

# THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 MARS 2013

PAR Cynthia LAURENT

SUJET :

---

**PRATIQUE CLINIQUE EN PÉDIATRIE DES INTERNES EN MÉDECINE  
GÉNÉRALE,**

**LORS DU STAGE AMBULATOIRE DE GYNÉCO-PÉDIATRIE,  
EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE, EN MIDI-PYRÉNÉES**

---

DIRECTEUR DE THÈSE :

Dr Michel BISMUTH

JURY :

M. le Professeur OUSTRIC Stéphane, Président.

Mme le Professeur TAUBER Maïté, Assesseur.

M. le Professeur POUTRAIN Jean-Christophe, Assesseur.

M. le Docteur BISMUTH Michel, Assesseur.

Mme le Docteur LATROUS Leïla, Membre invité.



**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
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
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. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
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.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
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.	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. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	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. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
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 - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
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. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
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.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-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)	Epidémi. 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)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
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.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO 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. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
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. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STŌWHAS 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. 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 Soins Palliatifs  
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail  
Dr NIEZBORALA M.

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
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
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
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
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.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle 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. CMBUS 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. DEDOUT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
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
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
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. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
M. BISMUTH S.	<b>M.C.U.</b> Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.  
Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.

## REMERCIEMENTS

***A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président du jury.***

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury, et je vous en remercie. Merci aussi pour votre engagement et votre implication à développer et défendre la spécialité Médecine générale.*

***A Madame le Professeur Maité TAUBER.***

*Merci d'avoir accepté de prendre le temps de juger ce travail.*

***A Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN.***

*Un très grand merci pour m'avoir appris et donné goût à mon métier, pour m'avoir fait et donné confiance, pour ton accueil chaleureux et ta disponibilité.*

***A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH.***

*Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir accompagné, avec patience et disponibilité, tout au long de ce travail.*

***A Madame le Docteur Leïla LATROUS.***

*Merci de participer à ce jury, et de l'intérêt porté à ce travail. Merci également pour votre engagement dans la formation de vos futurs confrères.*

***Aux 36 internes ayant constitué le recueil de données, sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour.***

***A mes parents, avant tout, pour votre amour et votre soutien inconditionnel envers vos enfants.***

***A ma famille. A ma sœur et belle-sœurette pour votre détermination. A tous les petits loulous qui nous entourent pour leur force de vie, et à ceux à venir. A mon frère, toujours présent malgré son absence.***

***Aux Amis, de médecine et d'ailleurs. Pour tous ces moments partagés, pour savoir débattre et écouter malgré les divergences de convictions, pour partager les joies comme les doutes au-delà des périodes de portable éteint...***

***A Jean-Christophe POUTRAIN et Ghislaine GRELLIER. Un très grand merci avec beaucoup de respect et de chaleur, pour m'avoir communiqué votre passion de notre métier, pour votre accueil chaleureux, votre disponibilité et votre vision de la médecine générale.***

***Aux patients et leur famille qui m'accordent leur confiance. A ceux qui entrent en disant Mademoiselle et repartent en disant Docteur. A ceux, réticents envers « la remplaçante », avec qui nous avons appris à nous connaître.***

***A certaines secrétaires et infirmières qui en font « plus », rendant notre exercice plus agréable.***

***Enfin, à mon Amour et à notre petite famille...***

**MERCI !**

# SOMMAIRE

<b>GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION ET OBJECTIFS .....</b>	<b>5</b>
<b>CONTEXTE RELATIF A LA FORMATION DE L'IMG.....</b>	<b>7</b>
I.    La formation en pédiatrie des internes en médecine générale .....	7
II.   Les internes sont-ils satisfaits de leur formation en pédiatrie ? .....	8
III.  L'enseignement théorique et pratique en pédiatrie des internes en médecine générale, dans la région Midi-Pyrénées.....	9
1.  Les terrains de stage et leurs objectifs pédagogiques.....	9
2.  L'enseignement théorique .....	10
<b>CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE .....</b>	<b>12</b>
I.    Démographie en la population française des enfants jusqu'à 16 ans inclus .....	12
II.   Démographie médicale de l'offre de soins en pédiatrie générale .....	13
1.  Démographie médicale des pédiatres libéraux.....	13
2.  Démographie médicale des médecins généralistes .....	15
III.  Conclusions .....	16
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>17</b>
I.    Période de réalisation de notre étude et répartition géographique.....	17
II.   Recueil de données : formation préalable des internes et constitution du recueil.....	17
III.  Maquette de saisie et Analyse des données .....	17
<b>RESULTATS.....</b>	<b>19</b>
I.    Résultats globaux .....	19
1.  Effectifs totaux, par semestre et par stage .....	19
2.  Répartition des motifs primaires et secondaires .....	20
3.  Répartition par tranches d'âge et par sexe .....	20
II.   Résultats par champs d'activité.....	21
III.  Résultats par motifs classés par domaines de pathologie.....	22
IV.  Détail des motifs de consultation, selon les tranches d'âges .....	22



<b>DISCUSSION .....</b>	<b>28</b>
<b>I. Introduction : les biais, les limites et les forces de notre travail .....</b>	<b>28</b>
1. Ses biais et limites .....	28
2. Les Forces de notre étude .....	29
<b>II. Objectif principal : Ce que montre notre travail sur l'activité de l'IMG lors de stage de pédiatrie ambulatoire en médecine générale .....</b>	<b>30</b>
1. Un stage très formateur sur les principaux pôles d'activité pédiatrique, en adéquation avec le quotidien des médecins généralistes.....	30
2. Des internes moins confrontés à certains items... ..	32
3. Des problématiques revêtant un véritable enjeu pédiatrique à la lecture de la bibliographie, pourtant quasi-absentes de notre relevé .....	37
<b>III. Objectif secondaire : Pistes et perspectives d'amélioration de la formation de l'IMG vis-à-vis des items pédiatriques peu ou pas rencontrés lors de son stage en cabinet de médecine générale .....</b>	<b>40</b>
1. Pathologies chroniques .....	40
2. Problématiques électives de certaines tranches d'âge .....	42
3. Les urgences pédiatriques.....	44
4. Problématiques relationnelles intrafamiliales .....	44
5. Problématiques de l'adolescent.....	45
6. La prise en charge de l'allaitement .....	45
7. Troubles du développement .....	46
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>56</b>

## GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'État Général

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CI : Contre-Indication

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

« cs » : consultations

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESMG : Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, Études, Évaluation et Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECA : Enseignant Clinique Ambulatoire

ERTL4 : Épreuve de Repérage des Troubles du Langage utilisable chez l'enfant de 4 ans

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

IMG : Interne en Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecine Générale

MDSU : Maître De Stage Universitaire

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

« n » : nombre de motifs

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

PC : Périmètre Crânien

PM : Psycho-Moteur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Plan National Nutrition Santé

MECS : Maisons et Etablissements à Caractère Sanitaire

OMG : Observatoire de Médecine Générale

ORL : Oto-rhino-laryngologie

RC : Résultat de Consultation

RGO : Reflux Gastro-Cœsophagien

RIAP : Relevé Individuel d'Activité Professionnelle

SASPAS : Stage d'Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFP : Société française de Pédiatrie

TC : Traumatisme Crânien

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TDR : Test de Diagnostique Rapide

TED : Trouble Envahissant du Développement

THADA : Trouble d'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention

UTAMS : Unité Territoriale d'Action Médico-Sociale

## INTRODUCTION ET OBJECTIFS

En France, la pédiatrie générale est assurée à la fois par les pédiatres libéraux et les médecins généralistes.

A l'heure actuelle, le médecin généraliste est déjà particulièrement impliqué dans la prise en charge des enfants de moins de 16 ans. En 2002, une étude de la CNAMTS [1] (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». La Société Française de Médecine Générale (SFMG), dans son communiqué du 4 janvier 2005 [2], rappelle que 79 % des enfants de moins de 15 ans sont pris en charge exclusivement par leur médecin de famille ; Parmi les 21% d'enfant restant, 16% sont suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre, 5 % sont suivis exclusivement par un pédiatre. Dans le Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009 [3], ceux-ci soulignent qu'en France, sur l'ensemble des consultations effectuées auprès des 0 à 2 ans, les pédiatres libéraux n'en assurent que le tiers. La commission relève que le souhait de s'inscrire pour les pédiatres comme premier recours était difficilement compatible avec leur répartition très déséquilibrée au sein des territoires, et que les exemples apportés au cours des échanges avec les professionnels de la spécialité illustraient plutôt un positionnement de second recours. Enfin, en 2009 dans son rapport d'expertise opérationnelle « La santé de l'enfant, propositions pour un meilleur suivi » [4], 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 9<sup>ème</sup> mois est réalisé par un médecin généraliste dans 53,7% des cas, versus 45,6% des cas par un pédiatre.

Or, compte-tenu de la conjoncture démographique actuelle, entre une démographie médicale des pédiatres libéraux en baisse [5;6] et une natalité française florissante [7], le futur médecin généraliste est un acteur incontournable dans la prise en charge de la santé des enfants.

Dès lors, il apparaît indispensable de permettre aux internes en médecine générale (IMG) d'accéder à une formation de qualité en pédiatrie générale. Mais qu'en est-il de la formation du futur médecin généraliste en Midi-Pyrénées ? Nous n'avons pas retrouvé à

ce jour d'étude prospective détaillant l'activité des internes de médecine générale au cours de leur stage de pédiatrie. Dès lors, il nous est apparu indispensable d'objectiver l'activité de l'interne au cours de son stage de pédiatrie, en vue de proposer un enseignement qui soit propre aux compétences spécifiques de la spécialité Médecine Générale, et bien adapté à la situation médicale telle qu'elle se profile en France.

A quels types de consultation de pédiatrie générale, les internes en stage ambulatoire du pôle mère-enfant sont-ils confrontés ? Mieux connaître la fréquence et le type de motif de consultation permet-il d'améliorer l'acquisition des compétences spécifiques de la médecine générale en pédiatrie, au travers des objectifs pédagogiques à acquérir au cours des stages pratiques et d'un enseignement théorique adapté ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons sollicité les IMG effectuant leur stage de gynécologie-pédiatrie en ambulatoire en région Midi-Pyrénées, afin qu'ils réalisent un relevé des motifs de consultation concernant l'enfant de 0 à 16 ans.

Dans un premier temps, l'objectif principal de notre étude est, au travers du recueil de données prospectif, d'objectiver la fréquence et le type de motifs auxquels est confronté l'IMG pendant son stage; ceci permet de dégager les grands thèmes d'activité de l'interne pendant son stage et de les confronter à la littérature. Notre étude se concentrera sur la pratique de l'interne en cabinet de médecine générale, les motifs de consultation rencontrés sur les stages annexes faisant l'objet d'un autre travail de thèse en cours par Guilhem POULAT.

Dans un second temps, notre objectif secondaire sera de mener une réflexion vis-à-vis des problématiques auxquelles l'IMG semble peu ou pas confronté lors de son exercice chez le praticien, mais revêtant un enjeu pédiatrique particulier au regard de la littérature. Elle permettra de dégager des pistes en vue d'optimiser l'acquisition des compétences des internes dans le domaine de la pédiatrie générale. En fonction des résultats des modifications pourraient voir le jour à l'enseignement proposé par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse (enseignement théorique et objectifs pédagogiques des stages pratiques).

## CONTEXTE RELATIF A LA FORMATION DE L'IMG

Nous allons replacer dans son contexte la formation pédiatrique des IMG et leur point de vue. Nous verrons ensuite l'enseignement théorique et les stages pratiques mis en place par le département universitaire de médecine générale de Midi-Pyrénées. Enfin, nous examinerons la conjoncture démographique entre les besoins prévisibles et l'offre de soins primaires ambulatoires, ainsi que les perspectives d'avenir qui en découlent pour les futurs médecins généralistes.

### I. La formation en pédiatrie des internes en médecine générale

Le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale a été officiellement mis en place par l'arrêté du 22/09/2004 [8]. Sa maquette publiée au bulletin officiel n°39 du 28/10/2004 a établi les conditions de formation théorique et pratique de l'internat de médecine générale.

Concernant la formation théorique, seuls en sont fixés la durée totale (200 heures environ) et les grands champs d'activités du médecin généraliste qu'elle devra aborder. L'enseignement théorique en pédiatrie, dépendant des modalités mises en place localement par les différents DUMG, peut être extrêmement variable d'une faculté à l'autre.

Concernant la formation pratique, la maquette du DES prévoit un semestre obligatoire au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie dans un service ou département hospitalier agréé pour la médecine générale. Mais peu de stages étant couplés sur les deux spécialités, l'interne choisissant un stage en gynécologie-obstétrique se retrouve en position de validation de son semestre « gynécologie-pédiatrie », alors qu'il persistera une lacune de formation en pédiatrie s'il ne réalise pas une formation complémentaire (ce qui paraît difficile dans la cadre de la formation initiale du fait d'un manque de terrain de stage déjà pour les internes ayant besoin de valider leur maquette). A Toulouse, pour la rentrée universitaire 2011/2012, 50 postes (12 terrains de stages) validant la pédiatrie et/ou la gynécologie en milieu hospitalier ont été ouverts : 6 terrains sont couplés (passage en pédiatrie et en gynécologie), 2 où il y a uniquement de la pédiatrie, et 4 uniquement de la gynécologie.

Un nouvel arrêté du 10 août 2010 [9], modifiant celui du 22 septembre 2004, permet de valider un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie dans un lieu agréé, hospitalier ou ambulatoire, au titre de la discipline de la médecine générale.

## **II. Les internes sont-ils satisfaits de leur formation en pédiatrie ?**

Une enquête déclarative réalisée au sein du DUMG de Toulouse en juin 2008, auprès des internes au terme des trois premières années du DES de Médecine Générale, avait montré qu'ils évaluaient leur formation en pédiatrie insuffisante.

Dans son travail de thèse en 2009, Odile ANGOT réalise un état des lieux du DES de Médecine Générale en France, 3 ans après sa création [10]. Il en ressort que le point noir de la formation pratique du DES semble être pour la majorité des internes le semestre « pédiatrie et/ou gynécologie ».

Une première partie de son travail, s'attache 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 le 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'IMG (perte de l'adéquation de l'activité de l'IMG 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...)

Concernant l'enseignement théorique, l'étude a relevé des variantes interrégionales importantes.

Une deuxième partie de son travail analyse le ressenti des internes concernant leur formation (une enquête portant sur un échantillon de 922 IMG). Parmi les internes ayant validé leur stage du pôle mère-enfant seuls 61% se sentaient suffisamment formés à la

pédiatrie : 10,5% pour les internes n'étant passés qu'en gynécologie, 52,4% pour ceux ayant bénéficiés d'un stage couplé et 85,5% pour ceux n'étant passés qu'en pédiatrie. Une très large majorité des internes revendique d'une part, que la formation des IMG comporte un passage obligatoire à la fois en pédiatrie et en gynécologie, d'autre part, une formation moins hospitalière permettant de mieux appréhender les soins ambulatoires. Presque 2/3 des internes auraient souhaité effectuer leur stage de pédiatrie en une activité mixte ville/hôpital.

En parallèle, il est intéressant de relever que les internes inscrits en DES de pédiatrie en 2010-2011 interrogés dans l'enquête de Delphine DELORME [11], avaient le ressenti d'être insuffisamment préparés aux spécificités des soins primaires pédiatriques par leur cursus hospitalier, notamment en matière de formation au dépistage et à la prise en charge des «new morbidities impliquant l'interaction enfant-environnement socio-familial» (troubles du comportement, troubles des apprentissages, ...).

### **III. L'enseignement théorique et pratique en pédiatrie des internes en médecine générale, dans la région Midi-Pyrénées**

L'insatisfaction des IMG en termes de formation pratique du pôle mère-enfant (demande de stage couplé et d'une formation moins hospitalière préparant aux soins ambulatoires), la nécessité d'augmenter l'offre de terrain de stages formateurs suite à l'augmentation des effectifs des nouvelles promotions d'IMG, et enfin la volonté d'offrir une formation adaptée à la situation médicale telle qu'elle se profile en France, ont conduit à une réflexion au sein du DUMG. Celle-ci porte sur le contenu pédagogique de l'enseignement dispensé en pédiatrie aux internes de Midi-Pyrénées.

