

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1021

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Mars 2015

par Guilhem POULAT

PRATIQUE CLINIQUE EN PÉDIATRIE DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE LORS DU STAGE AMBULATOIRE DE GYNÉCOLOGIE-PÉDIATRIE À LA PMI, EN MIDI-PYRÉNÉES

DIRECTEUR DE THÈSE :

Dr Michel BISMUTH

JURY :

Président M^f le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur M^f le Professeur Jean Pierre SALLES

Assesseur M^f le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur M^f le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur M^{me} le Docteur Leïla LATROUS

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

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

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

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

P.U. - P.H.

2ème classe

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

P.U.

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

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
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. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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

M.C.U. - P.H.

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

M.C.U. - P.H

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

M.C.U.

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

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie pour votre investissement dans la défense de la spécialité de Médecine Générale et la formation des internes.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre SALLES,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH,

Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir patiemment accompagné et guidé tout au long de sa rédaction.

A Madame le Docteur Leïla LATROUS,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

A ma famille,

Mes parents et ma sœur, pour votre soutien, vous avez toujours été là pour moi. Je me souviendrai longtemps de tous ces voyages ensemble autour du monde...

Mamé et Papé, tonton Didier, Romain et Caroline pour toutes ces vacances passées ensemble à Montagnac à visiter la région, « travailler » à la vigne, ramasser des fleurs et des asperges, se baigner, et inventer tout un tas de machines...

Robin, pour les activités sportives et festives à chacune de nos rencontres, mais aussi avec **Denys et tonton Michel**, pour les fameux repas familiaux sur Toulouse.

A Marion, pour ta relecture attentive mais surtout pour ton amour et ton soutien. Aux nombreux voyages, aventures et années à venir ensemble...

Aux amis,

Les « vieux » copains **Kevin, Line, Olivier**, on a grandi ensemble, nos chemins se sont parfois éloignés mais c'est toujours avec grand plaisir que je vous retrouve.

Aux copains de médecine : **Thomas et Simon** (« Los Tres Condores »), **Sylvain, Fabien, Anne, Maryse, Loic, Manue, Patrice**, toutes ces longues années d'études nous auront permis de profiter de belles soirées tous ensemble, de réaliser de grands films d'auteur salués par la critique, mais aussi de voyager. A nos voisins **Manon et Yannick** qui sont partis... plus loin !

A tous mes anciens **co-internes d'Auch**, notre premier semestre d'internat pour la plupart d'entre nous, tant d'histoires et de soirées inoubliables.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODE.....	7
I. Recueil des données	7
II. Synthèse et analyse des données.....	7
RESULTATS.....	9
I. Résultats généraux et caractéristiques de la population étudiée	9
A. Effectifs totaux par semestre.....	9
B. Répartition par tranche d'âge et par sexe	9
C. Résultats par champs d'activité.....	10
II. Détails des motifs de consultation par champs d'activité	11
A. Problématiques médicales.....	11
B. Dépistage et prévention	14
C. Administratif	15
D. Troubles de la relation mère-enfant	15
DISCUSSION	16
I. Forces de notre étude.....	16
II. Objectif principal : Spécificités de la pratique clinique des IMG lors du stage à la PMI.....	16
A. Un stage très formateur et complémentaire au stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire chez le généraliste concernant :.....	16
1. L'organisation des consultations et le « savoir être » avec les nourrissons.....	16
2. Les consultations de dépistage et de prévention.....	18
3. Les problématiques médicales aiguës.....	19
B. Un stage abondant :	20
1. Les troubles psycho-comportementaux.....	20

2.	Les troubles de la relation mère-enfant	22
3.	La prévention et protection de l'enfance	23
C.	Un stage confrontant peu les IMG aux :	25
1.	Soins aux nouveau-nés, conseils concernant l'allaitement, l'alimentation et le sommeil.....	25
2.	Problématiques médicales chroniques hors troubles psycho-comportementaux (Ostéo-Articulaires, Uro-génitales, Asthme, Obésité/Surpoids).....	26
3.	Adolescents et leurs problématiques	28
4.	Urgences pédiatriques.....	29
III.	Objectif secondaire : Pistes d'amélioration de la formation des IMG.....	30
IV.	Biais et limites de notre étude.....	32
	CONCLUSION	33
	BIBLIOGRAPHIE.....	35
	TABLEAUX ET ANNEXES.....	38

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

IMG	Interne de Médecine Générale
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DUMG-MP	Département Universitaire de Médecine Générale Midi-Pyrénées
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRIP	Cellule de Recueil d'Information Préoccupante
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
ENNS	Étude Nationale Nutrition Santé
ILMI	inégalités de longueur des membres inférieurs
CNOM	Conseil National de L'Ordre des Médecins
PNNS	Programme National Nutrition Santé
RÉPPOP	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
JOE	Journées d'éducation obésité

INTRODUCTION

En France, la prise en charge de premier recours des enfants de moins de 16 ans est actuellement conjointe entre médecins généralistes et pédiatres libéraux.

Bien que la natalité française soit florissante[1], la démographie médicale des pédiatres libéraux est en baisse[2][3], ce qui tend à les positionner vers le second recours[4].

Les médecins généralistes, qui sont déjà des acteurs incontournables de la prise en charge pédiatrique[5][6], seront donc amenés à en assurer une part de plus en plus importante.

Il apparaît donc nécessaire que lors de leur formation initiale les internes de médecine générale (IMG) soient formés à la prise en charge spécifique de cette population.

Or en 2007, 3 ans après la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, les IMG se sentaient insuffisamment préparés à la prise en charge pédiatrique[7].

Dans ce contexte, en 2009, en complément des stages hospitaliers de gynéco-pédiatrie, le Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (DUMG-MP) a mis en place des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie afin que les IMG puissent être formés au plus près de leur exercice futur.

Ces stages répondent à une liste d'objectifs pédagogiques et d'acquisition de compétences (annexe 1) définis conjointement entre le DUMG-MP, des pédiatres universitaires et des médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Suite à l'arrêté du 10 août 2010, ce type de stage s'est secondairement vu étendre à l'ensemble du territoire[8].

Concernant la pédiatrie, ces stages s'articulent autour d'un stage chez des médecins généralistes ayant une forte activité pédiatrique, et autour de stages dit « annexes » consistant principalement en des consultations à la PMI.

Ainsi au cours de l'année universitaire 2014-2015, 44 terrains de stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire, répartis dans la région Midi-Pyrénées, étaient ouverts au choix des IMG.

En complément de cette formation pratique, les IMG bénéficient d'un enseignement intégré théorique complémentaire et obligatoire (annexe 2).

Les deux seules études retrouvées relatives à l'évaluation de ces stages ambulatoires de gynéco-pédiatrie en Midi-Pyrénées ont été réalisées par Cynthia LAURENT[9] en 2013 et Benjamin PORTE-CAZAUX[10] en 2014.

Notre étude viendra en complément et se concentrera sur la pratique de l'IMG en stage dit « annexe » de gynéco-pédiatrie, à la PMI.

Les missions officielles de protection et promotion de la santé maternelle et infantile de la PMI définies par le code de santé publique[11][12] comprennent différentes mesures en faveur des futurs parents et des enfants de moins de 6 ans, notamment :

- prévention médicale, psychologique, sociale et éducation pour la santé
- prévention et dépistage des handicaps des enfants
- accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies
- participation aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être

Ces stages devraient donc confronter l'IMG à une pratique complémentaire à celle du cabinet de médecine générale.

Afin d'analyser la pratique clinique des IMG lors du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie à la PMI, nous avons réalisé une étude prospective observationnelle des motifs de consultations pédiatriques vus par les IMG. Nous avons ensuite comparé nos résultats à la littérature et à ceux de Cynthia LAURENT[9], qui s'intéresse au stage de gynéco-pédiatrie en cabinet de médecine générale.

