvées en stage pratique.

De plus, l'accès aux recommandations de bonne pratique ou fiches mémo de la l'HAS[14, 15] traitant des examens de dépistage ostéo-articulaire favorise les apprentissages, au même titre que les vidéos[16] disponibles sur l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF).

Ici aussi, nous retrouvons tout l'intérêt pédagogique du site Pediadoc[12] pour acquérir une rigueur et des automatismes nécessaire à ces consultations de suivi systématique.

A un moindre degré, le dépistage dans le domaine urogénital est une problématique qui, sans atteindre des notes aussi bonnes que celles citées dans le paragraphe précédent, est également acquise de manière notable au cours du stage. Ce score moins élevé est probablement la conséquence d'un motif de consultation moins fréquent, ralentissant l'acquisition des connaissances sur ce sujet avec, comme l'étude de l'InVS[17] le montre, des taux de cryptorchidies opérées variant de 17 à 32/10 000 et des taux d'hypospadias opérés variant de 4,9 à 12,8/10 000, en fonction des régions.

Enfin, les IMG paraissent très à l'aise, à la fin de leur stage, avec « la consultation de pédiatrie » (son organisation, la prise de contact avec un enfant) malgré des notes de départ relativement faibles. Cet élément de progression très net confirme l'intérêt de ce stage en libéral sur ce plan, d'autant que la consultation de pédiatrie se fait au minimum à trois, l'acquisition d'une certaine aisance dans ce domaine favorisant un climat de confiance avec l'enfant et le ou les parents, facilitant d'autant la prise en charge médicale.

Problématiques évoluant peu durant le semestre

Plusieurs problématiques évoluent peu durant le semestre, et en particulier les apprentissages concernant les dermatoses du nourrisson. L'évolution dans ce domaine très clinique est très dépendante du nombre de cas rencontrés. Or ces motifs de consultations sont peu fréquemment retrouvés en Médecine Générale comme le suggèrent plusieurs travaux, qui montrent que le nombre de recours au Médecin pour ces motifs dermatologiques est relativement faible, allant de 2,8%[10] à 8%[11], ce qui explique probablement nos résultats.

L'utilisation d'une chambre d'inhalation est également mal maîtrisée en fin de stage, alors que l'annonce aux parents que leur enfant est asthmatique semble poser peu de problème aux IMG. Ceci s'explique par la faible fréquence des consultations ayant pour motif « asthme », avec seulement 4,23%[11]. Ceci s'intègre dans une perspective d'éducation thérapeutique au sens large pour cette prise en

charge, et, bien que les étapes de l'utilisation de ces dispositifs[18] soient décrites, la maîtrise de ce geste technique nécessite un apprentissage par le MDSU. De plus, il n'est pas obligatoire d'attendre d'être confronté à une consultation dédiée pour pratiquer ce geste, la manipulation du dispositif pouvant être facilement expliquée tôt dans le stage, afin de permettre une bonne maitrise de l'utilisation d'une chambre d'inhalation en fin de semestre.

Domaine du Savoir Etre

C'est dans ce domaine que les connaissances initiales et les acquisitions sont les plus faibles. Ces éléments relèvent surtout de la confrontation à de nombreuses consultations dans le monde libéral or la maquette du DES ne leur permet une mise en situation au plus tôt en 2° année de DES.

Pour les questions relatives à des problématiques fréquemment rencontrées au cours des consultations pédiatriques[10], comme certaines annonces (diagnostic d'asthme ou d'un surpoids, annonce d'une hospitalisation) ou la prise en charge devant une dyspnée, un enfant agité et en pleurs, un syndrome douloureux abdominal, les IMG débutent le stage avec un assez bon niveau de compétence, et il existe une bonne progression au cours de celui-ci.

Un niveau de connaissance faible au début du stage est retrouvé dans les items concernant d'autres annonces comme le besoin de suivi psychologique ou la gestion des consultations pour des motifs pédo-psychologiques ou psychiatriques (signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et adolescent). Là aussi, on voit bien que la connaissance de recommandations éditées par l'HAS [19] sur le sujet ne suffit pas et que la confrontation en cours de stage et l'expérience semblent être plus bénéfiques que les seules connaissances théoriques. Ces 2 items progressent bien au cours du stage, prouvant que les MSU impliquent parfaitement les IMG au cours des consultations, leur permettant d'acquérir des compétences très liées à l'expérience et au nombre de cas rencontrés.