#### **1. Les terrains de stage et leurs objectifs pédagogiques**

A la rentrée 2009-2010, ont été créés de nouveaux terrains de stages ambulatoires, validant le semestre gynéco-pédiatrie. Ils se composent :

- **D'un temps de présence en cabinet libéral de médecine générale (2 journées) :** chez un Enseignant Clinique Ambulatoire (ECA) à forte activité de pédiatrie et gynécologie générales, attestée par son Relevé Individuel d'Activité Professionnelle (RIAP présentant un pourcentage de consultation d'enfant de 0-16 ans supérieur à 20%).



- D'un temps de présence sur des terrains de stage annexes (2 à 3 journées, variables selon les stages) :
  - o PMI, UTAMS, CAMSP, Maternité, Urgences pédiatriques pour la pédiatrie
  - o Centre de planification familiale, Gynécologue libéral, Sage-femme, Maternité pour la gynécologie

Pour la rentrée universitaire 2012/2013, 38 terrains de stage validant la gynécologie/pédiatrie en médecine générale ont été ouverts.

Il n'a pas été retrouvé au niveau national de liste d'objectifs pédagogiques à atteindre en pédiatrie pour l'interne en DESMG. Les enseignants responsables du DUMG de Toulouse ont donc mené une réflexion pour préétablir une liste d'objectifs pédagogiques à atteindre pour l'interne effectuant son stage de pédiatrie. Se voulant spécifiques des compétences de la spécialité MG, ils s'appuient sur les référentiels disponibles : carnet de santé version 2006, dictionnaire des résultats de consultation (RC) en MG (SFMG), et référentiel métier et compétences de juin 2009. Dans un second temps, ces items ont été discutés avec les autres intervenants des structures des stages annexes (notamment PMI), afin d'affiner les objectifs pédagogiques en fonction des particularités des différents terrains de stage. Ceux-ci sont présentés en annexe 2.

## **2. L'enseignement théorique**

Les IMG de Midi-Pyrénées ont bénéficié pour la rentrée universitaire 2010-2011 d'une refonte de l'enseignement théorique. Cette réorganisation s'effectue selon un Référentiel Formation spécifique à la filière universitaire et la spécialité clinique de Médecine Générale à partir du Référentiel Métier et des Compétences des médecins généralistes [12] de juin 2009, en accord avec la loi HPST (loi Hôpital Patient Santé Territoire) du 22 juillet 2009. Cette nouvelle philosophie de l'enseignement du DESMG à Toulouse [13] s'exprime par :

- La réorganisation de l'enseignement théorique en 16 modules adossés à 16 situations de soins types réalisant le référentiel métier formation
- Le renforcement de l'enseignement intégré spécifique au stage de niveau 1 chez le praticien et au stage du pôle mère-enfant
- La mise en place pour chaque terrain de stage, d'objectifs pédagogiques minimum à valider, spécifiques des compétences de la spécialité MG

L'enseignement intégré de pédiatrie se compose de deux modules de 6 heures (annexe 1), abordant :

- Obésité de l'enfant
- Puberté : normalité et dépistage des troubles
- Examen du nourrisson : organiser une consultation de prévention et dépistage
- Alimentation, Développement psychomoteur, Hernie-Ectopie testiculaire-Phimosis
- Genu varum-valgum et Pieds plats-creux
- Situations cliniques de pathologies courantes : Atopie et asthme ; Troubles digestifs courants ; Maladies éruptives infantiles
- Situations cliniques d'urgence pédiatrique : Invagination intestinale aiguë / appendicite aiguë, torsion testiculaire, syndrome méningé, Traumatisme crânien/maltraitance
- Accidentologie
- Situations clinique de traumatologie courante : Rhume de hanche, pronation douloureuse, motte de beurre, entorse, décollement épiphysaire
- Irruption de l'enfant dans le couple et relation mère-enfant
- ERTL4

Par ailleurs, sont abordés dans le cadre de l'enseignement intégré de gynécologie, les problématiques pédiatriques suivante :

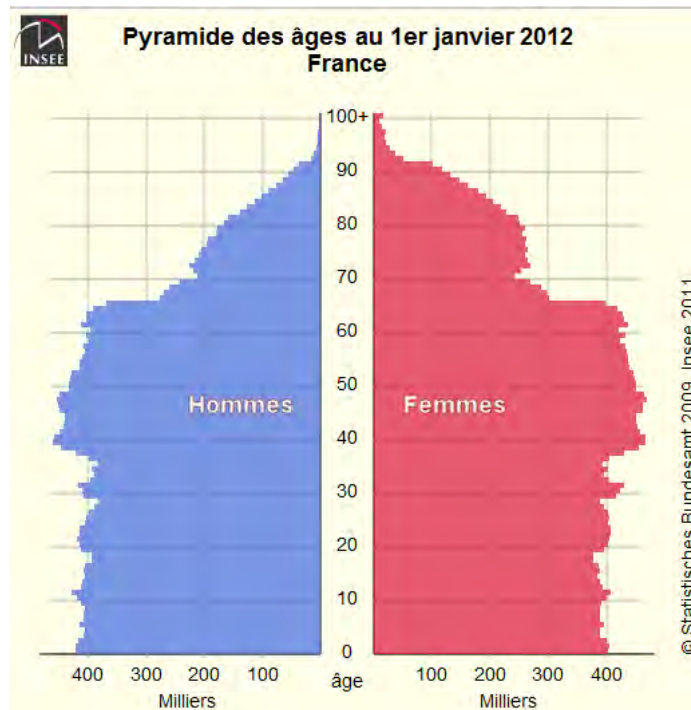
- Contraception de l'adolescente
- Allaitement
- Gynécologie de la petite fille et de l'adolescente

## CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

### I. Démographie en la population française des enfants jusqu'à 16 ans inclus

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'INSEE estimait la population des moins de 17 ans à 13 690 000 enfants, représentant 20,9% de la population française [14]. Avec un indice conjoncturel de fécondité à 2,015 enfant/femme en 2011, la France a un des plus forts taux de fécondité en Europe, et en nette augmentation depuis plus d'une dizaine d'années. L'augmentation significative du nombre de naissances laisse présager une poursuite de l'accroissement de la population infantile dans les années à venir, alors que le nombre d'enfants en France augmente régulièrement depuis le milieu des années quatre-vingt-dix [7].

#### ❖ Pyramide des âges en France au 1<sup>er</sup> janvier 2012



❖ Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité en France de 2001 à 2011

**Taux de fécondité par groupes d'âges**

Année	Nombre de naissances pour 100 femmes					Indicateur conjoncturel de fécondité <sup>1</sup>	Âge moyen des mères <sup>2</sup>
	15 - 24 ans	25 - 29 ans	30 - 34 ans	35 - 39 ans	40 ans ou +		
2001	3,4	13,2	11,7	5,1	0,5	189,5	29,3
2007	3,2	12,8	12,6	6,1	0,7	197,7	29,8
2008	3,3	12,9	12,9	6,2	0,7	200,7	29,8
2009 (p)	3,2	12,9	13,0	6,3	0,7	200,3	29,9
2010 (p)	3,2	12,9	13,3	6,4	0,7	202,7	30,0
2011 (p)	3,1	12,7	13,3	6,5	0,8	201,5	30,1

(p) résultats provisoires à fin 2011.

1. Voir Définitions.

2. Âge calculé pour une génération fictive de femmes qui auraient à tous les âges la fécondité de l'année considérée.

Lecture : en 2011, 100 femmes âgées de 30 à 34 ans (en âge atteint dans l'année) ont eu en moyenne 13,3 enfants ; 10 ans plus tôt, 100 femmes du même âge avaient donné naissance à 11,7 enfants.

Champ : France.

Sources : Insee, estimation de population et statistiques de l'état civil.

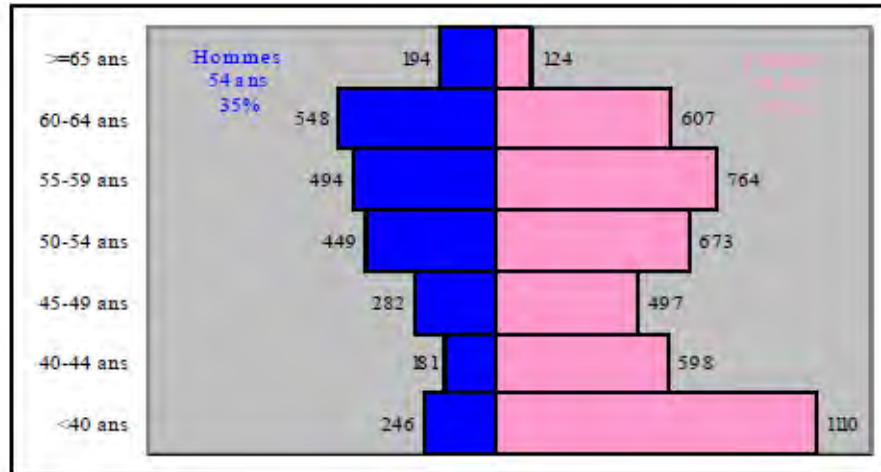
## II. Démographie médicale de l'offre de soins en pédiatrie générale

### 1. Démographie médicale des pédiatres libéraux

#### a. Les pédiatres libéraux

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) recense un nombre total de pédiatres en activité en France de 6767. L'âge moyen est de 54 ans pour les hommes et 48 ans pour les femmes. La densité moyenne est de 10,2 pédiatres pour 100000 habitants. Mais, seuls 37,9% d'entre eux exercent une activité libérale ou mixte. De plus, la répartition des pédiatres libéraux fait l'objet d'une grande disparité interrégionale [15].

- Pyramides des âges des pédiatres français au 1<sup>er</sup> janvier 2011:



- Mode d'exercice des pédiatres français au 1<sup>er</sup> janvier 2011:

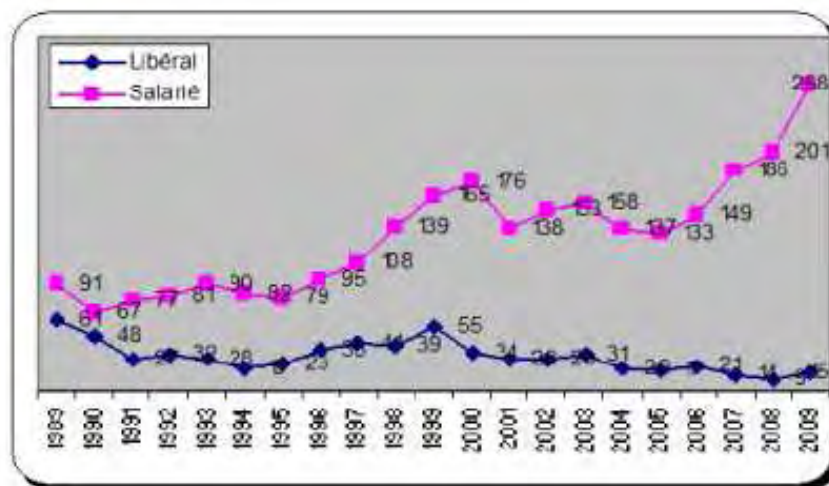
	Libéral	Mixte	Salarié	Sans	Total
Hommes	667	441	1283	3	2394
Femmes	998	457	2918	0	4373
Total	1665	898	4201	3	6767

### **b. L'évolution de la démographie des pédiatres libéraux : en baisse**

Malgré l'augmentation du nombre global de pédiatres en France, corrélée à l'augmentation du nombre de poste ouverts au DES de pédiatrie ses dernières années, le nombre de pédiatre libéraux (activité exclusive ou mixte), lui, diminue (de -6,8% de 2000 à 2011 selon les données du CNOM). En effet, l'exercice de la profession s'oriente préférentiellement vers l'exercice salarié, essentiellement en centre hospitalo-universitaire de sur-spécialités pédiatriques et à un moindre degré en pédiatrie communautaire (PMI, crèche ou MECS...). L'exercice libéral en pâtit comme en témoigne les alertes de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) sur la disparition de sa spécialité [5], relayées par la Société Française de Pédiatrie (SFP) [16].

Par ailleurs, la démographie des pédiatres libéraux se caractérise par une très forte concentration sur les pôles urbains et des écarts de densité interdépartementale qui se creusent (de 0 à 29/ 100000 jeunes de moins de 15 ans en 2009, versus 1 à 9/100000 jeunes de moins de 15 ans en 1999, selon les données de la CNAMTS-Fichier SNIR).

- Évolution du mode d'exercice des pédiatres en France [6]



- Évolution de la démographie des pédiatres libéraux en France

	2000	2011
Effectif pédiatres libéraux (activité exclusive ou mixte) selon données CNOM	2749	2563
Part des pédiatres libéraux/Ensemble des pédiatres selon répertoire Adéli de la DREES	47,28%	40,56%

## 2. Démographie médicale des médecins généralistes

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le CNOM recense 93394 médecins généralistes en activité régulière en France. La densité moyenne est de 141 médecins généralistes pour 100 000 habitants. 66,11% d'entre eux exerce une activité libérale ou mixte.

	Généralistes libéraux	Pédiatres libéraux
Effectifs des libéraux (activité exclusive ou mixte) [CNOM 2011]	61740	2563
Part des libéraux dans la spécialité [CNOM 2011]	66%	38%
% d'exercice en pôle urbain [CR Audition des Pédiatres 2009]	66,5%	94%
Moyenne de 1 médecin pour x enfant de 0 à 16 ans inclus (calcul basé sur chiffres INSEE au 1er janvier 2012)	1 médecin pour 222 enfants	1 médecin pour 5 441 enfants

### **III. Conclusions**

Devant la désaffection de l'exercice de la pédiatrie libérale de ville associée à une natalité française florissante, le futur médecin généraliste se veut un acteur incontournable dans la prise en charge des enfants en soins primaires.

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 ; D'ailleurs, l'enjeu de cette dernière dépasse à ce jour le champ des soins primaires pédiatriques, mais concerne aussi les missions de protection de l'enfance (PMI et Médecine scolaire). Les dépistages et le suivi des enfants les plus vulnérables, la participation aux prises en charge médico-psycho-sociales notamment dans le cadre de la protection de l'enfance, et l'évaluation des handicaps sont maintenant assurés essentiellement par des diplômés de médecine générale [3].

## MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective, basée sur le relevé par l'IMG en stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie, des motifs de consultation de l'enfant de 0 à 16 ans, auxquels il est confronté en cabinet de médecin générale.

### **I. Période de réalisation de notre étude et répartition géographique**

Le recueil de données a été effectué sur une durée totale de 18 mois, couvrant les trois semestres de novembre 2009 à mai 2011.

Les 18 terrains de stage, sélectionnés pour la forte activité pédiatrique de leurs ECA, étaient répartis sur 6 des 8 départements de la région Midi-Pyrénées : 2 en Ariège (09), 3 en Aveyron, 9 en Haute-Garonne (31), 1 en Hautes-Pyrénées (65), 2 en Lot (46), et 1 en Tarn et Garonne (82).

### **II. Recueil de données : formation préalable des internes et constitution du recueil**

L'interne a été préalablement formé au recueil de données, à partir d'une grille qui comportait plusieurs items : date, âge, sexe, motif principal, motif(s) secondaire(s) éventuels(s). L'interne devait ensuite pour chaque motif de consultation, les classer en fonction de son champ d'activité : pathologie aiguë, pathologie chronique, consultation de dépistage, consultation de prévention, motif administratif, ou motif relationnel.

Annexe 3 : fiche de recueil de données.

### **III. Maquette de saisie et Analyse des données**

Pour permettre leur analyse, les données ont été saisies dans un tableau Excel. Ceci nous permît d'apposer des filtres permettant de sélectionner différentes variables (tranche d'âge, sexe..) et de classer les motifs en différents thèmes : par champ d'activité, par domaine de pathologie, et par détail du motif (selon une synthèse d'items détaillés, effectuée par rapport au contenu de l'enseignement théorique, des objectifs pédagogiques, et des problématiques pédiatriques relatées par la littérature).