Enfin nous avons comparé ces résultats aux objectifs pédagogiques et d'acquisition de compétences (annexe 1) initialement définis par le DUMG-MP, afin de mettre en lumière les problématiques auxquelles l'IMG est confronté durant le stage en PMI et celles où il est peu ou pas confronté.

Ces résultats pourront permettre une évolution et une adaptation de ces terrains de stages et de l'enseignement théorique.

L'objectif principal de notre étude est donc de définir les spécificités de la pratique clinique des IMG lors du stage à la PMI, comparativement à celles rencontrées en stage de gynéco-pédiatrie libérale chez le médecin généraliste, afin de déterminer dans quelle mesure le

stage à la PMI permet de répondre aux objectifs pédagogiques et d'acquisition de compétences du DUMG-MP en pédiatrie.

En fonction de ces résultats, l'objectif secondaire sera de définir des pistes d'améliorations des stages annexes de gynéco-pédiatrie et de l'enseignement.

MATERIEL ET METHODE

I. Recueil des données

Une grille de recueil de données (annexe 3), établie conjointement entre le DUMG-MP et les médecins de PMI, a été remise aux IMG de Midi-Pyrénées en stage ambulatoire de gynécopédiatrie.

L'IMG a été formé au recueil de données, à partir de cette grille qui comportait :

- la date
- l'âge
- le sexe
- le motif de consultation principal
- le motif de consultation secondaire s'il y en avait un

L'IMG devait ensuite, pour chaque consultation, préciser le ou les champs d'activité concernés :

- pathologie aiguë
- pathologie chronique
- consultation de dépistage
- consultation de prévention
- motif administratif
- trouble de la relation mère/enfant

II. Synthèse et analyse des données

Toutes les données ont été synthétisées dans un tableau Excel.

Les données ne précisant pas l'âge, le sexe ou le motif de consultation ont été écartées.

Pour permettre leur analyse et leur comparaison avec les données de la thèse de Cynthia LAURENT[9] nous avons repris la même classification par tranche d'âge : chaque consultation a été ventilée en fonction des trois classes d'âge retrouvées dans les relevés individuels d'activité et de prescriptions (RIAP) envoyés trimestriellement aux médecins généralistes par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) :

- 0-2 ans (nourrissons)

- 2-6 ans (petite enfance)
- 6-16 ans (âge scolaire)

La population de PMI étant âgée de moins de 6 ans, nous n'avons pas retenu les sous classes d'âge utilisées par Cynthia LAURENT chez les 6-16 ans pour faire apparaître les motifs de consultation spécifiques aux adolescents.

Par contre, afin de faire apparaître les spécificités des motifs de consultations des nouveau-nés, nous avons distingué les mêmes sous classes d'âge supplémentaires chez les 0-2 ans : 0-1 mois et 0-3 mois.

Chaque motif de consultation a ensuite été regroupé par domaine :

- pathologie aiguë ou chronique
- prévention ou dépistage
- administratifs
- trouble relationnel

Les résultats ont été présentés en pourcentage d'activité, défini par la fréquence de survenue d'un motif pour cent consultations.

RESULTATS

I. Résultats généraux et caractéristiques de la population étudiée

Nous avons inclus 614 patients, sur 12 terrains de stage différents répartis sur Midi-Pyrénées. 9 consultations ont été écartées préalablement, car elles ne comprenaient pas l'âge ou le motif de consultation.

A. Effectifs totaux par semestre

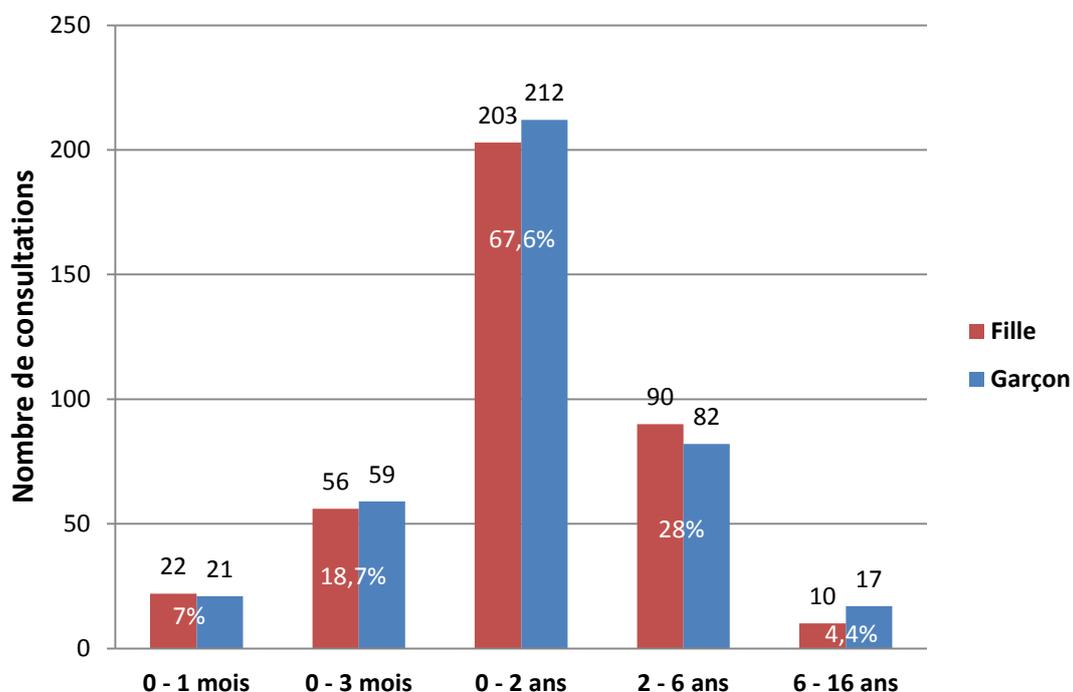
Tableau 1 : Répartition des effectifs par semestre

	Novembre 2010 - Mai 2011	Novembre 2011 - Mai 2012	Sur l'ensemble de l'étude
Nombre de consultations	46	568	614
Nombre de motifs de consultation	56	738	794
Répartition des motifs de consultation	7%	92,9%	100%
Nombre de terrains de stage	1	11	12