Enfin la gestion d'une situation de maltraitance suspectée semble poser problème à la fois au début et à la fin du stage

En effet, cette compétence, dont la note initiale est la plus basse de notre étude, n'est que moyennement acquise au cours du stage en libéral. Non évoquée au cours du stage par 13 répondants sur les 2 ans (sur 129, soit 10%), cela nous interpelle.

Dans le travail de thèse décrivant la pratique clinique des IMG en stage de Pédiatrie-Gynécologie, moins de 1% des consultations concernent ce motif[10] alors que de nombreuses études font état de taux bien supérieurs.

Selon les chiffres de l'OMS[20], environ 20% des femmes et 5 à 10% des hommes disent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance, et 23% des personnes déclarent avoir été physiquement maltraitées dans leur enfance.

L'INSERM[21] indique que le nombre de situation de maltraitance à enfant de moins de 15 ans, recensées par la police ou la gendarmerie, a plus que doublé entre 1996 et 2006.

En ce qui concerne la France, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) estimait qu'au 31 décembre 2010[22], 1,9% (soit environ 273 000 enfants) des moins de 18 ans bénéficiaient d'une mesure de prise en charge pour maltraitance.

Ces travaux épidémiologiques indiquent donc des chiffres bien plus importants que le nombre de cas « rencontrés » en consultation de Médecine Générale.

Une des raisons que nous pouvons évoquer au sujet de cette inadéquation est une difficulté au « dépistage » des situations de maltraitance par les Médecins, les patients n'évoquant que peu ce sujet spontanément, notamment en cas de violences sexuelles, par sentiment de honte, de culpabilité, ou de peur de représailles. Les chiffres issus d'études à l'âge adulte (OMS[20]) recensant l'ensemble des situations de maltraitance, y compris celles non prises en charge, sont donc bien plus élevés que le taux de consultation pour ce motif.

La deuxième raison, tout aussi inquiétante, et qui peut expliquer la différence entre les chiffres de l'ONED[22] sur le nombre d'enfants pris en charge et la fréquences des consultations où le motif de maltraitance est évoqué, est un sous diagnostic précoce de ces situations, contrastant avec un nombre élevé de

prises en charge des situations plus graves ou « avancées ». Il semble donc nécessaire d'améliorer la formation sur ce sujet, notamment au cours du stage de PG libéral, qui ne permet pas aujourd'hui une progression suffisante dans ce domaine.

Les raisons de cette absence de progression sont multiples : difficulté des Médecins à évoquer le sujet (sujet « tabou » ?), réticence des patients à en parler à leur Médecin, notamment lors de la présence des IMG,

Il existe pourtant de bons outils à la disposition des Médecins en vue de dépister et prendre en charge les situations de maltraitance suspectées. Nous pouvons citer la conférence de consensus[23] de 2004 de la Société Francophone de Médecine D'Urgence (SFMU) intitulée « Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences » permettant d'avoir des notions de populations à risque et de signe devant faire évoquer une situation de maltraitance.

Egalement, l'étroite collaboration avec les services d'urgences pédiatriques (dans les cas les plus graves) semble nécessaire pour éviter de perdre de vue un enfant maltraité. Le principe est d'adresser l'enfant avec l'accompagnant aux Urgences pour le motif médical qui a motivé la consultation. En l'absence de la famille, le Médecin Généraliste peut alors appeler son correspondant Urgentiste pour lui faire part de sa suspicion de situation de maltraitance. L'enfant sera alors pris en charge par une équipe formée, dans une structure adaptée.

Enfin, un document aidant signalement d'une situation de maltraitance[24] est édité par le Conseil National de L'Ordre des Médecins (CNOM) (annexe 4). Il permet au Médecin, dans une situation urgente de maltraitance avérée, d'avoir un modèle de signalement à adresser au Procureur de la République, évitant une perte de temps à la rédaction (dont la forme est très importante dans ce document qui sera repris par la Justice) et une précision dans la description du problème.