Initialement, pour l'analyse par tranche d'âge, seules trois catégories avaient été définies suivant le découpage de la CPAM et de la médecine préventive: 0-2 ans (Nourrisson), 2-6 ans (petite enfance pré-scolarité), 6-16ans (âge scolaire). Dans un second temps, afin d'éviter un phénomène de dilution et de pouvoir comparer nos résultats aux tranches



d'âge de la bibliographie, nous avons été amenés à distinguer des sous-classes d'âge : [6-10 ans] et [11-16 ans] chez les 6-16 ans, afin de faire apparaître les spécificités des motifs de consultation électifs des adolescents ; sous-classe nouveau-né [<1mois] et [<3mois], dans la tranche d'âge du nourrisson.

Nous avons choisi d'exprimer nos résultats, non pas en pourcentage de l'ensemble des motifs, mais en pourcentage d'activité, défini par la fréquence de survenue du motif pour cent consultations ; Ceci, en vue de l'analyse comparative avec l'activité du médecin généraliste, exprimé dans la littérature par le taux du RC par acte (un acte correspondant soit à une consultation soit à une visite).

# RESULTATS

## I. Résultats globaux

### 1. Effectifs totaux, par semestre et par stage

#### a. Par semestre

Répartition des résultats par semestre

	Nov. 2009 - Mai 2010	Mai 2010 - Nov. 2010	Nov. 2010 - Mai 2011	Sur la durée totale de l'étude
Nombre de consultations	901	1782	3500	6183
Nombre de motifs et leur répartition en % par semestre	15,02% (n=1046)	27,89% (n=1943)	57,09% (n=3977)	100% (n=6966)
Nombre de terrains de stage par semestre	5	13	18	36

#### b. Par terrain de stage

Répartition des motifs au sein de chaque semestre par terrain

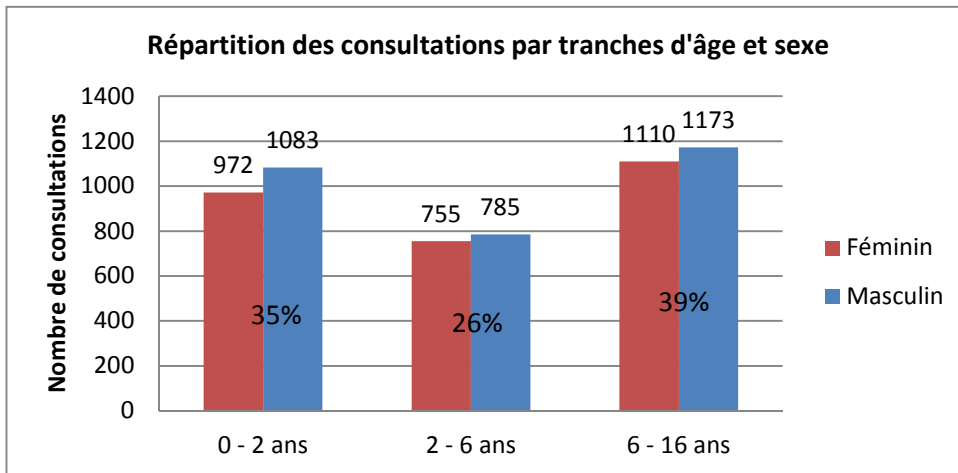
	Nov. 2009 - Mai 2010		Mai 2010 - Nov. 2010		Nov. 2010 - Mai 2011		Total par terrain	
Aussonne			(n=92) 4,73%		(n=244) 6,14%		(n=336) 4,82%	
Baraqueville-Monastère 1			(n=256) 13,18%		(n=158) 3,97%		(n=414) 5,94%	
Baraqueville-Monastère 2					(n=202) 5,08%		(n=202) 2,90%	
Cahors Dr A.	(n=282) 26,96%		(n=357) 18,37%		(n=581) 14,61%		(n=1220) 17,51%	
Cahors Dr C.					(n=118) 2,97%		(n=118) 1,69%	
Labarthe Dr B.	(n=357) 34,13%		(n=219) 11,27%		(n=174) 4,38%		(n=750) 10,78%	
Labarthe Dr L.					(n=345) 8,67%		(n=345) 4,95%	
Le Fossat	(n=82) 7,84%		(n=139) 7,15%		(n=144) 3,62%		(n=365) 5,24%	
Montech			(n=86) 4,43%		(n=137) 3,44%		(n=223) 3,20%	
Muret			(n=119) 6,12%		(n=134) 3,37%		(n=253) 3,63%	
Pamiers					(n=261) 6,56%		(n=261) 3,75%	
Saint Jory			(n=103) 5,30%		(n=374) 9,40%		(n=477) 6,85%	
Sainte Foy			(n=66) 3,40%		(n=131) 3,29%		(n=197) 2,83%	
Tarbes	(n=206) 19,69%		(n=114) 5,87%		(n=457) 11,49%		(n=777) 11,15%	
Toulouse Dr B.			(n=73) 3,76%		(n=49) 1,23%		(n=122) 1,75%	
Toulouse Dr R.			(n=257) 13,23%		(n=232) 5,83%		(n=489) 7,02%	
Tournay					(n=148) 3,72%		(n=148) 2,12%	
Villeneuve d'Aveyron	(n=119) 11,38%		(n=62) 3,19%		(n=88) 2,21%		(n=269) 3,86%	
Total par semestre	(n=1046) 100,00%		(n=1943) 100,00%		(n=3977) 100,00%		(n=6966) 100,00%	

## 2. Répartition des motifs primaires et secondaires

6966 motifs pour 6183 consultations ont été recensés en médecine générale sur l'ensemble de la période répartis en : 88,76% de motifs principaux (n=6183) et 11,24% de motifs secondaires (n=783)

## 3. Répartition par tranches d'âge et par sexe

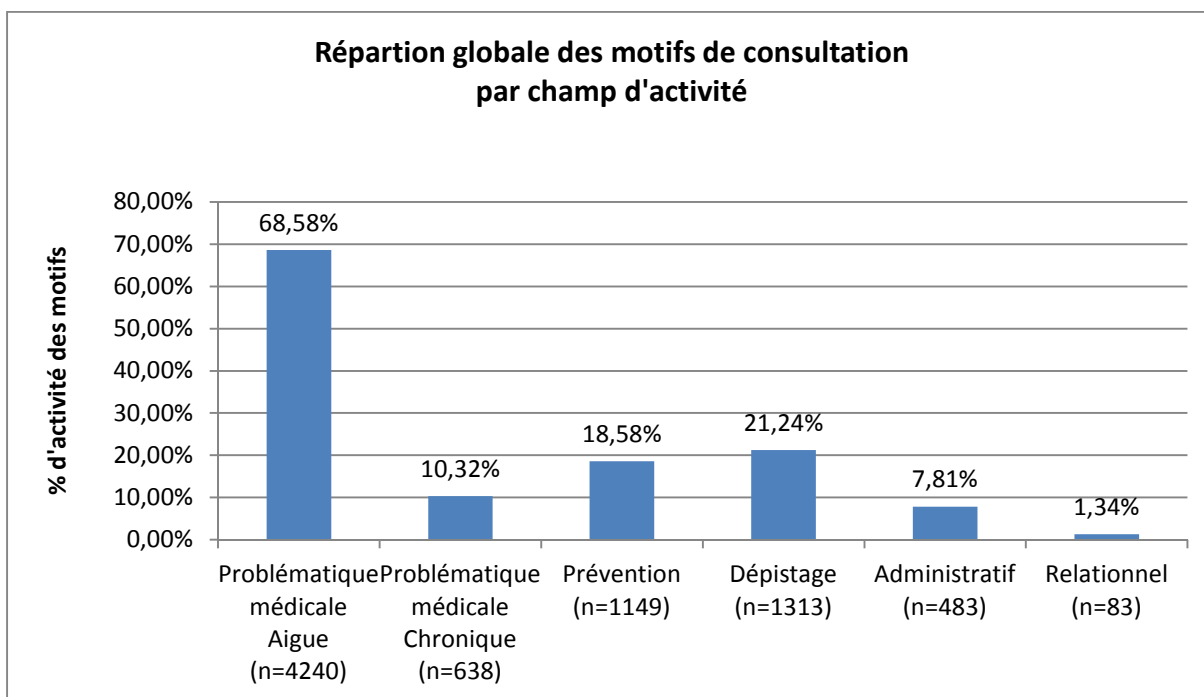
Le taux moyen de motifs par consultation est maximal dans les tranches d'âge extrêmes (1,14 pour les 0-2A et 6-16A ; 1,10 pour les 2-6A).



**Proportion des consultations par tranche d'âge et par sexe**

Résultats globaux en Médecine Générale (MG)	0 – 2 ans			2 – 6 ans			6 – 16 ans			Tout âge	
	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles	Total	Garçons	Filles
nb de consultations (5878)	1083	972	2055	785	755	1540	1173	1110	2283	3041	2837
% de l'ensemble des consultations	18,42%	16,54%	34,96%	13,35%	12,84%	26,20%	19,96%	18,88%	38,84%	51,74%	48,26%
nb de motifs (6642)	1259	1091	2350	864	827	1691	1321	1280	2601	3444	3198
% de l'ensemble des motifs	18,96%	16,43%	35,38%	13,01%	12,45%	25,46%	19,89%	19,27%	39,16%	51,85%	48,15%
Taux de motifs par consultation	1,16	1,12	1,14	1,10	1,10	1,10	1,13	1,15	1,14	1,13	1,13

## II. Résultats par champs d'activité



### Résultats par champs d'activité

Champs d'activité	n	% d'activité	% des motifs	Répartition par tranche d'âge			Répartition motifs I/II	
				% 0-2ans	% 2-6ans	% 6-16ans	% motifs I	% motifs II
<i>Problématique médicale</i>	(n=4878)	78,89%	70,03%	25,79%	31,09%	43,13%	86,61%	13,39%
AIGUES	(n=4240)	68,58%	86,92%	27,51%	33,01%	39,48%	90,66%	9,34%
CHRONIQUES	(n=638)	10,32%	13,08%	14,56%	18,56%	66,88%	59,72%	40,28%
<i>Prévention et/ou dépistage</i>	(n=2073)	33,53%	29,76%	59,81%	11,55%	28,65%	93,97%	6,03%
Prévention	(n=1149)	18,58%	16,49%	59,66%	11,44%	28,90%	93,30%	6,70%
Dépistage	(n=1313)	21,24%	18,85%	66,61%	9,63%	23,76%	96,27%	3,73%
<i>Administratif</i>	(n=483)	7,81%	6,93%	32,45%	11,04%	56,51%	93,17%	6,83%
<i>Relationnel</i>	(n=83)	1,34%	1,19%	7,41%	14,81%	77,78%	56,63%	43,37%

### III. Résultats par motifs classés par domaines de pathologie

Répartition par domaine des demandes de prise en charge des "problématiques médicales"

Domaine	n	% d'activité	% problèmes médicaux	Répartition aiguë/chronique		Répartition par tranche d'âge			Répartition motif I/II	
				Aigu	Chronique	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	I	II
ORL-Stomatologie	(n=1689)	27,32%	34,62%	96,27%	3,73%	24,15%	37,62%	38,22%	95,74%	4,26%
Broncho-pulmonaire	(n=787)	12,73%	16,13%	86,53%	13,47%	31,37%	32,71%	35,92%	90,98%	9,02%
Digestif	(n=624)	10,09%	12,79%	94,07%	5,93%	30,95%	26,46%	42,60%	88,78%	11,22%
Dermatologie	(n=532)	8,60%	10,91%	92,86%	7,14%	32,02%	34,39%	33,60%	78,38%	21,62%
Rhumatologie-Orthopédie	(n=379)	6,13%	7,77%	76,78%	23,22%	4,88%	13,28%	81,84%	86,02%	13,98%
Endocrinologie-Nutrition	(n=144)	2,33%	2,95%	15,97%	84,03%	32,61%	7,25%	60,14%	52,78%	47,22%
Ophthalmologie	(n=141)	2,28%	2,89%	87,94%	12,06%	37,12%	32,58%	30,30%	85,82%	14,18%
Psycho-comportemental	(n=134)	2,17%	2,75%	0,00%	100,00%	8,96%	14,93%	76,12%	52,24%	47,76%
Fièvre isolée	(n=121)	1,96%	2,48%	94,21%	5,79%	39,39%	37,37%	23,23%	98,38%	1,62%
Uro-néphrologie	(n=113)	1,83%	2,32%	82,30%	17,70%	26,13%	45,95%	27,93%	62,83%	37,17%
Neurologie	(n=104)	1,68%	2,13%	35,58%	64,42%	17,65%	31,37%	50,98%	58,65%	41,35%
Allergologie	(n=93)	1,50%	1,91%	6,45%	93,55%	14,29%	9,89%	75,82%	83,87%	16,13%
Gynécologie	(n=45)	0,73%	0,92%	82,22%	17,78%	16,67%	26,19%	57,14%	68,89%	31,11%
Lympho-Hématopoïétique	(n=30)	0,49%	0,62%	80,00%	20,00%	14,29%	46,43%	39,29%	83,33%	16,67%
Cardiologie	(n=19)	0,31%	0,39%	21,05%	78,95%	26,32%	36,84%	36,84%	26,36%	73,64%
Accident domestique	(n=16)	0,26%	0,33%	100,00%	0,00%	40,00%	46,67%	13,33%	87,50%	12,50%
Asthénie-AEG	(n=15)	0,24%	0,31%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	93,33%	6,67%
Malaise	(n=13)	0,21%	0,27%	100,00%	0,00%	7,69%	15,38%	76,92%	92,31%	7,69%
Justice	(n=8)	0,13%	0,16%	0,00%	100,00%	12,50%	37,50%	50,00%	62,50%	37,50%
Pleurs	(n=8)	0,13%	0,16%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	87,50%	12,50%
Non spécifié	(n=6)	0,10%	0,12%	100,00%	0,00%	20,00%	40,00%	40,00%	83,33%	16,67%

### IV. Détail des motifs de consultation, selon les tranches d'âges

Par souci de clarté, nous ne précisons le pourcentage d'activité du motif que lorsque celui-ci représente une fréquence supérieure ou égale à une consultation sur cent de la tranche d'âge concernée. Par ailleurs, le découpage initial basé sur la CPAM, a fait l'objet d'une sous-analyse pour les 0-2ans et 6-16ans, afin de distinguer respectivement le nouveau-né et le grand enfant de l'adolescent. D'une part, en vue de l'analyse comparative avec les données de la bibliographie; D'autre part, afin d'éviter un biais de dilution sur des motifs électifs d'une tranche d'âge restreinte. Nous pouvons citer par exemple, le lien précoce mère-enfant ou l'allaitement pour le nouveau-né, et la contraception ou vaccination anti-HPV chez l'adolescente.