B. Répartition par tranche d'âge et par sexe

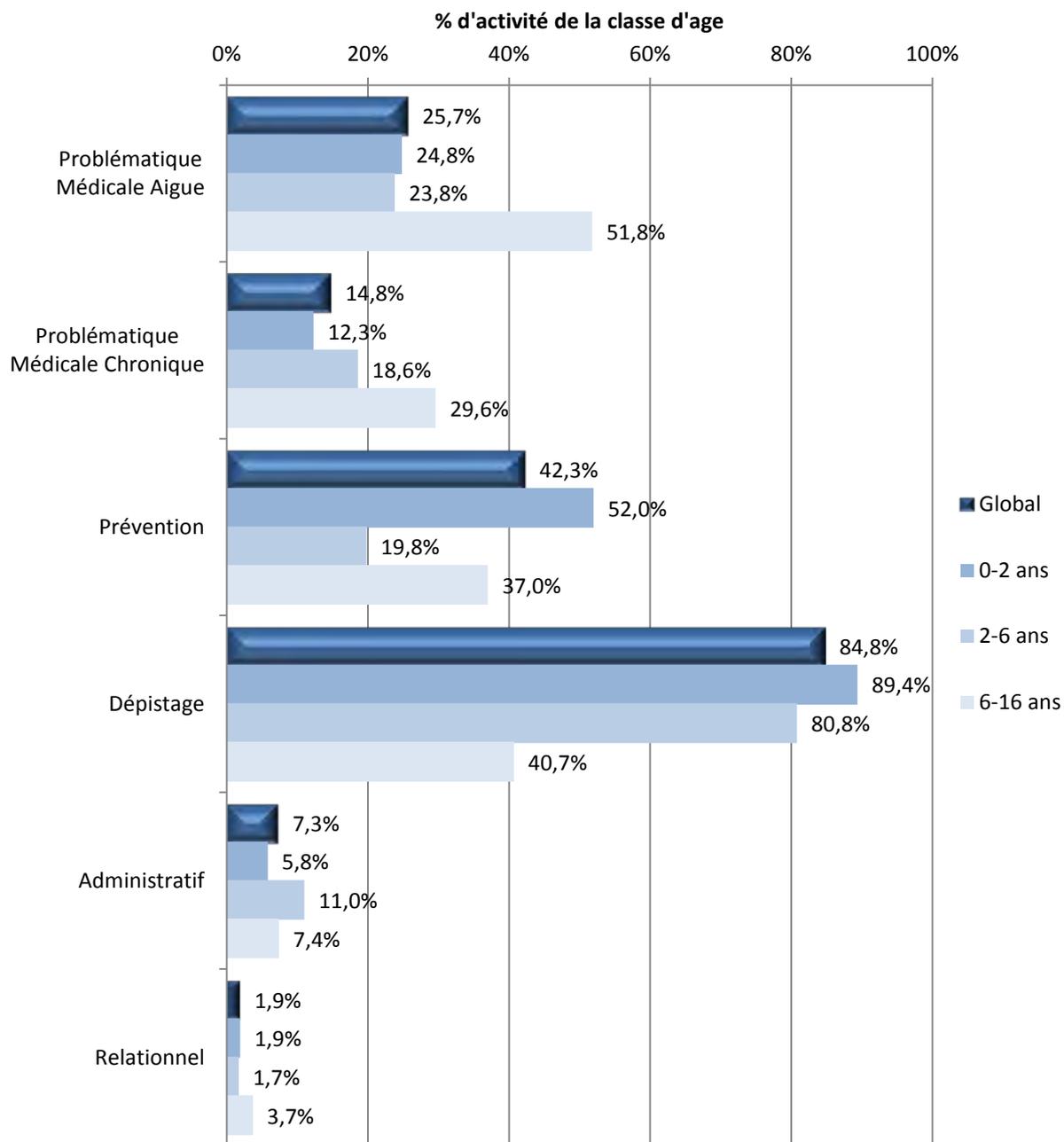
Agés extrêmes : 9 jours – 16 ans

Figure 1 : Répartition des consultations par classe d'âge et sexe



C. Résultats par champs d'activité

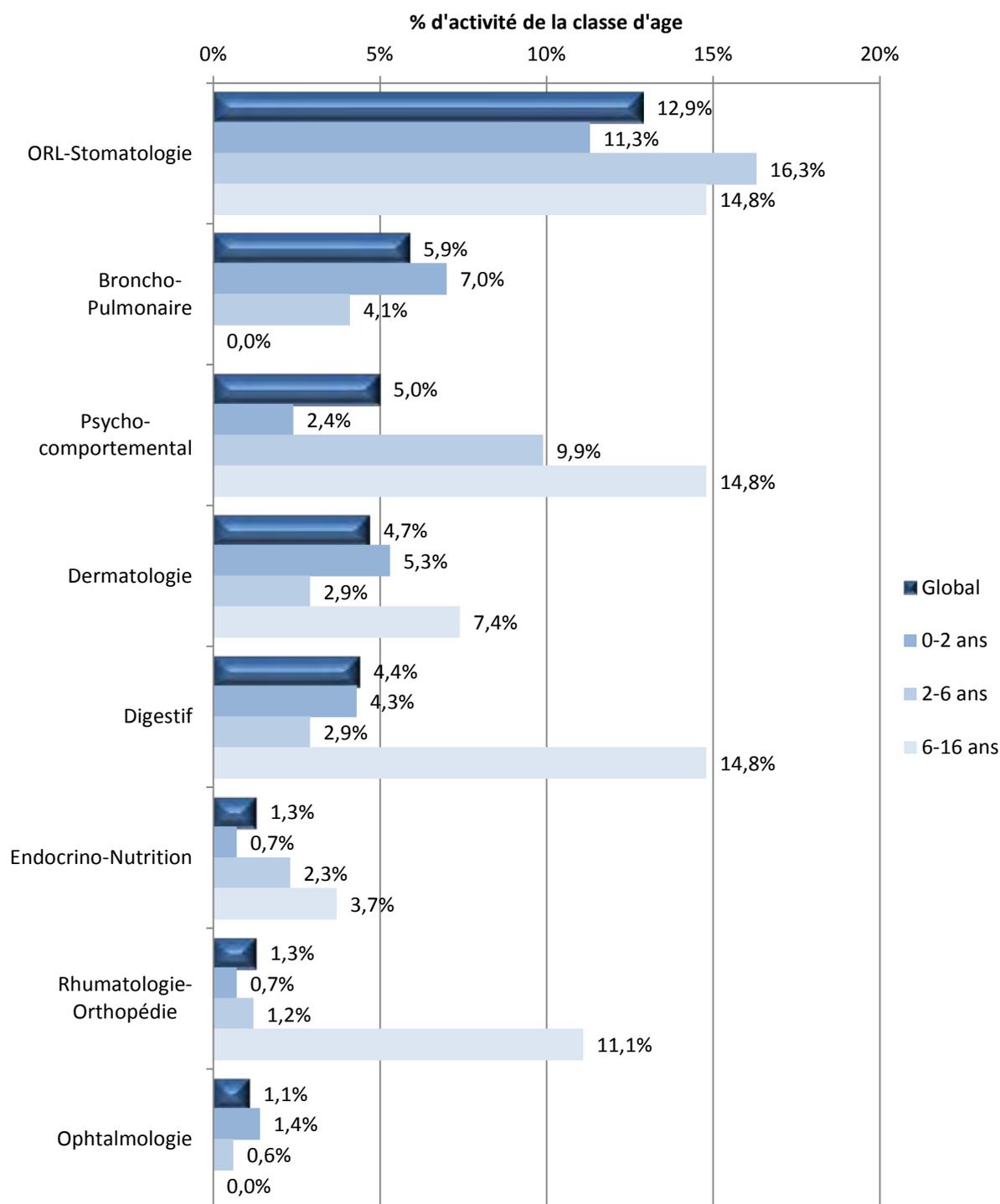
Figure 2 : % de l'activité générale par champ d'activité et classe d'âge (données issues du tableau 2 en annexe 4)



II. Détails des motifs de consultation par champs d'activité

A. Problématiques médicales

Figure 3 : % de l'activité générale pour chaque problématique médicale et par classe d'âge (données issues du tableau 3 en annexe 4)

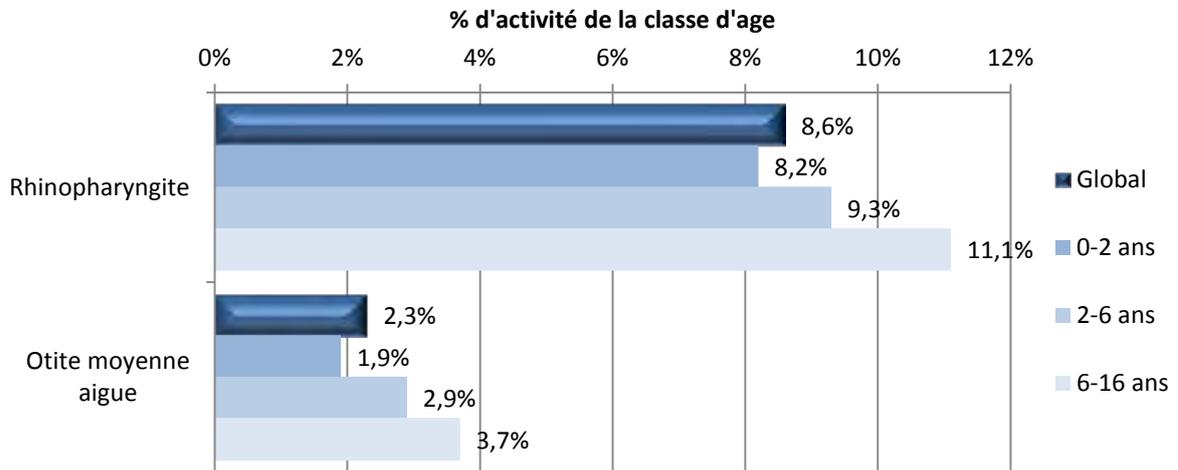


Accident Domestique, Uro-Néphrologie, Fièvre isolée, Neurologie, Allergie, Malaise, Cardiologie, Lympho-Hématopoïétique < 1%