Malgré tout, si les situations de maltraitance physiques évidentes sont relativement aisées à dépister et à prendre en charge, grâce notamment aux procédures de protections d'urgences (procédure judiciaire[25], lorsqu'il s'agit d'une situation de maltraitance avérée, avec nécessité de mise en place de mesures de protection du mineur) pouvant être mises en place par le Procureur

de la République (qui informera alors le juge des enfants), il est beaucoup plus difficile d'agir en cas de suspicion de négligence. En l'absence de critère d'urgence et de certitude diagnostique, la déclaration d'une situation de maltraitance suspectée est plus délicate. En effet, bien qu'une procédure administrative[25] puisse être mise en place en partenariat avec le Conseil Général, dans le but de déclencher une enquête, l'accord de la famille est indispensable a la mise en place de ces démarches. En cas de refus des familles, le risque est ici aussi de perdre de vue l'enfant, potentiellement en danger, aggravant ainsi la situation. La prudence dans ce genre de situation est donc de mise, mais cette prudence favorise probablement un retard voire une absence de prise en charge des situations de maltraitance moins « évidentes ».

Quoiqu'il en soit, il est nécessaire d'améliorer les connaissances des IMG sur ce sujet pour éviter de voir se creuser le décalage entre existence et prise en charge des maltraitances sur enfants.

4. Objectif secondaire : Comparaison en miroir des notations des IMG et des MDSU.

Les MDSU notent dans la majorité des cas mieux les IMG qu'ils ne se notent eux-mêmes

Les critères pour définir l'acquisition de connaissances ne sont pas clairement définis, expliquant probablement cette différence entre auto et hétéro évaluation.

Par exemple, L'IMG peut ressentir le besoin de prendre en charge seul un motif de consultation pour considérer qu'une connaissance est acquise. Le MDSU peut considérer une aptitude comme acquise lorsque celle-ci a été rencontrée fréquemment par l'Interne en supervision directe.

Quelques exceptions à la règle en particulier :

- Pour la gestion des vaccinations, (geste lui-même ou gestion d'un refus de vaccination de la part des familles), l'IMG se note toujours mieux que le MDSU. Les consultations en PMI comportent de très nombreuses consultations incluant un geste vaccinal. La participation des Médecins de PMI semble donc nécessaire pour compléter les hétéro-évaluations. On peut penser que dans ce cas précis, leur avis réduirait la différence entre auto et hétéro-évaluation.
- Certaines comparaisons restent difficilement interprétables car les motifs de consultation sont peu fréquemment retrouvés, par exemple les acquisitions en terme de prise en charge des dermatoses du nourrisson,
- Le dernier exemple d'une disparité entre auto et hétéro-évaluation concerne la réalisation d'un examen ostéo-articulaire de dépistage chez l'enfant (Scoliose, troubles statiques des membres inférieurs…). C'est aussi, comme nous l'avons vu, la problématique du Savoir Faire la moins maîtrisée en fin de stage. Considérant l'IMG comme performant sur ce dépistage, il est possible que les MDSU ne développent pas sur ce sujet lors des consultations, ce qui a pour effet de ralentir l'acquisition de ce Savoir Faire.

Evolution en cours de stage

De manière générale, les auto-évaluations et les notes attribuées par les MDSU évoluent de manière parallèle, avec une évolution plus rapide entre M0 et M3 (environ 2/3 de l'évolution totale) et un ralentissement de la progression entre M3 et M6, montrant que le suivi de l'IMG par le MDSU est bon. En effet, certaines acquisitions peuvent être plus faciles lors des stages en PMI, notamment quand elles concernent des situations peu rencontrées en cabinet libéral. Le MDSU doit donc être particulièrement encadrant pour pouvoir juger de l'évolution d'aptitudes travaillées en dehors des consultations au cabinet.

5. Biais et perspectives

Biais de perdus de vue

Nous avons décidé d'inclure les réponses des IMG et des MDSU qui ont répondus au moins une fois au questionnaire. Nous avons donc privilégié la puissance de l'étude en introduisant un biais de perdus de vue. Notre travail analysant des moyennes, l'impact de ce biais ne semble pas majeur. En effet, les MDSU et les IMG n'avaient pas accès à leurs réponses précédentes. Chaque réponse était donc indépendante des autres, limitant l'impact de ce biais sur l'analyse statistique.