<b>ORL-Stomatologie</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
Rhinopharyngite	(n=221) 10,75%	(n=305) 19,81%	(n=289) 12,66%	(n=6) 3,92%	(n=20) 4,80%	(n=172) 13,88%	(n=117) 11,21%
Angine		(n=105) 6,82%	(n=131) 5,74%			(n=76) 6,13%	(n=55) 5,27%
Otite moyenne aigue	(n=86) 4,18%	(n=112) 7,27%	(n=54) 2,37%			(n=41) 3,31%	(n=13) 1,25%
Laryngite-Trachéite		(n=30) 1,95%	(n=26) 1,14%			(n=14) 1,13%	(n=12) 1,15%
Allergies respiratoires			(n=40) 1,75%			(n=25) 2,02%	(n=15) 1,44%
Otite séreuse		(n=18) 1,17%					
Poussée dentaire	(n=25) 1,22%						
Sinusite aigue							(n=11) 1,05%
Muguet buccal				(n=6) 3,92%	(n=10) 2,40%		

Motifs Rares\*\* Troubles auditifs, masse cervicale, épistaxis, pathologie amygdalienne chronique, pathologie du CAE, stomatite

<b>Broncho-pulmonaire</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
Bronchite/Bronchiolite	(n=165) 8,03%	(n=99) 6,43%	(n=84) 3,68%	(n=3) 1,96%	(n=13) 3,12%	(n=62) 5,00%	(n=22) 2,11%
Toux isolée	(n=37) 1,80%	(n=51) 3,31%	(n=42) 1,84%			(n=29) 2,34%	(n=13) 1,25%
Syndrome grippal		(n=35) 2,27%	(n=71) 3,11%			(n=37) 2,99%	(n=34) 3,26%
Asthme		(n=30) 1,95%	(n=52) 2,28%			(n=34) 2,74%	(n=18) 1,72%
Pneumopathie		(n=26) 1,69%					

Motifs Rares\*\* Dyspnée aigue, douleur thoracique, toux chronique

<b>Digestif</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
Diarrhée aigue	(n=89) 4,33%	(n=104) 6,75%	(n=144) 6,31%		(n=5) 1,20%	(n=92) 7,43%	(n=52) 4,98%
Douleur abdo-pelvienne			(n=58) 2,54%	(n=3) 1,96%	(n=8) 1,92%	(n=35) 2,82%	(n=23) 2,20%
Constipation	(n=25) 1,22%	(n=24) 1,56%	(n=26) 1,14%	(n=9) 5,88%	(n=14) 3,36%	(n=14) 1,13%	(n=12) 1,15%
RGO	(n=33) 1,61%			(n=9) 5,88%	(n=20) 4,80%		

Motifs Rares\*\* Pathologie intestinale chronique (MICI-diarrhée chronique-allergie alimentaire-constipation chronique), hernie pariétale, proctologie, parasitose, œsophagite, vomissements isolés, déshydratation, ingestion accidentelle, pathologie hépatobiliaire.

<b>Dermatologie</b>	0 – 2 ans		2 – 6 ans		6 – 16 ans		< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans		11 – 16 ans		
Maladie éruptive	(n=42)	2,04%	(n=54)	3,51%					(n=15)	1,21%			
Dermatites	(n=43)	2,09%	(n=20)	1,30%			(n=4)	2,61%	(n=8)	1,92%			
Plaie			(n=24)	1,56%	(n=23)	1,01%					(n=16)	1,29%	
Infection cutanée (pyogène-parasitose)			(n=17)	1,10%	(n=25)	1,10%					(n=16)	1,29%	
Acné							(n=7)	4,58%	(n=8)	1,92%		(n=16)	1,53%

Motifs Rares\*\* Urticaire, verrue et molluscum, morsure, brûlure, cheveux étrangleur.

<b>Rhumato-Orthopédie</b>	0 – 2 ans		2 – 6 ans		6 – 16 ans		< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans		11 – 16 ans	
Contusion					(n=64)	2,80%			(n=24)	1,94%	(n=40)	3,83%
Entorse					(n=44)	1,93%					(n=36)	3,45%
Fracture					(n=28)	1,23%					(n=18)	1,72%
Tb posture/statique					(n=31)	1,36%			(n=14)	1,13%	(n=17)	1,63%
Ostéochondrite de croissance					(n=30)	1,31%					(n=22)	2,11%

Motifs Rares\*\* Boiterie ou arthralgie aigue non traumatique, Ongle incarné-panaris, Trouble de la croissance, Dysplasie fémoro-patellaire, Hyperlaxité, Luxation, Rachialgie, Pathologie musculo-tendineuse aigue, TC, Torticolis.

<b>Endocrino-Nutrition</b>	0 – 2 ans		2 – 6 ans		6 – 16 ans		< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans		11 – 16 ans	
Surpoids/obésité					(n=53)	2,32%			(n=21)	1,69%	(n=32)	3,07%
Retard pondéral								(n=6)	1,44%			

Motifs Rares\*\* Troubles du développement pubertaire, Trouble statural, Difficultés d'allaitement, Difficultés alimentaires, Diabète, Gynécomastie.

<b>Ophthalmologie</b>	0 – 2 ans		2 – 6 ans		6 – 16 ans		< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans		11 – 16 ans		
Conjonctivite aigue	(n=43)	2,09%	(n=32)	2,08%			(n=4)	2,61%	(n=9)	2,16%		(n=11)	1,05%

Motifs Rares\*\* Troubles visuels, pathologie palpébrale et traumatique

<b>Psycho-comportemental</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
Tb comportemental			(n=48) 2,10%			(n=25) 2,02%	(n=23) 2,20%
<i>Hyperactivité</i>						(n=16) 1,29%	
Tb psychologique			(n=43) 1,88%				(n=33) 3,16%
<i>Trouble anxieux</i>			(n=29) 1,27%				(n=20) 1,92%

- Motifs Rares\*\*
- Autres troubles du comportement : Addiction, Conduite de mise en danger, TCA, Troubles relationnels parent-enfant ou sociaux,
  - Autres troubles psychologiques : Syndromes dépressifs ou psychotiques, Deuil,
  - Troubles du sommeil,
  - Énurésie.

<b>Fièvre isolée</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
	(n=39) 1,90%	(n=37) 2,40%	(n=23) 1,01%		(n=5) 1,20%	(n=20) 1,61%	

<b>Uro-néphrologie</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
Infection urinaire		(n=19) 1,23%					
Pb de décalottage*	(n=11) 1,02%	(n=21) 2,68%					

Motifs Rares\*\* Pathologie scrotale aigue, Pathologie uro-génitale chronique (anomalie de migration testiculaire, reflux vésico-urétral)

<b>Neurologie</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
Céphalées			(n=23) 1,01%				(n=11) 1,05%

Motifs Rares\*\* TED, Trouble du langage, Retard de développement psychomoteur, Difficultés scolaires, TC, Convulsions-Épilepsie.

<b>Allergologie</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
			(n=69) 3,02%			(n=36) 2,91%	(n=33) 3,16%



<b>Gynécologie</b>	0 – 2 ans		2 – 6 ans		6 – 16 ans		< ou = 1 mois		< ou = 3 mois		6 – 10 ans		11 – 16 ans	
Dysménorrhées													(n=7)	1,28%
Vulvite*			(n=11)	1,46%										

Motifs Rares\*\* Conduite sexuelle à risque-grossesse, Métrorragies, Anomalie du développement pubertaire, Pathologie mammaire ou ovarienne.

<b>Autres problématiques médicales</b>	0 – 2 ans		2 – 6 ans		6 – 16 ans		< ou = 1 mois		< ou = 3 mois		6 – 10 ans		11 – 16 ans	
Urgences pédiatriques	(n=21)	1,02%	(n=47)	3,05%	(n=38)	1,66%					(n=24)	1,94%	(n=14)	1,34%

- Autres problématiques rares\*\*
- latrogénie.
  - Pathologie congénitale.
  - Anomalies du développement (hors pondéral-psychique-orthopédique) : troubles neurosensoriels, troubles de l'intégration socio-scolaire hormis TDAH, troubles pubertaires
  - Pathologie lympho-hématopoïétique, Cardiologique, Accidents domestiques, Asthénie, Malaise, Pleurs.

<b>Prévention/Dépistage</b>	0 – 2 ans		2 – 6 ans		6 – 16 ans		< ou = 1 mois		< ou = 3 mois		6 – 10 ans		11 – 16 ans	
Vaccination	(n=568)	27,64%	(n=115)	7,47%	(n=269)	11,78%	(n=16)	10,46%	(n=160)	38,37%	(n=138)	11,14%	(n=131)	12,55%
Examen systématique	(n=785)	38,20%	(n=74)	4,81%	(n=86)	3,77%	(n=82)	53,59%	(n=228)	54,68%	(n=47)	3,79%	(n=39)	3,74%
Certificat de non CI sportive			(n=28)	1,82%	(n=227)	9,94%					(n=110)	8,88%	(n=117)	11,21%
Soins au nourrisson	(n=78)	3,80%					(n=16)	10,46%	(n=29)	6,95%				
Alimentation	(n=32)	1,56%												
Allaitement	(n=24)	1,17%					(n=9)	5,88%	(n=19)	4,56%				
Soins cordon							(n=5)	3,27%	(n=6)	1,44%				
Vaccin anti-HPV*													(n>26)	>4,7%
Contraception*													(n=14)	2,55%

- Motifs rares\*\*
- Éducation à la vie sexuelle (premières menstruations, prévention MST hors HPV),
  - Addiction,
  - Prophylaxie du voyageur, Discussion vaccin,
  - Mère en demande de soutien, Supplémentation vitaminique, Sommeil.

<b>Administratif</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
Certificat de non CI sportive		(n=28) 1,82%	(n=227) 9,94%			(n=110) 8,88%	(n=117) 11,21%
Examen obligatoire	(n=138) 6,72%			(n=2) 1,31%			

Motifs rares\*\* Non CI à la vie en collectivité, Suivi médical et vaccination, Lié à la prise en charge d'une pathologie, Procédure de signalement, Titre de séjour.

<b>Relationnel</b>	0 – 2 ans	2 – 6 ans	6 – 16 ans	< ou = 1 mois	< ou = 3 mois	6 – 10 ans	11 – 16 ans
Hyperactivité						(n=16) 1,29%	

Motifs rares\*\*

- Troubles de la relation parent-enfant : Maltraitance et Trouble de l'attachement-fusion-conflit
- Autres troubles de l'intégration sociale (hors TDAH) : trouble oppositionnel/agressivité en collectivité, trouble en retrait, difficultés scolaires, TED
- Contexte socio-familial difficile

\*Activité rapportée pour 100cs de la tranche d'âge et du sexe concerné ; Concernant la vaccination anti-HPV, les internes n'ayant pas systématiquement précisé le type de vaccination effectuée, le % d'activité est probablement sous-estimé.

\*\* Sont considérés comme rares, les motifs relevés avec une fréquence < à 1% des consultations.

## DISCUSSION

### I. Introduction : les biais, les limites et les forces de notre travail

#### 1. Ses biais et limites

##### a. Les biais :

###### Biais du recueil de données :

Nous avons été confrontés à une perte de données (estimée à 16,25%) : relevés incomplets (1 à 4 mois de données manquantes sur 22 stages), exclusion des motifs illisibles ou confondant terrains de médecine générale et annexés. Devant l'importance de notre échantillon (6966 motifs restants), l'homogénéité de la perte sur l'ensemble des terrains de stage, et l'exclusion des motifs où données d'âge/sexe incomplètes uniquement pour la sous-analyse comparative par tranche d'âge et de sexe (pourcentage d'exclusion=4,65%), ce biais a probablement peu influencé nos résultats.

###### Biais de sélection :

Les motifs de consultations rencontrés par les internes peuvent être influencés par la présence de l'interne en elle-même. Cette présence pourrait être un frein à l'expression de certains motifs nécessitant une relation de confiance : souffrance psychologique, difficultés relationnelles, trouble du comportement, addiction... .

###### Biais d'interprétation lors de la confrontation de nos résultats d'activité de l'interne à la réalité du travail des médecins généralistes au travers de la bibliographie:

Notre travail porte sur l'étude des motifs de consultation auxquels est confronté l'interne. Nous ne pouvons extrapoler ces données en terme de résultats de consultation, tandis que la bibliographie s'intéressant à l'activité des médecins généralistes utilise le plus souvent les données de résultats de consultation (RC) que les motifs en eux-mêmes.

Notre travail porte sur la qualité formatrice en pédiatrie de ces nouveaux stages dont les maîtres de stage sont sélectionnés en fonction de leur forte activité pédiatrique. La bibliographie analysant l'activité pédiatrique des médecins généralistes englobe une population de praticiens aux pratiques différentes. Toutefois, la pratique pédiatrique de l'interne ne pouvant être qu'améliorée par cette sélection, cela ne gêne pas la confrontation.

## **b. Les limites :**

Notre travail ne se veut pas refléter l'ensemble de la qualité formatrice du stage :

- Au-delà des motifs de consultation, ce stage est un outil de confrontation à la relation tripartite si spécifique à la pédiatrie « médecin-enfant-parent », et de formation à la gestion de la consultation ou appel téléphonique pédiatrique.
- Nous nous limitons à l'étude des résultats en cabinet de médecine générale. Le stage ambulatoire a pour spécificité d'associer des terrains annexes dont l'apport pédagogique en pédiatrie pour l'IMG fait l'objet d'autres travaux en cours.

## **2. Les Forces de notre étude**

Notre travail est innovant, en apportant des éléments prospectifs quant au contenu de la formation pratique des IMG au cours de leur stage de pédiatrie ambulatoire chez le praticien. Il est original, car à notre connaissance, il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude évaluant la formation des IMG en pédiatrie dans ces nouveaux stages ambulatoires. Il est représentatif, au vu du nombre important de motifs constituant le recueil de données et la variété de notre échantillon (selon l'INSEE [17], 4 terrains de stages sont situés en milieu rural et 14 en milieu urbain).

Cet état de lieux révèle que ce stage est un très bon outil pour la formation de l'IMG puisqu'il permet la confrontation avec la réalité du travail du médecin généraliste. La comparaison de nos résultats à la bibliographie révèle en effet une forte adéquation entre l'activité de l'interne et le quotidien des médecins généralistes sur une majorité des problématiques, avec une haute qualité formatrice du stage en termes de gestion de la pathologie aiguë pédiatrique et de prévention-dépistage. Notre travail apporte aussi des éléments de réflexion en vue d'améliorer la formation de l'IMG, en ciblant les thématiques auxquelles il est moins confronté mais qui semblent importantes au regard de la bibliographie.

## **II. Objectif principal : Ce que montre notre travail sur l'activité de l'IMG lors de stage de pédiatrie ambulatoire en médecine générale**

### **1. Un stage très formateur sur les principaux pôles d'activité pédiatrique, en adéquation avec le quotidien des médecins généralistes**

#### **a. Gestion de la pathologie aiguë intercurrente**

C'est le premier champ d'activité de l'IMG : 68% des consultations ! Notre travail montre une très forte concentration des problématiques médicales pédiatriques sur une liste restreinte de quelques motifs courants, avec au premier rang la pathologie aiguë infectieuse des voies respiratoires suivi par des problématiques aiguës pulmonaires, digestives, dermatologiques et la traumatologie.

Ces résultats sont en adéquation avec les données issues du travail de l'OMG en 2009 [18], qui montraient les cinq diagnostics « rhinopharyngite- rhume, otite moyenne, angine, toux, bronchite » recensés dans les dix premiers RC chez le 2-9ans, et regroupant à eux seuls plus de 30% des actes dans cette tranche d'âge.

L'étude de septembre 2007 menée par la DREES [19] sur la prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale, montre que l'activité des médecins généralistes auprès des enfants se concentre sur un nombre restreint d'affections aiguës similaires à notre analyse des résultats.

L'étude d'Élisabeth GRIOT [20] atteste qu'un nombre peu diversifié d'une trentaine d'items couvrent près de 80% de l'activité pédiatrique des médecins généralistes. Elle montre, qu'en dehors de la médecine préventive, ils sont dominés par la pathologie aiguë. Essentiellement infectieux et à prépondérance ORL, ils se diversifient avec l'âge notamment sur des motifs non infectieux : dermatose, plainte abdominale et traumatologie aiguë.

#### **b. Prévention et dépistage : 33% des consultations !**

Notre travail montre que le stage ambulatoire de médecine générale en pédiatrie est fortement formateur : plus d'un tiers des consultations concernant le dépistage (dominé par les demandes d'examen systématique avant 6 ans, relayés par les certificats de non contre indication au sport chez le grand enfant et l'adolescent) et/ou la prévention (actes vaccinaux).