Détail des problématiques médicales

▪ ORL-Stomatologie

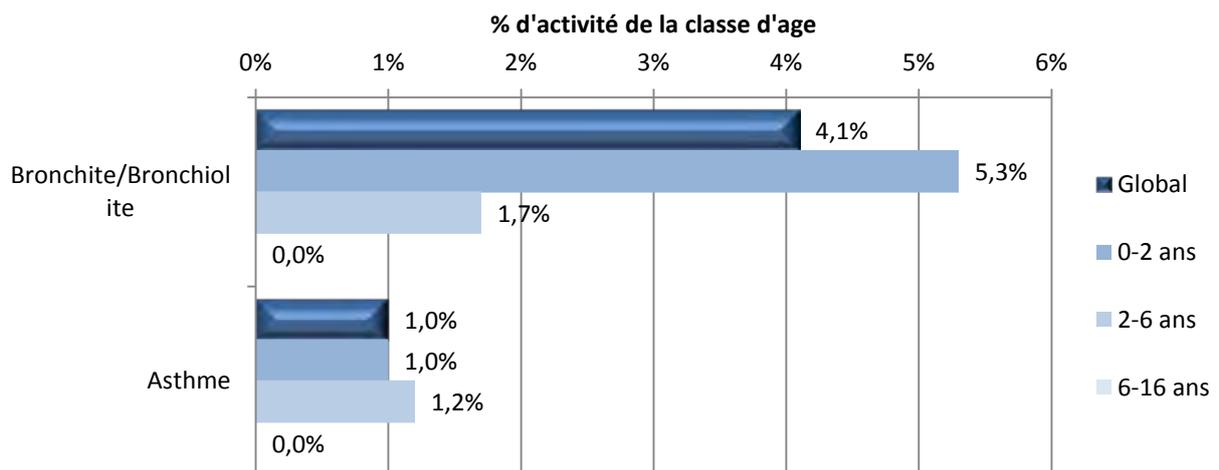
Figure 4 : % de l'activité générale par classe d'âge (données issues du tableau 4 en annexe 4)



Bouchon de cérumen, Poussée dentaire, Muguet Buccal, Laryngite, Aphtose, Troubles auditifs, Ablation Végétations <1%

▪ Broncho-Pulmonaire

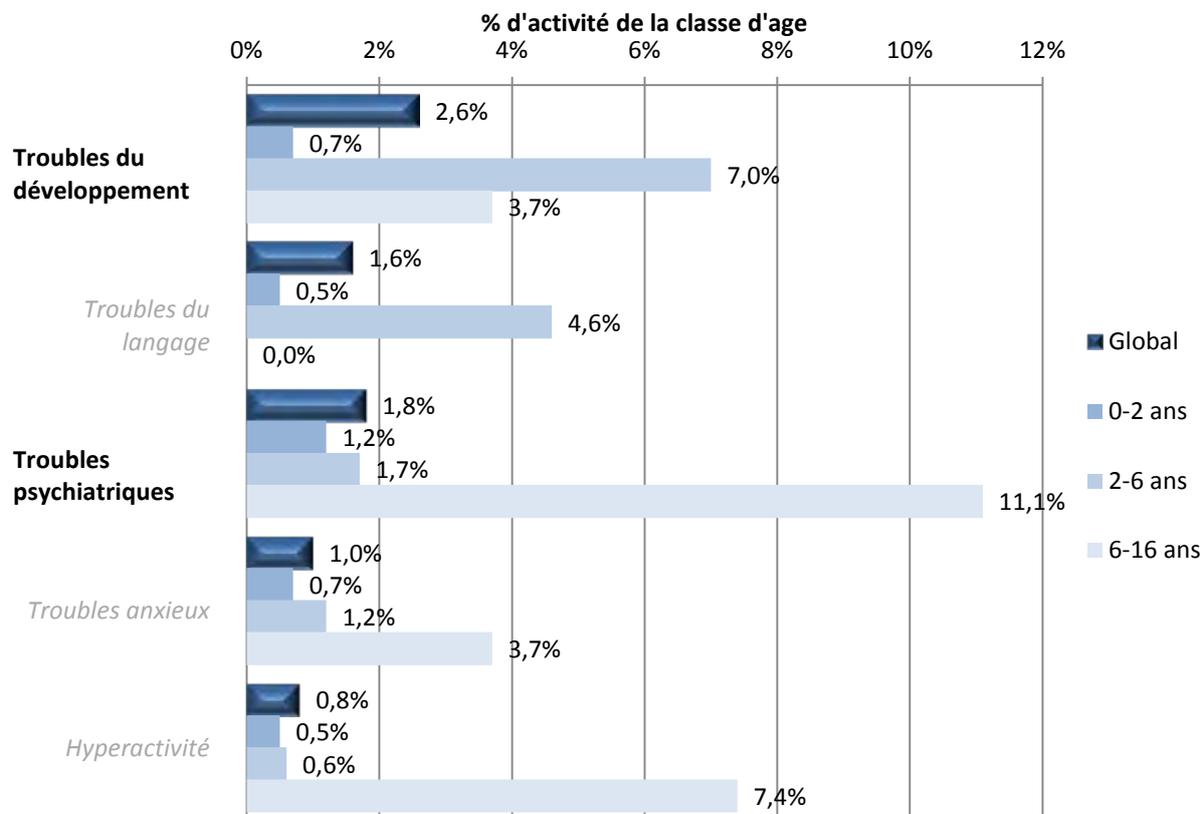
Figure 5 : % de l'activité générale par classe d'âge (données issues du tableau 5 en annexe 4)



Toux, Autre trouble respiratoire <1%

▪ **Psycho-comportemental**

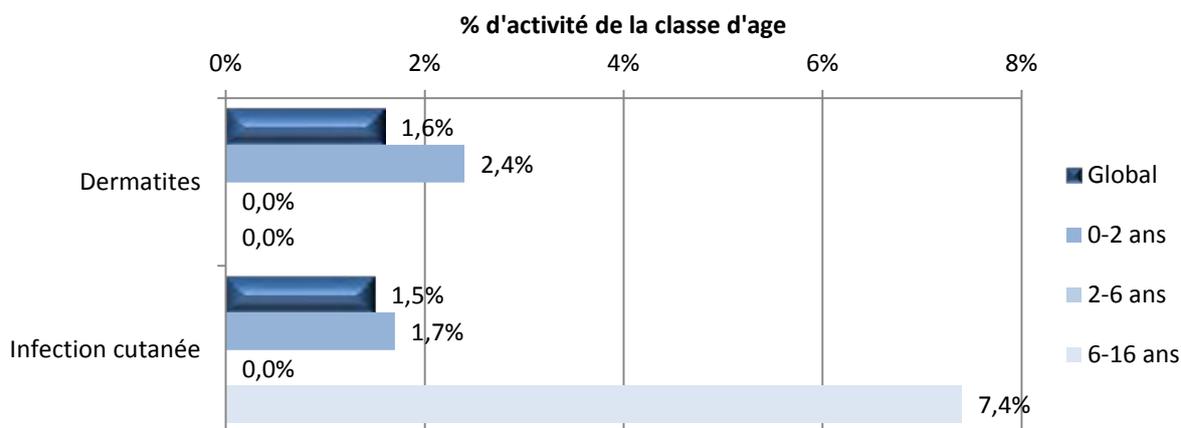
Figure 6 : % de l'activité générale par classe d'âge (données issues du tableau 6 en annexe 4)