Réponses déclaratives - Subjectivité

Le niveau nécessaire à juger une connaissance comme acquise est différent en fonction des IMG, et des MDSU. En l'absence de critères bien établis, sur ce questionnaire d'auto-évaluation, il existe donc un biais de subjectivité.

Biais de mémorisation

Les questionnaires ont été adressés de façon individuelle, avec relance 15 jours après le premier envoi. Il existe donc un biais de mémorisation pour les IMG et les MDSU qui ont répondus plusieurs semaines après l'envoi initial. Les données horodatées montrent cependant que ce cas de figure est relativement faible.

Perspectives générales

Notre travail doit permettre de faire évoluer le contenu pédagogique de ce stage, et en particulier de supprimer le biais déclaratif et d'apporter plus d'objectivité dans l'évaluation. En effet, IMG et MDSU doivent travailler ensemble dès le début du stage (à M0), puis à M3 et M6, afin de favoriser les acquisitions et donc de mieux évaluer leur progression.

Pour renforcer la qualité de l'évaluation, un livret pédagogique précisant les critères affirmant l'acquisition de chaque item pourrait être mis à disposition du couple IMG – MDSU. L'utilisation de ce Livret Pédagogique pourrait être étendue

à tous les stages en milieu libéral (praticien niveau 1 et SASPAS), permettant ainsi d'avoir des critères objectifs d'acquisition des aptitudes nécessaire pour mener à bien une consultation de Médecine Générale, spécialité très vaste et nécessitant des compétences étendues.

De plus, le stage de pédiatrie-gynécologie en libéral, chez le Médecin généraliste, doit être renforcé par les stages annexes (PMI…) qui permettent d'enrichir le contenu pédagogique.

Enfin, le renforcement des ateliers d'échanges pratiques (AEP) est également une perspective intéressante pour que les IMG puissent partager leur expérience, nécessaire à la progression des acquisitions dans le domaine du Savoir Etre notamment.

VI CONCLUSION

Les stages de Pédiatrie-Gynécologie en milieu libéral, instaurés dès Novembre 2009 à la faculté de Médecine de Toulouse, ont été une innovation majeure pour la formation des Internes de Médecine Générale. Le nombre de pédiatres formés ne permettra plus, d'ici quelques années, d'assurer le renouvellement des praticiens exerçants en ambulatoire. De plus, depuis la loi du 13 Août 2004, confirmée par la loi HPST du 21 Juillet 2009, relatives à la mise en place du « Médecin traitant », le Médecin généraliste a été replacé au centre du système de soins primaires, renforçant le rôle de Médecin de premier recours. La formation à la pédiatrie a donc dû évoluer afin de mieux préparer les jeunes Médecins à la prise en charge des enfant, notamment en favorisant la mise en situation (permettant d'acquérir de bonnes pratiques, la théorie étant, de manière générale, bien maîtrisée à la fin de l'externat). Enfin, ces stages ont permis de valoriser le rôle d'enseignement des Médecins généralistes installés.

Leur instauration précoce a été rendue possible par la volonté du DUMG de Toulouse, son Doyen le Pr ROUGE, son coordonnateur le Pr OUSTRIC, les enseignants du département et l'ensemble des Maîtres de Stage Universitaires qui se sont impliqués dans ce projet.

Ce travail d'évaluation montre le chemin parcouru, avec de bonnes acquisitions en fin de stage, notamment dans les domaines du Savoir et du Savoir Faire, ainsi que la forte implication des Maîtres de stage Universitaires dans la formation de leurs jeunes collègues.

Il souligne aussi les améliorations à apporter, aussi bien sur l'organisation que sur le contenu pédagogique du stage ambulatoire. En effet, celui-ci doit être complété par un passage dans des stages annexes, PMI, Médecine scolaire, afin de permettre les acquisitions sur des sujets peu rencontrés en médecine de ville, et qui de ce fait progressent peu au cours du semestre. Il s'agit notamment des problématiques de dermatoses du nourrisson, ou encore de gestion de suspicion de situation de maltraitance. Le partage d'expérience entre Maîtres de stage Universitaires et Internes et entre les Internes des différents lieux de stage doit aussi être favorisé pour améliorer la progression dans le domaine du Savoir Etre.