Étonnamment, dans l'étude menée par la DREES [19] en 2007, cette activité ne représentait que 1consultation/8 de médecine générale pédiatrique. D'une part, notre étude comporte une plus forte proportion d'enfant de moins de six ans (61,2% versus 56,4% dans celle de la DREES), probablement liée à la sélection des maîtres de stage pour leur forte activité pédiatrique. D'autre part, si l'on s'intéresse stricto-sensu aux actes de prévention/dépistage « officiels » relevant des politiques de santé publique (vaccination et examens systématiques recommandés), ceux-ci ne représentent qu'une activité de 26% dans notre étude et 13,2% dans celle de la DREES. Ils laissent les adolescents « parents pauvres » de la médecine préventive officielle et organisée. C'est ce constat qu'effectue un rapport du CNOM [21] en octobre 2011 sur les prises en charge de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Il met en exergue, chez l'adolescent, le déséquilibre entre l'inflation des déterminants de santé (obésité, addiction, troubles psychologiques, MST..) et un contact médical non seulement réduit mais spontanément peu orienté sur ces troubles, rendant leur dépistage-prévention une priorité médicale à l'occasion de toute opportunité de consultation. Il suggère même de « rendre le certificat médical d'aptitude au sport obligatoire et de convertir la consultation effectuée à l'occasion de sa rédaction en une véritable consultation de prévention pour l'enfant ou l'adolescent ». La thèse de Céline ROUSSEAU-MIGEON [22] montre que les examens de dépistage de l'adolescent en médecine générale reposent essentiellement sur les demandes d'aptitude sportive.

Nous considérons donc le motif « certificat de non contre-indication sportive » non comme un simple motif administratif, mais comme une opportunité pour l'IMG de se former au dépistage et à la prévention de la tranche d'âge concernée ; tout comme doit l'être l'acte vaccinal qui ne se résume pas à un simple geste technique mais s'intègre dans une démarche globale de prévention et dépistage, rappelle T. BRILLAC dans la Revue du Praticien en 2010 [23].

C'est dans cet état d'esprit que l'on retrouve l'acte « examen systématique et prévention » classé au premier rang des résultats de consultation de l'OMG en 2009 chez le 10-19ans [18] et du travail de ROUSSEAU-MIGEON Céline chez le 11-20ans [22], malgré la chute des demandes spontanées de dépistage en motif de consultation au-delà de six ans objectivée par notre étude. Chez le nourrisson et l'enfant, l'activité de dépistage et prévention représente aussi une responsabilité importante des médecins généralistes comme en témoigne les données de l'OMG et du travail d'E.GRIOT. Ceci va dans le sens

du rapport INSERM 2009 [4], qui constate, dans son évaluation des dispositifs de dépistage du jeune enfant jusqu'à 6 ans en France, une augmentation de l'implication des généralistes par rapport aux structures de PMI et aux pédiatres libéraux.

## **2. Des internes moins confrontés à certains items...**

### **a. Pathologies chroniques**

La pathologie chronique, en accord avec les données de la DREES sur l'activité pédiatrique des médecins généralistes en 2007 [19], concerne 10% des consultations de notre étude et a la particularité de se concentrer sur quelques items fréquents. Ces items sont donc occasionnellement rencontrés par l'IMG au cours de son stage.

#### **i. Asthme et allergies respiratoires**

En France, la prévalence de la rhinite allergique est d'environ 12% chez l'enfant. Celle de l'asthme actuel varie de 7,4 à 10% selon les enquêtes nationales [24] (l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee et les enquêtes du cycle triennal en milieu scolaire effectuées en classe de troisième en 2003–2004, en CM2 en 2004–2005, en grande section de maternelle en 2005-2006) et l'étude internationale ISAAC. C'est ainsi que la maladie asthmatique est classée en 9<sup>ème</sup> RC, et au premier rang des maladies chroniques, chez le 10-19ans par l'OMG en 2009. Toutefois, elle n'est rencontrée que de manière occasionnelle dans la réalité du quotidien des MG, avec une fréquence de 2,22% des actes des 10-19ans par les médecins généralistes, similaire à nos résultats pour l'interne chez le 6-16ans [18].

#### **ii. Obésité et surcharge pondérale**

La prévalence de la surcharge pondérale (obésité incluse) fût mesurée à 17,8 % (dont 3,5 % d'obésité) chez les enfants de 3-17 ans en France métropolitaine, par l'ENNS 2006 [25]. Elle reste une priorité de santé publique, même si l'enquête du cycle triennal 2005-2006, publiée par la DREES en 2010, objective une stabilisation depuis les années 2000 chez les enfants de 5-6ans [26] ; tendance corroborée par les enquêtes déclaratives HBSC 2010 [27] et différentes études françaises récentes [28;29;30;31].

Quand est-il de leurs prises en charge en médecine générale ? Si elles font toutes deux partie du TOP 50 des RC de l'adolescent selon OMG [18], elles ne sont classées respectivement aux 37<sup>ème</sup> et 47<sup>ème</sup> rangs des actes les plus fréquents. On observe donc un décalage entre le taux du RC (cumulé obésité+surpoids=1,1% des actes du 10-19ans

selon l'OMG) et la prévalence du trouble en population adolescente.... C'est ce même constat qu'effectue ROUSSEAU-MIGEON C.: obésité et surpoids sont des problèmes relativement peu fréquents lors des consultations des 11-20 ans en médecine générale, eu égard à leur proportion importante dans la population générale des adolescents. Laissant supposer que d'une part, les adolescents consultent peu leur médecin généraliste pour ces problèmes, et d'autre part que les médecins généralistes ne sont pas assez sensibilisés à leur dépistage et prise en charge [22].

Dans notre étude, on peut s'étonner que même si leur prise en charge reste occasionnelle, elle motive 3% des consultations du 11-16 ans vu par l'IMG. Peut-être les internes en formation et leurs maîtres de stage sélectionnés pour leur forte activité pédiatrique, sont-ils plus sensibilisés à cet enjeu pédiatrique ? De plus, l'on peut raisonnablement supposer que ces problématiques doivent fréquemment faire l'objet d'une prévention secondaire initiée au cours de la consultation, suite au dépistage par l'IMG (au vu de la fréquence des examens de dépistage et prévalence de cette problématique de santé chez le jeune).

### **iii. Trouble psychologiques et comportementaux**

L'expertise collective de l'INSERM 2002, sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent [32], établit qu'un enfant sur huit en France souffrirait de troubles mentaux communs (qu'il s'agisse d'autisme, d'hyperactivité, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'anorexie, de boulimie ou de schizophrénie), pouvant avoir un retentissement considérable sur le devenir de l'enfant, alors que seule une minorité d'entre eux serait en contact avec des services spécialisés. Le rapport INSERM 2009 « Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi » [4], vient rappeler l'importance équivalente des troubles émotionnels et comportementaux (fréquences voisines de 5 à 6%), ainsi que l'enjeu de leur repérage précoce.

Dans notre travail, l'interne y est finalement peu confronté, eu égard à leur prévalence en population générale. Tandis que parmi la diversité des problématiques pédopsychiatriques, seules deux viennent motiver régulièrement les consultations : l'anxiété, dont la fréquence croît avec l'âge ; et les troubles attentionnels, qui apparaissent à l'âge des apprentissages scolaires. Serait-ce la présence de l'interne qui freinerait l'expression de ces problématiques ?



Il serait licite d'avancer cette hypothèse ce d'autant plus que le travail de ROUSSEAU-MIGEON C., montre en effet que les jeunes consultant pour anxiété, dépression,... sont en général connus par le généraliste depuis longtemps, ce qui permet d'avoir un climat de confiance nécessaire à la prise en charge de ces troubles. Toutefois, dans la tranche d'âge à laquelle s'intéresse notre étude, l'incidence de ces problématiques dans les consultations médecine générale, étudiées par l'OMG et le travail de thèse de ROUSSEAU-MIGEON C., n'est guère supérieure, bien au contraire, à celle des consultations de l'interne. Ceci s'explique par le fait que non seulement les jeunes consultent peu pour ces problèmes, mais ceux qui le font sont surtout les 16–20 ans [22].

Ainsi, aucun item relevant de la pédopsychiatrie n'apparaît dans le TOP 50 des résultats de consultation de l'OMG chez l'enfant (hormis l'énurésie) ; et seule l'anxiété apparaît dans celui de l'adolescent (classée qu'au 25<sup>ème</sup> rang avec une fréquence d'acte près de deux fois moindre que celle de notre étude). De même, la thèse de ROUSSEAU-MIGEON C. met en exergue l'absence des troubles psychiques et addictions dans le TOP 20 des RC des deux sexes, de son étude descriptive de la consultation des adolescents en médecine générale. Ces travaux soulignent les difficultés de repérage par le médecin généraliste des problématiques pédopsychiatriques, avec un nombre de prise en charge bien inférieur au nombre de jeunes en souffrance, et ce notamment aux stades précoces et aux formes légères de l'adolescence.

#### **iv. Anomalies orthopédiques**

L'IMG, de part son rôle important de consultations de prévention de l'adolescent au travers des demandes de certificats sportifs, et par leur apparition dans les motifs fréquents du 11-16ans, est occasionnellement confronté à la prise en charge des troubles orthopédiques : Trouble de la posture vertébrale et statique du pied.

Les médecins généralistes sont eux aussi en première ligne pour la prise en charge des anomalies posturales (classées au 19<sup>ème</sup> rang des RC chez l'adolescent), et des troubles de la statique du pied (45<sup>ème</sup> rang du TOP 50 des RC des adolescents) [18].

## **b. Problématiques électives de certaines tranches d'âge**

### **i. Pathologies : vulvite de la petite fille, dysménorrhées, acné, problème de décalottage, ostéochondrite de croissance et dorsalgies de l'adolescent, énurésie...**

Les internes sont globalement peu confrontés à ces problématiques, l'incidence de celle-ci dans les consultations se restreignant à des tranches d'âge spécifiques, dans notre étude tout comme dans les données de l'OMG. Toutefois, ce sont des items courants de médecine générale selon la tranche d'âge concernée, comme en témoigne leur présence dans les TOP 50 des RC du 2-9ans et 10-19ans par l'OMG, qui doivent donc être connus des futurs médecins généralistes [18].

Il est à noter que, concernant la vulvite de la petite fille prépubère, un travail de thèse par Inès SOUSA sous la direction du Dr MESTHÉ est en cours, afin de déterminer sa prise en charge en médecine générale en Midi-Pyrénées.

### **ii. Prévention ciblée**

#### **▪ Examen précoce du nouveau-né et Accompagnement des soins au nourrisson : suivi de l'allaitement, soins du cordon, diversification alimentaire...**

Les internes sont globalement peu sollicités autour de ces thématiques car leur incidence en consultation est ciblée sur une borne d'âge restreinte. Toutefois, l'analyse par tranche d'âge révèle que ce sont des motifs fréquents des consultations du nourrisson. De plus, au-delà du motif de consultation, ces thématiques font partie intégrante des examens systématiques du nourrisson. Or, nous avons vu que ces examens de prévention-dépistage du nourrisson est le 1er RC au quotidien des médecins généralistes (données 2009 de l'OMG [18] et travail d'E.GRIOT [20]).

#### **▪ Éducation à la vie sexuelle**

##### **○ Contraception**

Dans notre étude, les problématiques de l'adolescence concernent peu la contraception, souvent reléguée en motif secondaire.

Quand est-il en médecine générale ? Selon l'OMG en 2009, la contraception est classée au 6<sup>ème</sup> rang des RC chez la femme de 10-19ans où elle représente 6,14% des actes...Cette

place importante de la contraception en médecine générale se retrouve dans le Référentiel Métier et Compétence du Médecin Généraliste (Situation clinique n°4 « l'adolescente face à la contraception ») [12].

D'une part, on peut supposer des biais de sélection. En effet, notre étude exclue les adolescentes de plus de 16 ans alors que l'âge médian du premier rapport sexuel se situe vers 17,6 ans [33;34]; D'autre part, la présence de l'interne est-elle un frein pour l'expression des demandes relevant de la sphère gynécologique ? Les jeunes de moins de 16 ans dispensées du parcours de soins s'adressent-elles directement au gynécologue ?

De plus, cette activité de prévention par l'IMG est peut-être aussi sous-estimée par notre étude. En effet, ces problématiques de l'adolescence relèvent souvent des motifs « poignée de porte » en concordance avec le pourcentage de motif secondaire. Les résultats de consultation, eux, prennent en compte les actes découlant d'un échange informel.

L'hypothèse de biais de sélection dans notre étude, nous est confirmée par la thèse de BAGAN Sandrine [35]. Son étude prospective sur les motifs de consultation gynécologiques rencontrés par l'IMG chez un praticien agréé pour le stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie retrouve la contraception en 2<sup>ème</sup> grand champs d'activité gynécologique de l'interne.

#### ○ Vaccination anti-HPV et Prévention des MST

Nos résultats montrent que l'adolescent de moins de 16 ans consulte peu pour des problématiques liées à la sexualité. Cas échéant, il s'agit essentiellement d'une demande de contraception, les MST ne constituant pas un motif de consultation.

Toutefois, la consultation pour vaccination anti-HPV est un motif fréquent et sous-estimé de nos consultations de la fille 11-16ans. Or, elle représenterait une opportunité d'aborder ces thématiques dès l'âge de 11-14ans, si l'avis émis par le HCSP en 2012 sur la révision de l'âge vaccinal se concrétisait lors de la mise à jour annuelle du BEH vaccinal en avril 2013 [36]. C'est là un enjeu majeur sachant que plus d'un quart des jeunes de 15 ans en 2006 [37] déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels, tendance stable lors de l'enquête HBSC 2010 [27]. Or, les jeunes débutant une sexualité précoce sont les plus à risque vis-à-vis des MST et grossesses non désirées. Le décalage actuel de cette vaccination en médecine libérale vers un âge plus tardif de rattrapage [38] représente un

frein à l'abord de la sexualité, au-delà du risque de perte d'efficacité vaccinale. L'avancée de l'âge vaccinal serait ainsi un support à la mise en place d'une consultation dédiée à l'entrée dans la vie sexuelle au début de l'adolescence, dans le sens du travail de thèse de Cécile PICARD-MELIANI sur les freins à la vaccination anti-papillomavirus en médecine générale [39].

### **c. Les urgences pédiatriques**

Nous avons vu que la pathologie courante pédiatrique tourne essentiellement autour de quelques problématiques aiguës bénignes récurrentes. Aussi, les urgences pédiatriques et les accidents domestiques ne sont rencontrés qu'occasionnellement par les internes et les médecins exerçant en médecine générale. Toutefois, en tant que médecin de premier recours, un des enjeux du médecin généraliste est de savoir rechercher les signes d'alerte devant ces quelques motifs banaux 'a priori bénins' mais pouvant parfois relever de l'urgence pédiatrique. Cette responsabilité prend d'autant plus d'ampleur que la permanence de soins ambulatoire en pédiatrie est effectuée majoritairement par des médecins généralistes [40;41]. Le travail de thèse de ATTAL-EZAOUI Sophie développe d'ailleurs cette facette de l'activité des médecins généralistes en Midi-Pyrénées [42].

## **3. Des problématiques revêtant un véritable enjeu pédiatrique à la lecture de la bibliographie, pourtant quasi-absentes de notre relevé**

### **a. Problématique relationnelles intrafamiliales :**

#### **i. Maltraitance**

Il est exceptionnel que les internes soient confrontés à la problématique de l'enfant en danger. Le caractère par nature délictueux du trouble, participe à la difficulté à identifier cette problématique, dans notre étude comme en médecine générale. On ne la retrouve pas en effet, dans les RC des études s'intéressant aux consultations pédiatriques en médecine générale.

Pourtant, Anne TURSZ dans l'article de l'IReSP sur la maltraitance envers les enfants en 2011 [43], souligne que celle-ci est loin d'être un phénomène marginal. Elle est estimée comme concernant en moyenne 10% des enfants dans plusieurs pays occidentaux à haut revenus, par les études anglophones en 2009 [44] se basant sur une définition proche de la définition française de l'enfant en danger. En France, l'ampleur du problème serait

largement sous-estimée, tandis qu'on ne dispose pas de chiffres fiables du fait de la multiplicité des sources (données d'observation) et la variabilité des définitions.

## **ii. Lien précoce mère enfant et soutien maternel**

De même, cette donnée ne transparaît ni dans notre relevé des motifs de consultations par l'interne ni dans la bibliographie s'intéressant aux consultations pédiatriques en médecine générale.

Pourtant, l'absence d'installation du lien attachement entre les parents et le bébé à la naissance est reconnue comme le principal facteur de risque de maltraitance. La qualité de ce lien est aussi un facteur de vulnérabilité dans le développement des troubles anxieux [45].