Trouble du sommeil <1%

▪ **Dermatologie**

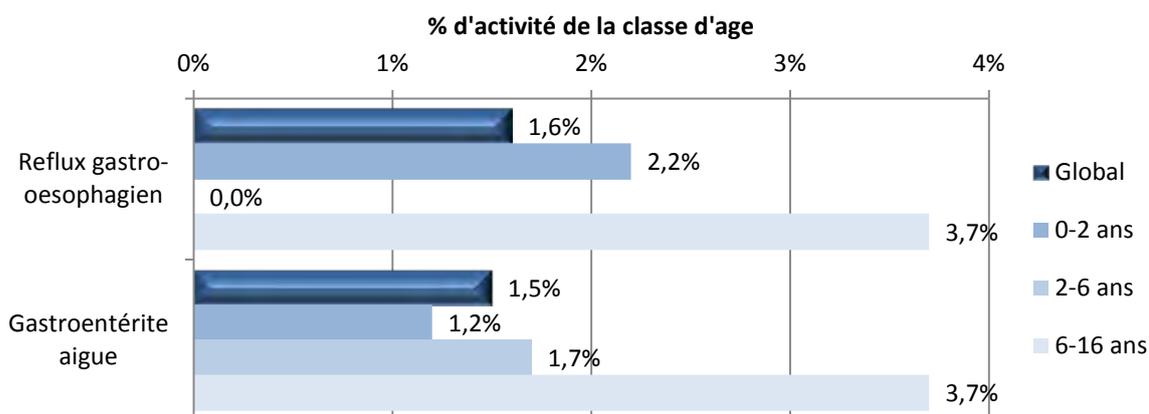
Figure 7 : % de l'activité générale par classe d'âge (données issues du tableau 7 en annexe 4)



Maladie éruptive, Xérose cutanée, Prurit, Piqure d'insecte, Angiome, Molluscum, Lésion indéterminée <1%

- **Digestif**

Figure 8 : % de l'activité générale par classe d'âge (données issues du tableau 8 en annexe 4)



Constipation, Douleur abdominale, Oxyurose, Hernie ombilicale <1%

- **Autres problématiques médicales notables** retrouvées dans une fourchette supérieure à 1% (données issues des tableaux 9, 10, 11 en annexe 4) :

- Surpoids/ obésité
 - 1,7% de l'activité chez les 2-6 ans
- Troubles statiques/posture
 - 1,2% de l'activité chez les 2-6 ans
 - 7,4% de l'activité chez les 6-16 ans
- Conjonctivites
 - 2,3% de l'activité chez les 0-1 mois

B. Dépistage et prévention

Figure 9 : % de l'activité générale par classe d'âge (données issues du tableau 12 en annexe 4)

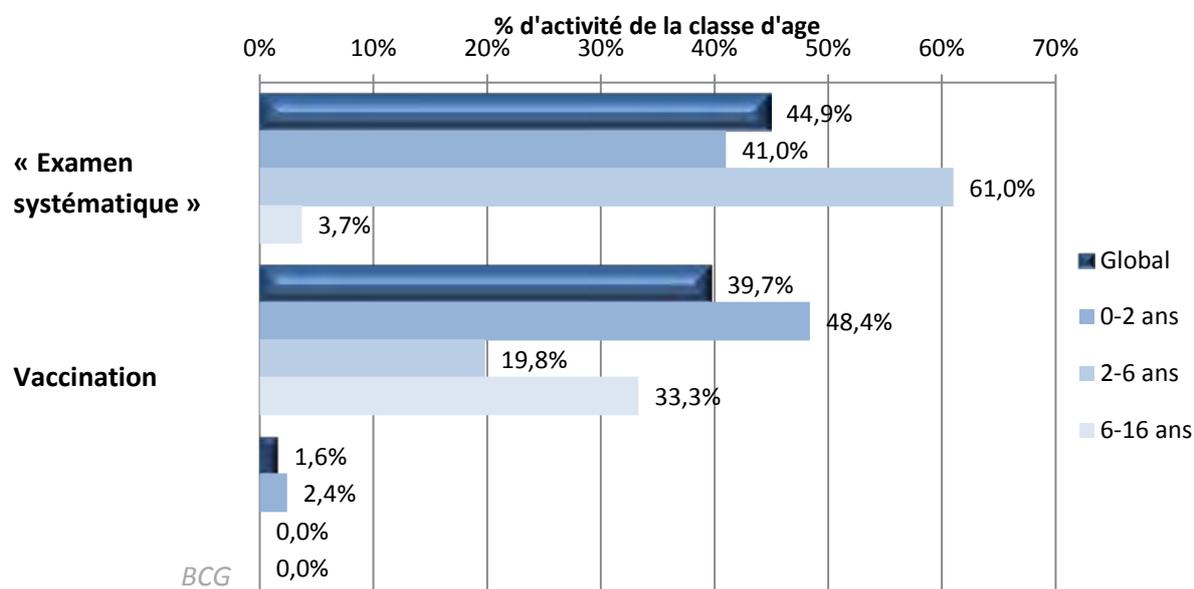
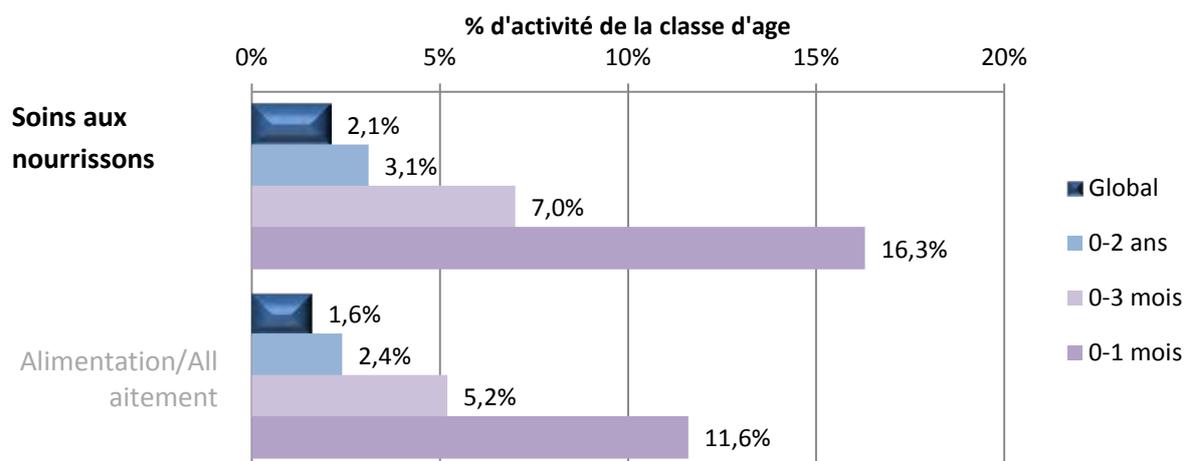
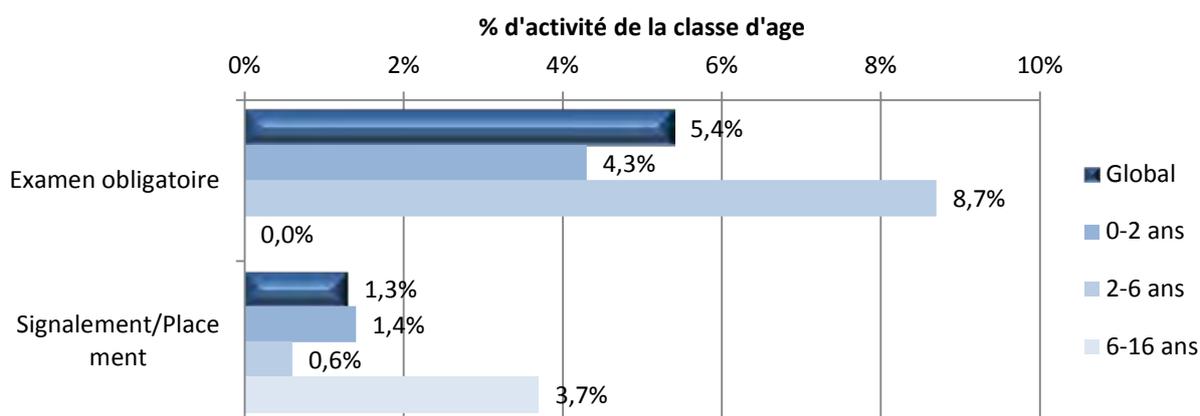