En ce qui concerne le contenu pédagogique, ce stage doit évoluer vers une plus grande objectivité dans son évaluation. Cela peut notamment passer par la mise à disposition au couple Maître de stage/Interne d'outils, tel qu'un « livret guide pédagogique », qui doit permettre une analyse intermédiaire des acquisitions de l'Interne, à des moments privilégiés au cours du stage, afin d'adapter la fin du stage pour favoriser la progression sur les problématiques les moins maîtrisées. Il permettra aussi de supprimer le biais déclaratif de notre étude.

Le département universitaire s'est déjà emparé de nos résultats pour faire évoluer les stages de Pédiatrie-Gynécologie en milieu libéral dans le cadre de la réforme prévue à l'automne 2014.

Toulouse le 15.05.14

Vu permis d'Imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL

Toulouse le 15.5.14

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

VII ANNEXES

1. Questionnaire Savoir

Grille d'évaluation Pédiatrie - M0

Réponses de 0 à 10
0 : non maitrisé
10 : parfaitement maitrisé

MERCI D'INDIQUER OBLIGATOIREMENT VOTRE NOM AVANT DE RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE (NÉCESSAIRE POUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES)
*Obligatoire

Nom *
A indiquer avant de répondre au questionnaire - Merci

SAVOIR

Sur l'organisation de la consultation du nourrisson en médecine générale *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur les supplémentations à donner aux nourrissons *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A propos de l'apport lacté de la naissance à 4 mois *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur la diversification de l'alimentation du nourrisson *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur le dépistage de l'obésité *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A propos des dermatoses du nourrisson *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A propos de la prise en charge de la fièvre chez l'enfant *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur la prise en charge de l'OMA du jeune enfant *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur les étapes du développement psycho-moteur du nourrisson *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur la prise en charge d'une situation de déshydratation *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Questionnaire Savoir Faire

SAVOIR FAIRE

Prendre contact avec un enfant lors de la consultation *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Examen des tympans d'un nourrisson *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La réalisation d'un strepto-test ou TDR *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La réalisation des manoeuvres cliniques de dépistage de la luxation de hanche *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A effectuer un examen ostéoarticulaire de dépistage chez un enfant *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La réalisation d'un geste vaccinal chez un nourrisson *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pratiquer l'examen de dépistage des troubles de la vision *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pratiquer l'examen de dépistage des troubles de l'audition *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

L'utilisation d'une chambre d'inhalation *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Réaliser un examen urogénital *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Questionnaire Savoir Etre

SAVOIR ETRE

Devant une dyspnée de l'enfant *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Devant un syndrome douloureux abdominal de l'enfant *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Devant un enfant agité et en pleurs *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Devant des signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et adolescent *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour expliquer à des parents que leur enfant est en surpoids *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour annoncer à des parents que leur enfant est asthmatique *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour proposer à des parents l'hospitalisation d'un enfant *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour annoncer à des parents que leur enfant a besoin d'un suivi psychologique *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour gérer un refus de vaccination de la part des familles *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour gérer une situation de maltraitance suspectée *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Envoyer

4. Modèle de signalement de maltraitance à enfant

Sévices à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sévices dont il est victime.

L'article 226-14 du code pénal délie le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le procureur de la République.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, le Ministère délégué à la famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République.

Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Cachet
du médecin

SIGNALEMENT

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que :
  « _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____ »

- l'enfant nous a dit que :
  « _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____ »

Cachet
du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)
  -
  -
  -
  -
  -
  -
  -

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le

<u>Signature du médecin ayant examiné l'enfant :</u>

5. Sigles et abréviations

AEP : Ateliers d'Echange Pratique

DES : Diplôme d'études spécialisées

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Examen National Classant

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

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

M0 : Début du stage

M3 : 3 mois après le début du stage

M6 : 6 mois après le début du stage, ou fin de stage

MGE : Majoration Grand Enfant

MNO : Majoration Nourrisson

OMA : Otite Moyenne Aiguë

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

PG : Pédiatrie Gynécologie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFMU : Société Francophone de médecine d'Urgence

TDR : Test de Diagnostic Rapide

UMVF : Université Médicale Virtuelle Francophone

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

VIII BILBIOGRAPHIE :

[1] : Arrêté du 22 septembre 2004, publié au JO du 6 octobre 2004, « Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine », chapitre 1, article 1.