## **b. Problématiques de l'adolescent**

### **i. Conduites addictives**

Totalement absentes de notre relevé, elles constituent pourtant un des déterminants de santé de l'adolescent et adulte jeune (enquêtes HBSC [46] et Escapad [47]). Si premières expérimentations et usages plus réguliers se situent à des niveaux bien différents selon les produits et selon l'âge, on constate qu'en moyenne à 17 ans les prévalences de la consommation régulière de tabac, alcool, cannabis s'élèvent respectivement à plus de 30%, 10% et 6% des jeunes en 2011.

On pourrait penser qu'il s'agit d'un biais de sélection lié à la tranche d'âge de notre étude, les écarts épidémiologiques sur la consommation régulière se creusant surtout après 15ans. Toutefois, les données de l'OMG et du travail de Céline ROUSSEAU-MIGEON [22] s'intéressant à l'adolescent jusqu'à 19-20ans, révèlent aussi un décalage entre la forte prévalence du trouble chez les jeunes et son faible abord en consultation de médecine générale. Cela suggère à la fois une banalisation de ces conduites par le jeune et les difficultés de dépistage par les médecins généralistes.

### **ii. Conduites suicidaires de l'adolescent**

Cette problématique ne transparaît pas dans les motifs rencontrés par l'interne. Les travaux de l'OMG et de Céline ROUSSEAU-MIGEON reflètent que l'adolescent consulte rarement son généraliste directement pour une tentative de suicide. Or, les conduites suicidaires sont la deuxième cause de mortalité des 15-24ans, et un tiers des jeunes ayant

fait une tentative de suicide vont récidiver dans l'année [48]. C'est pourquoi les médecins doivent être sensibilisés au dépistage, notamment lorsqu'il existe des plaintes somatiques ou comorbidités psychiatriques.

### **iii. Troubles du Comportement alimentaire**

Là encore, c'est un motif rare dans notre étude. Ceci s'explique, d'une part, par une prévalence relativement faible des formes avérées en population générale (0,5%), parmi les nombreux jeunes sujets à des préoccupations corporelles ou restrictions alimentaires ; d'autre part, parce que même si cet acte apparaît au 38<sup>ème</sup> rang du TOP 50 des RC de la jeune fille 10-19ans par l'OMG, il reste rare et les adolescentes consultant leur généraliste pour ce motif sont surtout celles de 16-20ans [22]. Toutefois, sa gravité (10% de mortalité) et sa chronicité font du repérage précoce un des enjeux du médecin traitant, souligné par les récentes recommandations HAS [49].

### **c. Difficultés d'allaitement**

Les internes n'ont pas été sollicités lorsque les mères rencontrent des difficultés dans l'allaitement. Quand est-il dans la littérature? Au retour à domicile, si plus de 70% des femmes ressentent le besoin d'avoir des conseils sur l'allaitement et sont une grande majorité à souffrir de complications (59%), seule une très faible minorité d'entre elles s'adressent à leur médecin généraliste [50].

### **d. Problématiques du développement relevant d'un suivi spécialisé :**

#### **i. Développement sensoriel, psychomoteur et troubles des apprentissages :**

Les difficultés scolaires, troubles du comportement, retard de langage... constituent des motifs rares de consultation chez l'enfant dans notre étude. Pourtant, en dehors d'un trouble psychiatrique ou d'un déficit sensoriel, ce sont les signaux d'alerte d'un trouble du développement psychomoteur, global ou spécifique d'un apprentissage. Or, la prévalence en population générale est assez élevée : Troubles des Acquisitions de Coordination = 4 à 10% des enfants scolarisés, Troubles Spécifiques du Langage Oral = 6 à 8% des enfants d'âge préscolaire, Dyslexie 5 à 17,5% des enfants d'âge scolaire, Retard Globaux du développement 1 à 3% des enfants de moins de 5 ans... On peut s'étonner qu'en consultation de médecine générale des 2-9ans selon l'OMG, on ne retrouve que rarement les troubles des apprentissages, et uniquement ceux du langage oral ou écrit.

Ce décalage entre la prévalence et la faible fréquence des troubles en médecine générale, laisse à penser que leur dépistage-suivi est essentiellement coordonné en structure spécialisée.

Il en est de même pour les déficits neurosensoriels, au premier rang desquels figurent les troubles visuels dont un repérage trop tardif expose au risque d'amblyopie et de difficultés d'apprentissage à l'âge scolaire. La prévalence des anomalies visuelles est évaluée à 20% à 6 ans [51]. La dernière enquête du cycle triennal chez les grandes sections de maternelles [26] suggère la part importante du rattrapage tardif à l'occasion du bilan de la 6<sup>ème</sup> année organisé par la médecine scolaire ; Tandis qu'il existe, là encore, un décalage entre les fréquences des troubles en population générale et en pratique de médecine générale. Vis-à-vis des déficiences auditives (prévalence de l'ordre de 1/1000), la vigilance des médecins s'impose du fait de l'impact sur le langage et de la possibilité d'une survenue secondaire (otite chronique) [4].

Les TED sont un trouble rare (prévalence de l'ordre de 0,3 %) mais dont la sévérité justifie de promouvoir son repérage précoce auprès des professionnels de la petite enfance afin de mettre en place au plus tôt des interventions éducatives [52].

## **ii. Les troubles du développement pubertaire et de la croissance**

Ils constituent eux aussi des motifs rares dans notre étude comme en médecine générale. Ceci s'explique par la faible prévalence de ces troubles en population générale.

### **III. Objectif secondaire : Pistes et perspectives d'amélioration de la formation de l'IMG vis-à-vis des items pédiatriques peu ou pas rencontrés lors de son stage en cabinet de médecine générale**

#### **1. Pathologies chroniques**

##### **a. Asthme et allergies respiratoires**

La formation de l'interne à la prévention des allergies (enjeu du PNSE 2) et à la prise en charge de l'asthme, doit être une priorité. En effet, alors que le contrôle de la maladie asthmatique occupe une place centrale dans les recommandations, différentes études (basée sur les enquêtes nationales [53] et étude ER'ASTHME s'intéressant au niveau de contrôle de l'asthme chez l'enfant en médecine générale [54]), mettent en évidence que ce contrôle est bien souvent surestimé par l'enfant-parent et insuffisant. Les recommandations HAS [55;56] soulignent l'implication des professionnels de santé dans

l'éducation thérapeutique. La médecine générale y prend toute sa place par son approche globale et centrée sur les spécificités du patient, sa vigilance vis-à-vis des modifications du mode de vie et facteurs de non-observance, la prévention des facteurs aggravants (choix professionnels, tabagisme...), sa coordination avec les autres partenaires (spécialiste, PAI scolaire..) et son lien privilégié avec l'adolescent (rapport SOMMELET 2006 [40]).

Afin d'améliorer la formation des internes à la prise en charge thérapeutique et éducative des enfants et adolescents asthmatiques, l'enseignement intégré vient d'ores et déjà compléter le stage ambulatoire, au travers du module 2.

### **b. Obésité et surcharge pondérale**

Nous avons vu que le décalage entre la forte prévalence de ses problématiques et leur prise en charge actuelle en médecine générale souligne la nécessité de renforcer l'implication des médecins généralistes dans leur dépistage et suivi. Devenues un enjeu de santé publique (PNNS 2011-2015 [57] et PO [58]) elles font l'objet d'une actualisation des recommandations HAS en 2011 [59] et de publications de guides professionnels par l'Inpes [60;61]) qui placent le médecin généraliste au cœur de leur prise en charge. Acteur de toutes les étapes : dépistage, prise en charge de premier recours et éducation thérapeutique, coordination des prises en charges multidisciplinaires et travail en réseau RéPPOP (présent sur Midi-Pyrénées, sous la présidence du Pr TAUBER).

Dans cet état d'esprit, l'enseignement théorique actuel (module 1) veut sensibiliser les futurs médecins généralistes à cette problématique.

### **c. Trouble psychologiques et comportementaux**

Nous venons de voir les difficultés posées par la pédopsychiatrie en médecine générale. Le rapport du CESE de 2010 [62] conclut que « *Les progrès dans la prise en charge de la maladie mentale des enfants et des adolescents doivent s'accompagner de progrès équivalents dans le dépistage afin d'orienter au mieux et le plus tôt possible (...) médecins généralistes, médecins et infirmiers scolaires, pédiatres ne reçoivent pas une formation suffisante en psychiatrie* ». Dans cet enjeu de santé publique ciblé par le Plan Psychiatrie et Santé Mentale, les futurs médecins généralistes ont un double rôle à jouer. Non seulement, en termes de repérage précoce des troubles (référentiel destinés aux médecins de premiers recours élaboré par la Fédération Française de Psychiatrie [63] et recommandations de bonnes pratiques de l'HAS : conduites à risques d'évolution



psychopathique chez l'enfant 2006, anorexie mentale 2010, autisme et troubles envahissants du développement 2010 et 2012). Mais aussi, un rôle de coordination et de dialogue avec les familles dans la lutte contre les autres facteurs limitant à une prise en charge pédopsychiatrique. Le HCSP souligne en effet dans son rapport d'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé Mentale d'octobre 2011 [64], le peu de collaboration formalisée entre le champ éducatif et le champ sanitaire (CMP ou CMPP) dans l'orientation et le suivi des élèves, ainsi que l'attitude réticente des familles qui veulent seulement que l'on résolve les problèmes scolaires.

Ainsi, des pistes pour améliorer la formation de l'IMG serait :

- Le développement dans les stages annexes des terrains de stage en CMP/CMPP
- L'introduction d'un module « adolescent » à l'enseignement intégré, actuellement à l'étude par le DUMG.

#### **d. Anomalies orthopédiques**

L'enseignement intégré actuel (module 2) semble pertinent en venant sensibiliser les internes au dépistage et à la prise en charge de ces problématiques rencontrées occasionnellement pendant leur stage.

### **2. Problématiques électives de certaines tranches d'âge**

#### **a. Pathologies aiguës: vulvite de la petite fille, dysménorrhées, acné, problème de décalottage, ostéochondrite de croissance...**

L'enseignement théorique aborde déjà certaines problématiques, au travers des deux modules d'enseignement intégré de pédiatrie et au travers du module gynécologie. Toutefois, de part leur diversité, ces items ne peuvent pas être tous abordés de manière exhaustive en enseignement théorique dans le nombre d'heures imparties. Une des pistes serait d'approfondir avec les MDSU ces thématiques importantes au travers des objectifs pédagogiques et des traces d'apprentissage par l'autoformation.

#### **b. Prévention ciblée**

##### **i. Examen précoce du nouveau-né - Accompagnement des soins au nourrisson**

L'enseignement théorique (module 1) détaille le contenu des consultations de dépistage-prévention du nourrisson. L'abord des questions de soins (supplémentation vitaminique,

alimentation, soins du cordon...) fait partie intégrante de ces consultations de prévention, au-delà des demandes parentales.

Pour renforcer la formation des internes à l'accompagnement des jeunes parents et les familiariser à l'examen clinique du nouveau-né, deux pistes sont à évoquer. D'une part, le couplage du stage en cabinet de médecine générale avec une permanence en PMI, maternité et cabinet de sage femme. D'autre part, l'instauration lors du stage chez le praticien, de plages horaires spécifiquement dédiées aux consultations programmées d'exams systématiques du nourrisson dans l'optique de renforcer leur incidence au cours du stage.

## ii. **Éducation à la vie sexuelle**

### ▪ **Contraception**

Nous avons soulevé les raisons pour lesquelles nos résultats sous-estimaient probablement l'activité réelle de l'interne sur la mise en place d'une contraception, et d'autre part, ne reflétaient pas l'activité élevée des médecins généralistes en ce domaine.

Le maintien de cet enseignement théorique (enseignement intégré de gynécologie) paraît indispensable dans un contexte d'inflation du taux d'IVG chez les mineures [65]. Y.ABITTEBOUL dans la revue du praticien Médecine générale [66] souligne l'action préventive du médecin généraliste pour la réduction des IVG : sa vigilance au fil du suivi de l'enfant vis-à-vis du changement de statut enfant/adolescent, l'abord régulier de cette problématique en introduisant une confidentialité dans un entretien habituellement triparti, par une information sur la pilule du lendemain...et l'identification des situations à risque, notamment la réévaluation du choix contraceptif lors de son renouvellement (plus de 91 % des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclarent employer une méthode contraceptive mais les deux tiers des grossesses non prévues ont lieu sous contraception [67]). L'audition 2010 de la SFMG sur la contraception des adolescents conforte la place et les leviers spécifiques de la médecine générale [68]. Par ailleurs, l'implication du médecin traitant en termes d'information et de première prescription contraceptive correspond à une forte attente des adolescentes et de leur mère, mise en évidence par le travail de thèse d'Anne GNECCHI FORGUES [69].

## ▪ **Vaccination anti-HPV et Prévention des MST**

Nous avons vu qu'au-delà de l'acte vaccinal, la vaccination HPV était une opportunité de consultation dédiée à la sexualité à l'entrée dans l'adolescence. L'enseignement théorique vient d'ores et déjà sensibiliser les internes à cet enjeu.

### **3. Les urgences pédiatriques**

L'enseignement théorique (module 2) sur la « pathologie courante pédiatrique-signes d'alerte et urgences pédiatriques » sensibilise les internes à repérer les signes d'alertes devant des motifs fréquents ; le stage pratique, lui, est l'occasion d'une réflexion avec le maître de stage sur les stratégies de prise en charge mises en place par l'interne.

### **4. Problématiques relationnelles intrafamiliales**

#### **a. Maltraitance**

Nous avons ciblé l'enfance en danger comme une problématique largement sous-diagnostiquée en médecine générale. Le rôle du médecin généraliste, renforcé par la loi de protection de l'enfance 2007-293 du 5 mars 2007, est double : en cas de suspicion de maltraitance, il a l'obligation de ne pas rester seul [70], mais de signaler (article 44 code déontologie médicale ; article 226-14 code pénal) : signalement administratif d'information préoccupante au CRIP coordonnant les actions ASE/PMI, voire signalement judiciaire et hospitalisation en cas de danger immédiat ; un rôle préventif : repérer les situations de vulnérabilité (entretien psychosocial du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, dépistage d'un trouble du lien précoce parent-enfant notamment en cas de prématurité, hospitalisation, handicap..) en vue de promouvoir la bientraitance et travail en partenariat avec les réseaux de soutien à la parentalité. L'HAS édite des recommandations de bonne pratique afin de promouvoir l'action des médecins sur différentes formes de maltraitance [71;72;73]. Pour sensibiliser les futurs médecins généralistes, le couplage du stage à la PMI semble une bonne opportunité. En effet, parmi les missions principales de la PMI : ses actions médico-sociales préventives à domicile, la prévention et la prise en charge des situations de maltraitance. Par ailleurs, il est d'autant plus important de maintenir le double enseignement théorique : aspects médico-légaux lors du séminaire « certificat médicaux-maltraitance » intégré au stage de niveau 1 et situations pratiques sur la maltraitance pédiatrique abordées lors du module 2 d'enseignement intégré de pédiatrie.

## **b. Lien précoce mère enfant et soutien maternel**

Là aussi, avec la sortie de plus en plus précoce des mères de la maternité, le MG a un rôle déterminant à jouer. Le couplage du stage praticien-PMI semble une opportunité de renforcer la formation des internes à cette prévention face aux situations de vulnérabilité. Par ailleurs, les thématiques de la relation mère-enfant et de l'irruption de l'enfant dans le couple (module 2) rappellent à l'interne que le soutien à la parentalité en vue de favoriser la « bien-traitance » fait partie intégrante des consultations de prévention du nourrisson, auxquelles il est régulièrement confronté.

## **5. Problématiques de l'adolescent**

Nous avons vu l'enjeu que représentent les conduites addictives, le risque suicidaire, les troubles du comportement alimentaires... malgré les difficultés à les identifier en consultation de médecine générale [74]. Les récentes politiques de santé publique aboutissent à la multiplication de recommandations HAS [75;76;77], d'outils de support de consultation [78;79] ou de dépistage [80;81;82]..., se voulant renforcer l'implication des médecins à leur repérage précoce. Par ailleurs, au-delà de la phase d'identification des problématiques en émergence à cet âge, les prises en charge en elles-mêmes sont délicates, oscillant entre le risque de banalisation ou de médicalisation excessive. Le travail en réseau (citons RAP31 sur la Haute-Garonne) reste à développer [83]. En vue d'améliorer la vigilance de l'interne à ces problématiques, l'introduction d'un module adolescent est à l'étude par le DUMG. Les stages annexes sur un CMPP ou avec des équipes de réseaux adolescents est aussi une option à évoquer.