Figure 10 : % de l'activité générale par classe et sous classe d'âge (données issues du tableau 12 en annexe 4)



C. Administratif

Figure 11 : % de l'activité générale par classe d'âge (données issues du tableau 13 en annexe 4)



Demande d'asile, projet d'accueil personnalisé, certification assistante maternelle, certificat de sport <1%

D. Troubles de la relation mère-enfant

Les troubles de la relation mère-enfant sont par nature très divers et aucun trouble ne se distingue notablement : conflit familial, anxiété de la mère, angoisse de séparation, trouble d'autorité (tableau 14 en annexe 4).

DISCUSSION

I. Forces de notre étude

Notre étude est originale, car à notre connaissance, il n'existe aucune étude publiée analysant la pratique des IMG en PMI au cours de leur formation en « stages annexes » de gynécologie-pédiatrie ambulatoire en Midi-Pyrénées et plus largement en France.

Elle présente une certaine puissance du fait du nombre important de motifs de consultation recueillis (n=794) et de la diversité géographique des lieux de recueil (12 terrains de stage différents en Midi-Pyrénées).

Le très faible nombre de consultation écartées de l'étude (n=9, 1,4%), du fait d'un recueil de données incomplet, n'a pas modifié de manière significative nos résultats.

Du fait de l'utilisation de la même grille de recueil de données et de l'utilisation des mêmes modalités d'analyse, nos résultats sont complémentaires et ont pu directement être mis en perspective avec ceux issus de la thèse de doctorat de médecine générale de Cynthia LAURENT, soutenue le 5 mars 2013, qui étudiait la pratique des IMG au cours de leur formation en stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire au cabinet du médecin généraliste[9].

II. Objectif principal : Spécificités de la pratique clinique des IMG lors du stage à la PMI

A. Un stage très formateur et complémentaire au stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire chez le généraliste concernant :

1. L'organisation des consultations et le « savoir être » avec les nourrissons

En plus des connaissances théoriques, les consultations de nourrisson réclament une organisation et un « savoir être » spécifique.

Lors d'une consultation pédiatrique, la compréhension de la relation tripartite mère-enfant-médecin est fondamentale. L'histoire et le vécu du patient sont rapportés par une tierce personne qui la décode et l'interprète. Pour les parents, la maladie de l'enfant peut être très anxiogène et ils peuvent être partagés entre le désir de soigner leur enfant et celui de le « protéger » contre l'agression médicale. Cela peut se traduire par une agressivité des parents vis-à-vis du médecin que l'IMG doit comprendre, prendre en compte et apprendre à désamorcer. Pour cela il faut bien identifier en début de consultation chaque personne présente et en particulier ceux qui ont l'autorité parentale afin de prendre en charge, expliquer et rassurer à la fois l'enfant mais aussi ses parents. Par ailleurs durant la consultation il est important de toujours laisser le jeune enfant au contact direct de ses parents et veiller à ne pas être trop intrusif en prenant le temps de prendre contact.

Si les compétences d'organisation sont décrites par l'IMG comme acquises à la fin de son stage de gynéco-pédiatrie libérale, le « savoir être » fait partie des compétences que celui-ci a des difficultés à acquérir [10].

Or de notre point de vue les conditions du stage à la PMI permettent à l'IMG d'acquérir l'expérience nécessaire à l'acquisition de ces 2 compétences car :

- Il confronte l'IMG à une population très jeune de nourrissons et de nouveau-nés. Or plus les enfants sont jeunes, plus les consultations diffèrent des consultations « adultes » et requièrent ces compétences d'organisation et de « savoir être » spécifiques. En comparaison l'IMG en stage chez le médecin généraliste voit des enfants plus âgés[9].
- Il permet à l'IMG d'avoir une vision de l'enfant globale et pluridisciplinaire différente de celle abordée en médecine générale. L'intervention de plusieurs professionnels (médecin, puéricultrice, psychologue, assistante sociale...) lors de la prise en charge de l'enfant permet la transmission par chacun des intervenants d'une partie de ses « techniques » et compétences personnelles.

- Il permet à l'IMG de se concentrer plus facilement sur l'apprentissage des compétences qui lui font défaut car chaque enfant bénéficie systématiquement d'un examen clinique complet détaché des contraintes de diagnostic. Cela est permis par un temps de consultation généralement plus long qu'en médecine générale et focalisé spécifiquement sur le dépistage et la prévention.

2. Les consultations de dépistage et de prévention

Le stage à la PMI est un élément majeur de la formation des IMG aux consultations de dépistage et de prévention. Il vient renforcer la formation acquise en stage chez le médecin généraliste (87,3% de l'activité totale dans notre étude contre 33% chez le généraliste[9]).

Les consultations de dépistage et de prévention représentent une part importante de la médecine pédiatrique. En effet le suivi des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans est ponctué de 20 consultations obligatoires pouvant être assurées indifféremment par un médecin généraliste, un pédiatre ou un médecin de PMI[13]. Les examens obligatoires du 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois requièrent la rédaction d'un certificat à visé épidémiologique et de santé publique. A ces consultations obligatoires se rajoutent des consultations de prévention/dépistage non orientées et spontanées.

Ces examens stéréotypés comprennent systématiquement une évaluation de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant, de son alimentation, ainsi que différents examens de dépistage en particulier ostéo-articulaire, uro-génital et sensoriel.

Dans notre étude ces « examens systématiques » ainsi que la vaccination représentent la quasi-totalité (97,6%) de l'activité de dépistage et de prévention.

Ces résultats sont en harmonie avec le travail de thèse de Ysolde ESTRAN, qui analyse l'activité de consultation des PMI de Haute-Garonne en 2006[14], et avec les missions officielles de dépistage et prévention de la PMI [11].

Ainsi le stage à la PMI participe à répondre à plusieurs objectifs pédagogiques et d'acquisition de compétences du DUMG-MP comme par exemple :

- L'examen du développement staturo-pondéral et psychomoteur des nouveau-nés et des nourrissons
- Le dépistage des troubles ostéo-articulaires, uro-génitaux et sensoriels
- Le calendrier vaccinal et l'acte vaccinal (techniques de vaccination, mise en condition et relationnel avec le nourrisson).

Le cas de la vaccination par le BCG

L'interne en stage à la PMI est régulièrement confronté à la vaccination par le BCG et à la technique d'injection intradermique chez le nourrisson (4,1% de l'ensemble des vaccinations), ce qui est un bon complément à sa formation aux gestes techniques.

La vaccination par le BCG (ou l'IDR) requiert une technique d'injection particulière, que le médecin généraliste est parfois amené à pratiquer. D'ailleurs le comité technique des vaccinations et le conseil supérieur d'hygiène publique de France, dans leur rapport du 30 septembre 2005[15], recommandent que l'étudiant en médecine connaisse et soit formé à pratiquer correctement ce type d'injection.