[2] : Arrêté du 22 septembre 2004, publié au JO du 6 octobre 2004, « Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine », Annexe V.

[3] : Ordre National des Médecins, La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Midi-Pyrénées, 1er Juin 2011, disponible à l'adresse : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Midi-Pyrenees_2011.pdf

[4] : Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier - Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale: une typologie des consultations et visites. Drees – Études Résultats. 2007;(588)

[5] : LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie

[6] : LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, disponible à l'adresse : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

[7] : Article 14.4.2, Nomenclature Générale Des Actes Professionnels (NGAP), Décision de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie du 11 mars 2005)

[8] : Article 14.4.3, Nomenclature Générale Des Actes Professionnels (NGAP), Décision de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie du 11 mars 2005)

[9] : JORF n°1099 du 28 Août 2010, texte n°38, Arrêté du 10 Août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine

[10] : Elisabeth GRIOT, Les consultations d'enfants en Médecine Générale, SFMG.

[11] : LAURENT Cynthia, Pratique Clinique En Pédiatrie Des IMG En Médecine Générale, Lors Du Stage Ambulatoire De Gynéco-Pédiatrie, En Cabinet De Médecine Générale, En Midi-Pyrénées, 68p. Th : Méd. : Toulouse 3 : 2013 ; 101

[12] : Département de Médecine Générale de Toulouse, Site Pédiadoc.fr, Faculté de Médecine de Toulouse RANGUEIL, consultable à l'adresse : www.pediadoc.fr.

[13] : Guide de l'alimentation de la naissance à 3 ans, Programme National Nutrition Santé, disponible à l'adresse http://www.mangerbouger.fr/pnns/outils-d-information/les-guides-nutrition.html

[14] : HAS, Luxation congénitale de hanche, Fiche Mémo, Octobre 2013, disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1680275/en/luxation-congenitale-de-la-hanche-depistage.

[15] : HAS, Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires, Recommandation de bonne pratique, Septembre 2005, disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-lenfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires

[16] : KRAGER C., Luxation congénitale de hanche : du dépistage au traitement, Univeristé Médicale Virtuelle Francophone, 14 Janvier 2014, disponible à l'adresse : http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/la_luxation_congenitale_de_la_hanche_du_depistage_au_traitement.2469

[17] : RAMBOURG SCHEPENS MO, PASCAL L., LASALLE JL. Les malformations congénitales du petit garçon en Languedoc-Roussillon. Étude des cryptorchidies et des hypospadias opérés à partir des données du PMSI de 1998 à 2001. In: Ed. InVS, editors. Drass PACA; Cire Sud:2004; 56p

[18] : MARCHAC V., Chambres d'inhalation pour nourrissons et enfant asthmatique, La Revue Du Praticien Médecine Générale, Tome 21, N°776/777, Juin 2007, disponible à l'adresse http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/asthme/chambihn.pdf

[19] : HAS, Recommandations pour la pratique clinique, Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires, Septembre 2005, disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_propositions.pdf

[20]: OMS, La maltraitance des enfants, Aide mémoire, Août 2010, disponible à l'adresse : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/

[21] : TURSZ A. et GERBOUIN_REROLLES P., 9 décembre 2008, Enfants maltraités : Les chiffres et base juridique en France, INSERM, résumé disponible à l'adresse : http://www.inserm.fr/espace-journalistes/enfants-maltraites.-les-chiffres-et-leur-base-juridique-en-france

[22] : ONED, Les Chiffres Clés en Protection de l'enfance, disponible à l'adresse : http://oned.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance

[23] : SFMU, Conférence de Consensus, Maltraitance : Dépistage, conduite à tenir aux urgences, 3 décembre 2004, disponible à l'adresse : http://www.sfmu.org/documents/consensus/cc_maltraitance_court.pdf

[24] : Conseil National de L'Ordre des Médecins, Sévices à mineurs, modèle type de signalement, 19 octobre 2012, disponible à l'adresse : http://www.conseil-national.medecin.fr/signaler-la-maltraitance-1258.