## **6. La prise en charge de l'allaitement**

Nous avons vu que les femmes se tournaient peu vers la médecine générale pour la prise en charge de leurs difficultés d'allaitement. Toutefois, les complications sont fréquentes et la baisse de production lactée régulièrement invoquée parmi les principales causes du sevrage. Aussi, des conseils appropriés et un suivi précoce des mamans au retour de la maternité seraient associés à une baisse significative du sevrage [84]. La sortie de plus en plus précoce des jeunes mamans de la maternité favorise la prise en charge de la période post-natale par le médecin généraliste. D'ailleurs nous avons vus que l'interne était confronté au suivi du bon déroulement de l'allaitement durant son stage. Il est donc naturel qu'il soit aussi apte à gérer pour les pathologies aiguës liées à l'allaitement. Or, le travail de thèse de PINCHARD Sophie en 2012 [85] pointe du doigt le manque actuel de

connaissances des médecins généralistes en Midi-Pyrénées à ce sujet. L'enseignement intégré (de gynécologie) sur l'allaitement paraît donc pertinent, complété par le stage annexe en PMI.

## **7. Troubles du développement**

### **a. Apprentissages**

Le rapport INSERM 2009 [4] déplore le repérage souvent trop tardif, que ce soit des troubles des apprentissages ou des déficits sensoriels, les demandes d'avis émanant essentiellement des alertes par les équipes pédagogiques ou de la médecine scolaire. Parallèlement, il souligne les carences des dispositifs « débordés » de PMI et médecine scolaire aboutissant à niveau de couverture des bilans 3-4ans et 6ans insuffisants et disparates (inégalités interdépartementales et secteurs privé/public). Il est donc essentiel que l'interne soit formé au dépistage précoce de ces troubles, au regard de leur forte prévalence et leur impact sur la sociabilisation. En ce sens, le rapport HAS 2005 [86] sur le dépistage individuel chez l'enfant précise « *ce dépistage doit être réalisé en santé scolaire, conformément au Code de la santé publique, ou, à défaut en médecine de ville* ». Destiné entre autre aux médecins généralistes, il préconise une formation aux tests simples pour le dépistage des troubles envahissants du développement, des troubles de l'audition et de la vision, des troubles du langage oral et écrit.

L'enseignement intégré au travers de ses modules 1 (dépistage psychomoteur et neurosensoriel) et 2 (ERTL4 et autisme) en aborde déjà le dépistage. Le passage de l'interne en structure de type PMI et CAMSP- CMPP favoriserait respectivement la confrontation au dépistage et à la coordination d'une prise en charge souvent multidisciplinaire des troubles.

### **b. Développement pubertaire et croissance**

Les troubles pubertaires sont abordés par le module 1 de l'enseignement intégré.

## CONCLUSION

Notre étude prospective, nous a permis de faire un état des lieux détaillé des motifs de consultation auxquels est confronté l'IMG effectuant son stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire, en cabinet de médecine générale. Nous l'avons mis en perspective avec les données de la littérature concernant les enjeux du médecin généraliste dans le domaine de la pédiatrie générale. Au vu de la fréquence et du type de motifs objectivés, il ressort que le stage est très formateur en termes de prise en charge de la pathologie aiguë (se concentrant sur un nombre restreint d'items et essentiellement infectieuse ou traumatologique) et de consultation de dépistage-prévention. Cette grosse activité de prévention-dépistage intervient à tous les stades du développement. A un moindre degré, le stage confronte occasionnellement l'IMG à la prise en charge des pathologies chroniques de l'enfant (asthme, surcharge pondérale, troubles psycho-comportementaux) ; et relativement peu fréquemment, aux urgences pédiatriques, à la contraception et prévention des MST, à l'examen précoce du nouveau-né et soins du nourrisson, aux pathologies électives d'une tranche d'âge restreinte. En revanche, des lacunes apparaissent clairement en termes de prise en charge des problématiques relationnelles intrafamiliales, des problématiques de l'adolescent, des troubles du développement, et des difficultés d'allaitement.

Il apparaît que le contenu pédagogique mis en place par le DUMG de Toulouse, organisé au travers d'un enseignement théorique intégré et l'acquisition d'objectifs pédagogiques lors du stage pratique, est dans sa grande majorité en adéquation avec les motifs de consultation recueillis dans notre étude ; ce qui permet de conforter sa pertinence. Cependant, cette confrontation permet de suggérer quelques modifications de ce contenu, afin de mieux préparer les internes à l'acquisition des compétences dans le domaine de la pédiatrie générale, au plus près de leur futur exercice.

Tout d'abord, l'enseignement théorique doit faire un focus sur les thématiques de l'enfance en danger et des principales urgences pédiatriques dans lesquelles l'interne jouera un rôle important en tant que futur médecin de premier recours et assurant la permanence des soins. Par ailleurs, un enseignement spécifique aux problématiques de l'adolescent devrait voir le jour en 2013-2014.


Il s'agit, aussi, de renforcer l'exploitation des ressources offertes par les stages pratiques. En particulier, les objectifs pédagogiques représentent une opportunité d'approfondir des savoirs qui ne sauraient être abordés de manière exhaustive par le seul enseignement théorique. Citons, les stratégies de prescriptions, les pathologies « courantes » de l'enfant mais électives d'une tranche d'âge restreinte, et d'autre part, des savoir-être spécifiques à la pédiatrie générale si particulière dans sa relation tripartite.

Par ailleurs, l'organisation en elle-même des stages pratiques pourrait être modulée. D'une part, l'instauration de plages horaires prioritairement dédiée aux consultations programmées de dépistage. Cela permettrait à la fois de lutter contre des inégalités entre terrains de stage en ciblant et renforçant les tranche d'âges où il existe des lacunes identifiées (nouveau-né et adolescent), et de permettre à l'interne de disposer éventuellement d'une plage horaire élargie pour ces consultations nécessairement plus chronophages. D'autre part, la multiplication des stages pluridisciplinaires, déjà initiée par le DUMG, en vue de permettre à l'IMG d'atteindre des objectifs pédagogiques concernant des thématiques dont notre travail à montrer qu'elles étaient peu rencontrées en cabinet de MG : examen précoce du nouveau-né (Maternité ?), prise en charge des difficultés d'allaitement (Sage-femme ? PMI ?), urgences pédiatriques (service d'accueil hospitalier ?), enfant en situation de vulnérabilité (PMI ?), troubles des apprentissages et prise en charge du handicap (PMI ? CAMSP ? CMPP ?), problématiques psycho-comportementales et de l'adolescent (CMPP et CMP?). Un travail de thèse à part entière, actuellement en cours, permettra une évaluation de ces stages « annexes ».

Force est de constater la pertinence pédagogique de ces nouveaux stages, en cours d'optimisation par les initiatives menées par le DUMG. En outre, il faut souligner l'apport fondamental de ce stage dans l'appréhension de la triade relationnelle enfant-médecin-parents. Sa qualité, instaurée dès le plus jeune âge en précisant la place de chacun et les règles de confidentialité, est en effet un gage de l'instauration du lien de confiance avec l'adolescent en devenir ; C'est là un élément clef pour franchir les difficultés de repérages des problématiques en émergence à cet âge, dont nous avons vu qu'elles étaient un des grands enjeux du médecin généraliste « principal interlocuteur de l'adolescent ».

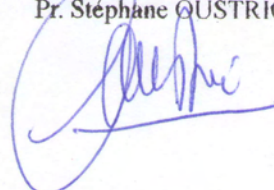
Toulouse le 11.02.2013

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



11/02/13

Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OUSTRIC



## BIBLIOGRAPHIE

1. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). La consommation des enfants de moins de trois ans. In : Des tendances de fond aux mouvements de court terme. Point de conjoncture n° 7 - novembre 2002. [en ligne]. Disponible sur : <<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr>>. (consulté le 01/02/2013)
2. Société Française de Médecine Générale (SFMG). Au sujet du généraliste et du suivi médical des enfants. Communiqué du 4 janvier 2005. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.sfm.org>>. (consulté le 01/02/2013)
3. Ministère de la santé - Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 Novembre 2009. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr>>. (consulté le 01/02/2013)
4. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle 2009. [en ligne]. Disponible sur : <[www.inserm.fr](http://www.inserm.fr)>. (consulté le 01/02/2013)
5. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA). La pédiatrie de ville : une profession menacée. In : Dossier de presse janvier 2012. [en ligne]. Disponible sur : <[www.afpa.org](http://www.afpa.org)>. (consulté le 04/05/2012)
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2010 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.conseil-national.medecin.fr>>. (consulté le 20/06/2012)
7. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Anne Pla, Catherine Beaumel. Bilan démographique 2011 : la fécondité reste élevée. In : Insee première n°1385 - janvier 2012. [en ligne]. Disponible sur : <[www.insee.fr](http://www.insee.fr)>. (consulté le 21/06/2012)
8. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et de la protection sociale. 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 appelés internes ou résidents. JO n°240 du 14 octobre 2004 page 17511 texte n° 27.
9. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports. 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. JO n°0199 du 28 août 2010 page 15668 texte n° 38.
10. ANGOT, Odile. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création : une enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises.- 234p. Th : Méd. : Toulouse 3 : 2009 ; 1065.
11. DELORME, Delphine. Soins primaires pédiatriques en ambulatoire : quelles justifications à la mise en place d'une formation spécifique?.- 93p. Th : Méd. : Grenoble 1 : 2011 ; 5053.
12. Mission d'Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé au ministère de la santé et des sports, Collège national des généralistes enseignants (CNGE), Conseil



national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF), et al. Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.-155p.

13. OUSTRIC S., MESTHE P. Un Référentiel Formation pour le DES de Médecine Générale : un nouvel enseignement théorique pour la rentrée Universitaire 2010-2011. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.dumg-toulouse.fr>>. (consulté le 15/06/2012)
14. INSEE. Bilan démographique 2011 : évolution de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2012. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.insee.fr>>. (consulté le 21/06/2012)
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2011 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.conseil-national.medecin.fr>>.
16. Société Française de Pédiatrie (SFP). CHANTEPIE A. Tout le monde a le droit à son pédiatre. In : Du nourrisson au jeune adulte, la santé des enfants a besoin des pédiatres. Dossier de presse de SFP - Conférence du 29 avril 2011. [en ligne]. Disponible sur : <[www.sfpediatrie.com](http://www.sfpediatrie.com)>. (consulté le 13/01/2013)
17. INSEE. Les unités urbaines 2010 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.insee.fr>>. (consulté le 13/10/2011)
18. Observatoire de Médecine Générale (OMG). Classement des 50 RC les plus fréquents par actes pour l'année 2009. [en ligne]. Disponible sur : <<http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>>. (consulté le 29/04/2012)
19. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). FRANC C., LE VAILLANT M., ROSMAN S., et al. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale. Document de travail-Série études et recherche n°69- septembre 2007.
20. GRIOT Élisabeth. Les consultations d'enfants en médecine générale : les affections pédiatriques en soins primaires. La Revue du Praticien Médecine Générale, 1998, 421, pp 24-31.
21. CNOM. BOHL Isabelle. Santé de l'enfant et de l'adolescent : Prises en charge. Rapport adopté le 20 octobre 2011. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.conseil-national.medecin.fr>>. (consulté le 02/05/2012)
22. ROUSSEAU-MIGEON, Céline. Étude descriptive de la consultation des adolescents en médecine générale sur l'année 2002 à partir d'une base de données comportant 14000 consultations.-123p. Th : Méd : Versailles : 2004 ; 014G.
23. BRILLAC T., et al. DUMG, faculté de médecine de Toulouse. L'acte vaccinal chez l'enfant : 1<sup>ère</sup> partie : la préparation. La Revue du Praticien Médecine Générale, 2010, 845, pp 551-555.
24. Institut national de veille sanitaire (InVS). Surveillance épidémiologique de l'asthme en France-dernière mise à jour 03/01/2013. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France>>. (consulté le 06/01/2013)

25. Étude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). [en ligne] .Disponible sur : <<http://www.invs.sante.fr>>. (consulté le 01/02/2013)
26. DREES. GUIGNON N., COLLET M., GONZALEZ L., et al. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Études et Résultats, 2010, 737.
27. GODEAU E., NAVARRO F., ARNAUD C. dir. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012.-254 p.
28. InVS. SALANAVE B., PÉNEAU S., ROLLAND-CACHERA MF., et al. Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité, chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007. Saint-Maurice: InVS, Université de Paris 13, 2011.-34 p. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.invs.sante.fr>>.
29. LIORET S., TOUVIER M., DUBUISSON C., et al. Trends in child overweight rates and energy intake in France from 1999 to 2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity* 2009, 17, 5, pp 1092-1100.
30. PÉNEAU S., SALANAVE B., MAILLARD-TEYSSIER L., et al. Prevalence of overweight in 6- to 15-year-old children in central/western France from 1996 to 2006: trends toward stabilization. *International Journal of Obesity*, 2009, 33, 4, pp 401-407.
31. SALANAVE B., PENEAU S., ROLLAND-CACHERA MF., et al. Stabilization of Overweight Prevalence in French Children between 2000 and 2007. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2009, 4, 2, pp 66-72.
32. INSERM. BAILLY C., BOUVARD M., CASADEBAIG F., et al. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris : INSERM Ed., Expertise collective, 2002.-887 p. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.inserm.fr>>.
33. BAJOS N., BOZON M., BELTZER N. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé. Paris : La Découverte, 2008.-609 p.
34. BECK F., GUILBERT P., GAUTIER A. Baromètre santé 2005. Saint-Denis : Inpes, 2007.-574p.
35. BAGAN, Sandrine. Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien.-58p. Th : Méd. : Toulouse 3 : 2012 ; 1010.
36. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). AVIS relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles. 28 septembre 2012. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.hcsp.fr>>. (consulté le 18/01/2013)
37. GODEAU E., ARNAUD C., NAVARRO F. (dir.) La santé des élèves de 11à 15 ans en France / 2006. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2008.-274 p.
38. Ministère chargé de la santé, InVS. La couverture vaccinale selon les vaccins considérés. In : « Mobilisons nous pour la vaccination ! » Dossier de presse-vendredi 22 avril 2011. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr>>. (consulté le 20/01/2013)

39. PICARD-MELIANI, Cécile. Les freins à la vaccination anti-papillomavirus en médecine générale.- 93p. Th : Méd. : Paris 6, Université Pierre et Marie Curie : 2010 ; G054.
40. Ministère de la santé et des solidarités, SOMMELET Danièle. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Ministère de la santé et des solidarités, 2007.- 950p.
41. STAGNARA, J. Urgences pédiatriques et consultations non programmées : enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Archives de Pédiatrie, février 2004, 11, 2, pp108-114.
42. ATTAL-EZAOUI, Sophie. Enquête de pratique auprès de 280 médecins généralistes de Midi-Pyrénées : Le médecin généraliste face aux urgences pédiatriques.- 57p. Th : Méd. : Toulouse 3 : 2013 ; 1002.
43. TURSZ, Anne. La maltraitance envers les enfants. Questions de santé publique, 2011, 14, 4p. [en ligne]. Disponible sur : <[www.iresp.net](http://www.iresp.net)>. (consulté le 18/06/2012)
44. GILBERT R., WIDOM CS., BROWNE K., et al. Child maltreatment 1. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009, 373, pp 68-81.
45. MILJKOVITCH Raphaële. L'attachement comme facteur essentiel de bon développement. La santé de l'homme, 2009, 400, pp 16-18. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.inpes.sante.fr>>.
46. SPILKA S., LE NÉZET O., BECK F., et al. Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège ». Tendances n°80, OFDT, Avril 2012.-6p. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ofdt.fr>>. (consulté le 08/12/2012)
47. SPILKA S., LE NÉZET O., TOVAR ML. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances n°79, OFDT, Février 2012.-4p. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ofdt.fr>>. (consulté le 08/12/2012)
48. BEDDOCK P., VELIN J. Tentatives de suicide du jeune : 1/3 de récives dans l'année. La Revue du Praticien Médecine Générale, 2001, 522, p72.
49. NOUYRIGAT E. Anorexie mentale : un repérage précoce et un suivi pluridisciplinaire. HAS Actualités & Pratiques – N° 27 – Mars 2011. [en ligne] Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>. (consulté 30/11/2012)
50. FAVIER-STEGER, Lisa. Les Causes de sevrage d'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie de l'enfant : étude rétrospective auprès de 104 mères allaitantes.- 93p. Th : Méd : Lyon 1 : 2006 ; M116.
51. DREES. GUIGNON N., BADÉYAN G. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Études et résultats, 2002, 155.
52. HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Recommandation de bonne pratique, Mars 2012. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>. (Consulté le 13/01/2012)