La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire en France depuis 2007. Elle reste recommandée dans certains groupes à risque[16] que l'on retrouve en partie dans la population des enfants suivis en PMI (nouveau-nés, milieux socio-économiques défavorisés, parents immigrés)[14][17]. Cela permet de confronter l'IMG à ce motif de consultation peu fréquent en consultation classique de médecine générale.

3. Les problématiques médicales aiguës

Bien que cela ne fasse pas partie des missions officielles de la PMI, le stage à la PMI participe à renforcer la formation aux problématiques médicales aiguës déjà acquise en stage chez le médecin généraliste[9].

Dans notre étude les pathologies médicales aiguës représentent 25,7% de l'activité et sont le 2^{ème} champ d'activité de l'IMG après la prévention et le dépistage. Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans le travail de thèse de Ysolde ESTRAN qui analyse l'activité de consultation des PMI de Haute-Garonne en 2006[14].

En stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire chez le médecin généraliste, elles représentent 68,58% de l'activité[9] et comme dans notre étude se concentrent sur un nombre restreint de pathologies infectieuses aiguës (ORL, broncho-pulmonaires, dermatologiques et digestives).

D'ailleurs ces mêmes pathologies infectieuses aiguës représentent une part importante de l'activité des médecins généralistes français[18][19] où elles représentent le premier motif de consultation avec plus de 40% de l'activité chez les 2-9 ans. Cela témoigne de la pertinence de la formation délivrée aux IMG par ce type de stage ambulatoire par rapport à leur exercice futur de médecine générale.

B. Un stage abondant :

1. Les troubles psycho-comportementaux

Notre travail montre que l'IMG en stage à la PMI est peu confronté aux troubles psycho-comportementaux (5% de l'activité générale) par rapport à l'incidence de ces pathologies dans la population pédiatrique française. Toutefois ils sont deux fois plus fréquemment rencontrés que durant le stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire chez le médecin généraliste[9].

On distingue deux catégories de troubles psycho-comportementaux :

Les troubles du développement psychomoteur

Dans notre étude, bien que les troubles du développement ne représentent que 2,6% de l'activité générale, ils sont plus fréquemment rencontrés qu'en stage chez le médecin généraliste et en pratique de médecine générale où aucun de ces troubles ne dépasse 1% de l'activité dans les classes d'âge pédiatrique[9][18].

En 2005, dans ses propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans[20], l'HAS dresse un état des lieux des différents troubles du développement. Ainsi en France, entre 3,6 et 17,3 % des enfants présenteraient un trouble du langage écrit ou oral et au moins 3 % des enfants seraient porteurs d'un trouble du développement psychomoteur lié à un retard mental.

Le dépistage des troubles psychomoteurs étant au centre des missions de dépistage de la PMI, on peut s'étonner de ne pas retrouver plus d'enfants concernés dans notre étude. Toutefois notre population est majoritairement âgée de moins de 2 ans et à cet âge tous les éléments du développement psychomoteur et du langage ne sont pas encore physiologiquement acquis.

Cela explique que ces motifs de consultation apparaissent peu fréquents dans notre étude en population globale. On notera toutefois qu'ils représentent jusqu'à 7% de l'activité dans la classe d'âge des 2-6 ans.

Les troubles psychiatriques

Bien que les troubles psychiatriques ne représentent que 1,8% de l'activité générale dans notre étude, ils sont rencontrés plus fréquemment qu'en stage chez le médecin généraliste et en pratique de médecine générale où aucun de ces troubles ne dépasse 1% de l'activité dans les classes d'âge pédiatrique[9][18].

Selon le rapport de l'INSERM : Santé de l'enfant, Propositions pour un meilleur suivi de 2009[21], en France, un enfant sur huit souffrirait de troubles mentaux communs (autisme, hyperactivité, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de l'humeur, anxiété, anorexie, boulimie ou schizophrénie).

Habituellement, la plupart des troubles psychiatriques ne s'expriment et ne se dépistent qu'à partir de l'âge de 5-7 ans[21]. Notre population étant majoritairement âgée de moins de 2 ans, ces motifs de consultation apparaissent peu fréquents dans notre étude en population globale. On notera toutefois qu'ils représentent jusqu'à 11,1% de l'activité des 6-16 ans.

Ainsi le stage à la PMI, en confrontant l'IMG à ces troubles psycho-comportementaux, permet de répondre en partie aux objectifs de formation du DUMG-MP.

Cependant, d'après le travail de thèse de Benjamin PORTE CAZEAUX[10], en fin de stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire, les IMG se sentent insuffisamment préparés à la gestion de ces troubles. De la même façon, le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015[22] fait état d'un déficit de formation des médecins généralistes concernant ce sujet mais souligne aussi leur rôle central dans la prise en charge précoce de ces troubles.

Ainsi de notre point de vue, il semble nécessaire de développer d'autres voies de formation au cours du cursus des IMG que nous aborderons dans la seconde partie de notre travail.

2. Les troubles de la relation mère-enfant

Bien que l'IMG en stage à la PMI soit peu confronté au dépistage et à la prise en charge des troubles de la relation précoce mère-enfant (1,9% de l'activité générale), il restent plus fréquemment rencontrés qu'en stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire chez le généraliste (1,34% de l'activité générale)[9].

Les troubles de la relation mère-enfant rassemblent de nombreux motifs de consultations transversaux à la frontière du médical et du social et recouvrent différents tableaux (trouble psychiatrique parental, conduite addictive, dysfonctionnement de la maternité, maltraitance). Un des troubles les plus fréquents est la dépression du post-partum qui touche jusqu'à 20% des femmes ayant accouché[23]. Selon l'observatoire de médecine générale, la dépression du post-partum et les troubles de la relation précoce mère-enfant ne sont quasiment pas retrouvés en pratique de médecine générale[18].

La PMI ayant pour mission l'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, on aurait pu s'attendre à ce que le stage à la PMI confronte plus l'interne à ces problèmes. D'ailleurs le travail de thèse de Ysolde ESTRAN qui analyse l'activité des PMI de Haute-Garonne en 2006 retrouve des chiffres allant jusqu'à 21,6% concernant le soutien à la parentalité[14].

Nous expliquons la faible fréquence des troubles de la relation mère-enfant dans notre étude par :

- la présence de l'interne qui pourrait freiner l'expression par les patients de ces problématiques sensibles.
- le fait que notre étude cible les enfants. Ainsi les troubles de la relation mère-enfant qui ont des origines plutôt parentales ont pu être écartés du recueil de données, étant considérés comme « d'origine maternelle » et non pédiatrique.

D'après le travail de thèse de Benjamin PORTE CAZEAUX[10], en fin de stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire, les IMG se sentent insuffisamment préparés à la gestion de ces troubles.

Pourtant, le médecin généraliste, de par sa position privilégiée au carrefour du médical et du social, doit être capable de dépister les signes d'alarme qui nécessitent une prise en charge orientée, précoce et globale des familles en difficultés.

Ainsi nous proposerons des pistes d'amélioration de l'enseignement dans la deuxième partie de notre travail.

3. La prévention et protection de l'enfance

Bien que l'IMG en stage à la PMI soit peu confronté à cette problématique (1,3% de l'activité générale) nos résultats rejoignent la fréquence de ces actions en France (selon l'ONED en 2010 1,9% d'enfants entre 0 et 18 ans bénéficient d'une prise en charge en protection de l'enfance[24]).

On notera que ces actions de prévention et protection de l'enfance ne sont quasiment pas rencontrés par l'IMG en stage chez le médecin généraliste (0,13%)[9] et en pratique de médecine générale[18].

Nos résultats sont donc cohérents avec les missions de la PMI qui «doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être»[11].