[25] : Maitre FITOUSSI, Maltraitance, Signalement : Mode d'Emploi, AVPE : Association de Protection de L'ENFANCE, disponible à l'adresse : http://www.protection-enfance.org/MALTRAITANCE-__SIGNALEMENT_MODE_D_EMPLOI.php

PORTE CAZAUX Benjamin

Evaluation des acquisitions des Internes de Médecine générale au cours de leur stage en Pédiatrie-Gynécologie en milieu libéral : cas de la Pédiatrie

Toulouse, 04 Juin 2014

Contexte : La faculté de Médecine de Toulouse a mis en place, dès Novembre 2009, sur Midi-Pyrénées, des stages de Pédiatrie-Gynécologie en milieu libéral, afin de permettre aux Internes de Médecine Générale d'être confrontés à une pratique de ces disciplines en milieu ambulatoire. Notre objectif principal a été d'évaluer l'évolution des acquisitions des Internes au cours de ces stages, afin d'en vérifier la pertinence.
Méthode : Un même questionnaire portant sur 30 items concernant le Savoir (10), le Savoir Faire (10) et le Savoir Etre (10) en pédiatrie ambulatoire a été adressé aux Internes au début du stage (M0), puis aux troisièmes (M3) et sixièmes mois (M6) et en miroir à M3 et M6 aux Maîtres de stage Universitaires.
Résultats : L'analyse des 129 questionnaires pour les internes et 115 pour les MSU sur 4 semestres de stage consécutifs montre de très bonnes acquisitions dès le premier trimestre (+2,62 points), et un ralentissement de celles-ci (+1,14 points) entre le 3ème et le 6ème mois. Il persiste cependant des points à améliorer, dans le domaine du Savoir Etre, en particulier devant certains motifs de consultation peu ou pas abordé en Médecine Générale comme la gestion d'une suspicion de maltraitance. En ce qui concerne les évaluations en miroir, elles montrent une linéarité entre les autoévaluations des Internes et les évaluations des MDSU à M3 et M6. Enfin, il apparaît que les stages annexes (PMI, Médecine scolaire) sont un plus en terme de complément d'apprentissage.
Discussion : Le département universitaire s'est déjà emparé de nos résultats pour faire évoluer le contenu pédagogique des stages de Pédiatrie-Gynécologie en milieu libéral en mobilisant beaucoup plus le couple Interne/MDSU en modifiant l'organisation pédagogique et en favorisant le partage d'expérience.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-clés : Pédiatrie, Médecine générale, stages pratiques, enseignement, acquisitions

Faculté de Médecine Rangueil-133 route de Narbonne-31062 TOULOUSE Cedex4-France

Directeur de thèse : BISMUTH Michel

Evaluation of the acquisition of knowledge of the General Medecine Interns during their course in Pediatric-Gynecology in the private sector : Pediatric case.

Context : In November 2009 the University of Medicine of Toulouse in the Midi Pyrenees put in place training courses in pediatric gynecology for the private sector to allow students in general medicine to learn the disciplines and practices in day care patient management. Our principal objective was to evaluate their progress and to ascertain the quality of these courses.
Method : The same questionnaire containing 30 points was presented to the internes at the beginning, after 3 months and after 6 months, knowledge (10) methods (10) and behavior (10) and at the same time it was presented after 3 months and after 6 months to the university tutor.
Conclusion : The results of 129 questionnaires of the internes and 115 of the university tutors over 4 weeks showed good results for the first consecutive period (+2,62 points) and showed a decline between the third and the sixth month. At the same time an improvement was necessary in certain areas, for example in behavior, particularly when confronted with some consultations which were rarely approached in general medicine, for example a suspicion of abuse. The evaluations at 3 months and at 6 months between the internes and those of the tutors showed a similarity. Finally it showed that these supplementary courses (PMI, Preventative Medicine) were a learning supplement.
Discussion : The university department had already taken into account our results in order to improve the quality of the course in pediatric gynecology in day care patients by focusing more on the organizing and sharing of experiences between the interns and the tutors.