53. DELMAS MC, GUIGNON N, LEYNAERT B, et al. Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France. Archives de Pédiatrie, 2009, 16, 9, pp 1261-1269.
54. DE BLIC J., BOUCOT I., PRIBIL C., et al. Niveau de contrôle de l'asthme chez l'enfant en médecine générale en France : résultats de l'étude ER'ASTHME. Archives de Pédiatrie, 2007, 14, 9, pp 1069-1075.
55. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique. Recommandations professionnelles, juin 2002. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>
56. ANAES. Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. Recommandations professionnelles, juin 2001. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>
57. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme national nutrition santé 2011-2015. Juillet 2011. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr>>. (consulté 14/01/2013).
58. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan Obésité 2010-2013. [en ligne]. Disponible sur le site : <<http://www.sante.gouv.fr>>. (consulté le 14/01/2013)
59. HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandation de bonne pratique, septembre 2011. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>.
60. INPES. Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement. Repères pour votre pratique, août 2011, Inpes. [en ligne] .Disponible sur : <<http://www.inpes.sante.fr>>.
61. Livret d'accompagnement du Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents destiné aux professionnels de santé. 2009. [en ligne] .Disponible sur : <<http://www.inpes.sante.fr>>.
62. Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE). BUISSON JR. La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge. 2010. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.lecese.fr>>.
63. Fédération Française de Psychiatrie (FFP). Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent : référentiel d'observation pour un repérage précoce : guide à l'usage des médecins. Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative (éditeur), collection Santé mentale, 2008.- 70p.
64. HCSP. Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008. La Documentation française, 2011.- 232p.
65. VILAIN A., MOUQUET MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009. Études et Résultats, Paris : Drees, juin 2011, 765, 6 p.
66. ABITTEBOUL Y., et al. DUMG de la faculté de médecine de Toulouse. IVG chez les mineures : repérer et prévenir les situations à risque. La Revue du Praticien Médecine Générale, 2010, 24, 846, pp 612-613.

67. NAVES MC., SAUNERON S., département Questions sociales. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Paris : Centre d'analyse stratégique. Note d'analyse n°226 - Juin 2011. [en ligne]. Disponible sur : <[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)>.
68. GALLAIS JL., MALOULI A. Contraceptions des adolescents : places et leviers spécifiques de la médecine générale. Contribution pour la mission parlementaire d'information sur la contraception des adolescents. Documentation SFMG ; Décembre 2010. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.sfm.org>>.
69. GNECCHI FORGUES, Anne. La place du médecin généraliste dans la première prescription de contraception: point de vue des adolescentes et de leur mère.-62p. Th : méd. : Toulouse 3 : 2012 ; 1045.
70. CHEYMOL J. Signalement judiciaire, Situation préoccupante Quelle attitude doit adopter le praticien face à une suspicion de maltraitance chez un petit enfant ?. La Revue du Praticien Médecine Générale, 2011, 5, pp 660-662.
71. HAS. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Recommandation de bonne pratique-Mai 2011. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>.
72. HAS. Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition-Mai 2011. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>.
73. HAS. Préparation à la Naissance et à la Parentalité. Recommandations professionnelles-Novembre 2005. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>.
74. DECLOQUEMENT, Christelle. Le dépistage des adolescents à risque en médecine générale : enquête qualitative menée auprès de médecins spécialisés en médecine générale et spécialisés en médecine de l'adolescent à Paris et en région parisienne entre septembre 2009 et juin 2010.-97p. Th : Méd. : Paris 7 : 2011 ; M002.
75. Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir. Devenir. Conférence de consensus ANAES. Recommandations professionnelles. Décembre 1995.
76. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique HAS. Septembre 2005.
77. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus ANAES. Octobre 2000.
78. Entre nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec l'adolescent. Outil d'intervention en éducation pour la santé des adolescents. Ministère de la santé et des sports, INPES. Août 2009.
79. Entre nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec l'adolescent. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. Ministère de la santé et des sports, INPES. Août 2009.

80. BINDER Ph., CHABAUD F., Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I), Conception d'un test et validation de son usage. *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 2004, 18, 650, pp 576-80.
81. Site internet <<http://www.medecin-ado.org>>.
82. PICARD V., REYNAUD M., et al. Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 2002, 16, 573, pp 1-5.
83. FERRY, Violette. Les médecins généralistes de Haute-Garonne et le Réseau Adolescence Partenariat 31 (RAP 31): comment améliorer le partenariat ? : Étude descriptive auprès de médecins généralistes de Haute-Garonne.-100p. Th : Méd. : Toulouse 3 : 2012 ; 1034.
84. BINNS C.W., SCOTT J.A. Breastfeeding : Reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeeding Review*, 2002, 10, 2, pp 13-19.
85. PINCHARD, Sophie. Allaitement maternel et reprise du travail : évaluation des connaissances des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. -35 f. Th : Méd. : Toulouse 3 : 2012 ; 1020.
86. 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. Recommandation pour la pratique clinique-Septembre 2005. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.has-sante.fr>>.

## ANNEXE 1 : Enseignement théorique intégré de pédiatrie

### 1. Objectifs :

#### Module 1

- Maîtrise de l'examen clinique et son orientation
- Relations médecin-parent et médecin-enfant, être capable de planifier le suivi normal
- Être capable de conseiller les parents pour l'alimentation des nourrissons et enfants, et prendre en charge les troubles digestifs courants
- Être capable de dépister et prendre en charge le suivi des enfants obèses, les troubles pubertaires

#### Module 2

- Repérer les troubles du développement et de l'interaction mère-enfant
- Pathologies courantes et signes d'alerte ; urgences pédiatriques

### 2. Déroulé pédagogique, matériel et méthodes :

#### Module 1

##### 1<sup>ère</sup> demi-journée :

- ✓ 14h-14h15 : Accueil, recueil des attentes, pré-test
- ✓ 14h15-15h30 : Obésité de l'enfant (discussion à partir d'une situation clinique)
- ✓ 15h30-15h45 : Pause
- ✓ 15h45-17h00 : 2 situations cliniques (1 cas par sous-groupe, rapport en plénière, synthèse) : puberté précoce, retard pubertaire ; Puberté : normalité et dépistage des troubles (diaporama court)

##### 2<sup>ème</sup> demi-journée :

- ✓ 9h00-9h30 : Examen clinique du NRS (vidéo : 15mn et discussion)
- ✓ 9h30-12h00 : A partir du carnet de santé : comment organiser une consultation de dépistage chez le nourrisson : prévention, audition, vision, obésité, alimentation, adolescent, calendrier vaccinal... (diaporama)

##### 3<sup>ème</sup> demi-journée :

- ✓ 14h00-16h00 : 2 situations cliniques (1 cas par sous-groupe, rapport en plénière, synthèse) = alimentation hors allaitement maternel, développement psychomoteur
- ✓ 16h00-16h15 : Pause
- ✓ 16h15-16h45 : Présentation courte « hernie/ectopie testiculaire/phimosis »
- ✓ 16h45-17h00 : Post-test et évaluation de l'enseignement

#### Module 2

##### 1<sup>ère</sup> demi-journée :

- ✓ 14h00-14h15 : Accueil, recueil des attentes, pré-test
- ✓ 14h15-14h45 : Genu varum/valgum/pieds plats-creux (diaporama)
- ✓ 14h45-15h : 5 situations cliniques (1 cas par sous-groupe, rapport en plénière, synthèse)
  - Atopie : eczéma, bronchiolite et asthme, PNP,
  - Tb digestifs : GEA, RGO

- ✓ 15h00-15h15 : Pause
- ✓ 15h15-16h30 : Plénière, retour des situations cliniques et discussion
- ✓ 16h30-17h : Maladies éruptives infantiles (diaporama interactif)
- 2<sup>ème</sup> demi-journée : avec Dr Isabelle Claudet
- ✓ 9h00-9h15 : 4 Situations cliniques (1 cas par sous-groupe, rapport en plénière, synthèse) : IIA / appendicite aiguë, torsion testiculaire, sd méningé, TC/PC/maltraitance
- ✓ 9h15-10h30 : Plénière, reprise des situations cliniques et discussion
- ✓ 10h30-10h45 : Pause
- ✓ 10h45-12h00 : Accidentologie : diaporama court (Dr Isabelle Claudet) et discussion
- 3<sup>ème</sup> demi-journée :
- ✓ 14h-15h00 : 5 situations cliniques (1 cas par sous-groupe, rapport en plénière, synthèse) : Rhume de hanche, traumatologie bénigne = pronation douloureuse, motte de beurre, entorse, décollement épiphysaire
- ✓ 15h-15h30 : 1 situation clinique et discussion : « Irruption de l'enfant dans le couple »
- ✓ 15h30-15h45 : Pause
- ✓ 15h45-16h15 : Situation clinique (autisme) sur vidéo (5 mn), puis diaporama très court « Relation mère-enfant »
- ✓ 16h15-16h45 : Présentation de l'ERTL4
- ✓ 16h45-17h00 : Post-test et évaluation de l'enseignement

### **3. Évaluations :**

- 1 grille d'évaluation en fin de module
- Pré-test et Post-test pour chaque module



## **ANNEXE 2 : Liste des objectifs pédagogiques de pédiatrie**

### **I. PRÉÉTABLIS EN 2009**

#### **Enfant de 0 à 2ans**

##### **Suivi du nouveau-né en sortie de maternité**

Mise en place de l'allaitement

Examen du 8<sup>o</sup> jour

##### **Suivi régulier par les examens systématiques :**

Examen staturo-pondéral,

Développement psychomoteur

Dépistage des troubles de la vision et de l'audition

Alimentation

Vaccinations

**Prise en charge des pathologies intercurrentes** (ORL, BP, dermato etc ...)

#### **Enfant 2 à 6ans**

##### **Suivi régulier :**

Développement staturo-pondéral

Alimentation

Vaccinations

Dépistage : - des troubles de l'audition de la vision

- des troubles squelettiques

- des troubles de l'adaptation et du comportement

Intégration au milieu scolaire et sportif

**Prise en charge des pathologies intercurrentes :** - infectieuses  
- Traumatologiques etc...

#### **Pré adolescence**

Suivi régulier /sport

Dépistage des troubles squelettiques et vision audition

Vaccinations

Éducation à la santé alimentation etc..

Dépistage et aide à la prise en charge des troubles psychologiques

## **II. Liste actualisée en 2013**

### **SAVOIR**

- 1 sur l'organisation de la consultation du nourrisson en médecine générale
- 2 sur les suppléments à donner aux nourrissons
- 3 à propos de l'apport lacté de la naissance à 4 mois
- 4 sur la diversification de l'alimentation du nourrisson
- 5 sur le dépistage de l'obésité
- 6 à propos des dermatoses des nourrissons
- 7 à propos de la prise en charge de la fièvre chez l'enfant
- 8 sur la prise en charge de l'OMA du jeune enfant
- 9 sur les étapes du développement psychomoteur du nourrisson
- 10 sur la prise en charge d'une situation de déshydratation

### **SAVOIR FAIRE**

- 11 prendre contact avec un enfant lors de la consultation
- 12 examen des tympans d'un nourrisson
- 13 la réalisation d'un strepto-test ou TDR
- 14 La réalisation des manœuvres cliniques de dépistage de la luxation de la hanche
- 15 à effectuer un examen ostéo-articulaire de dépistage chez un enfant
- 16 la réalisation d'un geste vaccinal chez un nourrisson
- 17 pratiquer l'examen de dépistage des troubles de la vision
- 18 pratiquer l'examen de dépistage des troubles de l'audition
- 19 l'utilisation d'une chambre d'inhalation
- 20 réaliser un examen urogénital

### **SAVOIR ETRE**

- 21 devant une dyspnée de l'enfant
- 22 devant un syndrome douloureux abdominal de l'enfant
- 23 devant un enfant agité et en pleurs  
devant des signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et
- 24 adolescent
- 25 pour expliquer à des parents que son enfant est en surpoids
- 26 pour annoncer à des parents que leur enfant est asthmatique
- 27 pour proposer à des parents l'hospitalisation d'un enfant
- 28 pour annoncer à des parents que leur enfant a besoin d'un suivi psychologique
- 29 pour gérer un refus de vaccination de la part des familles
- 30 pour gérer une situation de maltraitance suspectée



*Pratique clinique en pédiatrie des internes en médecine générale, lors du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie en cabinet de médecine générale, en Midi-Pyrénées*

Toulouse, le 05 mars 2013

---

Au vu du contexte démographique actuel, le futur médecin généraliste est un acteur incontournable dans la prise en charge de la santé des enfants. La création du stage de gynécologie-pédiatrie en ambulatoire cherche à les préparer au mieux à cet aspect de leur futur exercice. L'étude prospective a relevé 6966 motifs de consultation pédiatrique auxquels étaient confrontés les internes de Midi-Pyrénées effectuant ce stage, en cabinet de médecine générale, de novembre 2009 à Mai 2011. Tout d'abord, elle dresse un état des lieux sur la pratique des internes dans le domaine de la pédiatrie générale lors de ce stage. Celui-ci est très formateur à la prise en charge de la pathologie aiguë (68,6% des consultations) et aux consultations de dépistage-prévention (33,5%). L'interne est confronté aux pathologies chroniques (10,3%) et peu fréquemment, aux urgences pédiatriques, à la contraception et MST, à l'examen du nouveau-né, aux pathologies électives d'une tranche d'âge restreinte. Des lacunes apparaissent en termes de prise en charge des problématiques relationnelles intrafamiliales, des problématiques de l'adolescent, des troubles du développement, et des difficultés d'allaitement. Dans un second temps, nous proposons de dégager des pistes d'amélioration de la formation, en vue d'optimiser l'acquisition des compétences de l'interne au plus près des enjeux pédiatriques de son futur exercice.

---

**Discipline administrative :** MÉDECINE GÉNÉRALE

---

**Mots-clés :** Pédiatrie, Médecine générale, stages pratiques, enseignement, motifs de consultations

---

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

---

**Directeur de thèse :** BISMUTH Michel

---

*Clinical practice in pediatrics of interns during the pediatric internship at general practitioners in region of Midi-Pyrénées.*

Given the current demographic context, the future general practitioner is a key player in support of children's health. The creation of outpatient internship of gynecology-pediatric seeks to better prepare them for this aspect of their future practice. The prospective study identified 6966 reasons for pediatric consultation to which the interns of Midi-Pyrénées had been faced during this internship between November 2009 and May 2011. First of all it allows to draw up an inventory of the interns practice in the field of general pediatrics. This internship is very formative in terms of management of acute disease (68.6% of consultations) and preventing/screening consultations (33.5%). The intern is faced to the chronic pathologies (10,3 %) and little frequently, to the pediatric emergencies, to the contraception and to the STD, to the examination of the newborn child, to the elective pathologies of a restricted age bracket. Gaps appear in terms of care of the following problems : the intra-family relational problems, problems of the teenager, disorders of the development, and the difficulties of feeding. Secondly, we propose perspectives of improvement of the training, towards the themes to which the internal seems little or not confronted, but which covers a particular stake according to the literature. This to promote the acquisition of the skills in the field of the pediatrics which are very close to their future practice.