Toutefois en 2011, Anne TURSZ, dans un article de l'IRéSP[25], évoquait plutôt un taux de 10% de maltraitance comparable aux autres « pays occidentaux à haut revenus ». Pour

expliquer cette différence elle incriminait le manque de littérature française et la difficulté d'évaluation liée aux limites imprécises de certaines maltraitances dont la définition a été élargie depuis la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007[26]

En tant qu'acteurs de la protection de l'enfance, les médecins généralistes peuvent utiliser deux sortes d'outils pour signaler une situation de maltraitance :

- Signalement judiciaire auprès du procureur de la république en cas de « danger avéré », par tout moyen à disposition (téléphone, fax) en cas d'urgence puis secondairement confirmé par un certificat écrit, daté et signé.
- Transmission d'une « Situation Préoccupante » auprès de la cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP) si la situation n'est pas aussi urgente et certaine. La CRIP coordonnera les différents acteurs de protection de l'enfance (PMI et Aide Sociale à l'Enfance), elle évaluera la situation, et décidera si nécessaire de prévenir le procureur de la république.

Il est important de rappeler que le Code pénal (article 226-14) et le code de déontologie (article 44) donnent au praticien la possibilité de lever le secret médical dans ces circonstances de maltraitances sur mineurs.

Toutefois ces signalements ou situations préoccupantes sont parfois complexes à déclencher pour un médecin généraliste isolé. Ainsi selon la situation, il est préconisé d'adresser l'enfant aux Urgences pour le motif médical qui a motivé la consultation. En l'absence de la famille, le médecin généraliste peut appeler l'urgentiste pour lui faire part de sa suspicion de maltraitance. L'enfant sera alors pris en charge par une équipe pluridisciplinaire formée, dans une structure adaptée[27].

Comme nous venons de le voir, la maltraitance semble loin d'être marginale et le système de santé français a des difficultés à faire face à cette problématique. La PMI pâtit des mêmes difficultés, elle y tient malgré tout une place centrale, et reste donc un acteur incontournable à la formation des IMG.

Toutefois le travail de thèse de Benjamin PORTE CAZEAUX[10] montre qu'à l'issue de leurs stages de gynécologie-pédiatrie ambulatoire les IMG se sentent insuffisamment préparés à gérer les cas de suspicions de maltraitance.

Ainsi il semble nécessaire de renforcer la formation des IMG à ces situations complexes et nous proposerons des pistes d'amélioration de l'enseignement dans la seconde partie de notre travail.

C. Un stage confrontant peu les IMG aux :

1. Soins aux nouveau-nés, conseils concernant l'allaitement, l'alimentation et le sommeil

De façon surprenante l'IMG en stage à la PMI est peu confronté à ces motifs de consultation (2,1% de l'activité globale). Ces résultats sont inférieurs à ceux relevés par l'interne en stage de gynéco/pédiatrie ambulatoire chez le généraliste (3,80%)[9] qui sont déjà faibles.

Toutefois ces résultats sont probablement sous-estimés et ne sont pas représentatifs de la formation de l'IMG à la PMI, car liés à des biais dans la structuration de notre étude et la grille de recueil de données.

Notre population étant majoritairement très jeune avec une forte proportion d'enfants de moins de 3 mois (18,7%) (contre 9,7% en stage chez le médecin généraliste[9]) pouvant bénéficier de ces soins et conseils, nous aurions pu nous attendre à retrouver une activité plus importante concernant ces motifs de consultation qui sont au cœur des missions de la PMI. D'ailleurs si on se concentre sur les sous classes d'âge 0-3 mois et 0-1 mois, ces motifs de consultations deviennent plus fréquents avec respectivement 7% et 16,3% de l'activité mais restent inférieurs à ceux retrouvés dans le travail de thèse de Ysolde ESTRAN[14] qui analyse l'activité des PMI en Haute-Garonne en 2006 (alimentation et allaitement 67,8% des consultations, sommeil 24,9%).

Cette faible représentation peut être expliquée par deux raisons :

- De multiples professionnels interviennent dans la prise en charge des enfants en PMI. En dehors des situations pathologiques, les puéricultrices et sages-femmes assurent les conseils et soins concernant l'alimentation, l'allaitement et le sommeil. Or seules les consultations avec le médecin ont été recueillies lors de notre étude. Nos résultats ne présument donc que de l'activité de consultation médicale et non de l'activité globale de l'interne en stage à la PMI en particulier avec d'autres intervenants paramédicaux.
- Lors du remplissage des grilles de recueil de données, les actes et le contenu précis des consultations n'était pas spécifié. Les conseils et soins du nouveau-né tels que l'allaitement, l'alimentation et le sommeil intégrés à la consultation ont pu être synthétisés dans des termes génériques tels que : « examen systématique », examen PMI, suivi PMI...
Notre étude ne permet donc pas une analyse qualitative précise des contenus de consultations de dépistage et prévention.

D'ailleurs le travail de thèse de Benjamin PORTE CAZEAUX[10] montre que ces connaissances peu acquises par les IMG avant leur stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie sont décrites comme acquises en fin de stage. Cela témoigne que nos résultats ne sont pas représentatifs et que ces problématiques doivent être bien plus fréquemment rencontrées en stage à la PMI.

2. Problématiques médicales chroniques hors troubles psycho-comportementaux (Ostéo-Articulaires, Uro-génitales, Asthme, Obésité/Surpoids)

De la même façon qu'en stage chez le généraliste[9], notre travail montre que l'IMG en stage à la PMI est très peu confronté au reste des pathologies médicales chroniques abordées dans les objectifs pédagogiques et d'acquisitions de compétences du DUMG-MP en pédiatrie (Annexe 1).

Nous distinguerons 2 groupes :

- Les problématiques ostéo-articulaires et uro-génitales

Malgré leur faible fréquence retrouvée dans notre étude, le travail de thèse de Benjamin PORTE CAZEAUX[10] montre la bonne progression de l'acquisition de ces savoir-faire par les IMG au cours de leur stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire (examen de dépistage ostéo-articulaire, manœuvres cliniques de dépistage de luxation de hanche et examen uro-génital).

Notre étude ne retrouve que 1,3% d'activité concernant les problématiques ostéo-articulaires alors que leurs incidences en population générale est bien plus fréquente :

- les inégalités de longueur des membres inférieurs (ILMI) et les vices de torsion des membres inférieurs sont tellement fréquents que certains auteurs les considèrent comme des « variantes de la normale »[28].
- le taux de scoliose idiopathiques est évalué entre 1,7 et 2% par l'HAS[29]

Ces résultats sont liés aux spécificités de notre population, principalement âgée de moins de 2 ans, alors que les problématiques ostéo-articulaires se développent généralement plus tard au cours de la croissance. D'ailleurs notre étude retrouve jusqu'à 7,4% d'activité concernant ces troubles pour les 6-16 ans.

Seules les luxations congénitales de hanche, estimées à 0,6% des naissances par l'HAS[30], sont retrouvées dans des proportions comparables dans notre étude.

Les troubles uro-génitaux sont quasi absents de notre étude. De la même façon si l'on écarte les « problèmes de décalottages » et les adhérences prépuçiales qui sont physiologiques au cours de la petite enfance chez le garçon, la plupart des troubles urogénitaux restent peu fréquents (cryptorchidies opérées 0,17-0,32% hypospadias opérés 0,049-0,128%[31], vulvo-vaginites 0,5%[32]).

Comment expliquer que les IMG développent ces compétences progressivement au cours du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie alors qu'ils y sont très peu confrontés ?

Cela est probablement lié au fait que même si il n'apparaît pas spécifiquement dans notre recueil de donnée, le dépistage de ces troubles fait partie intégrante des examens « systématiques » de dépistage des enfants et nourrissons. Or nous avons vu que

l'activité de dépistage/prévention représente la majeure partie de l'activité du stage à la PMI. Ainsi l'IMG y est probablement fréquemment confronté.

- L'asthme et l'obésité/surpoids

A l'inverse, la prise en charge de l'asthme, de l'obésité et du surpoids est peu acquise en fin de stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire[10].

Notre étude ne retrouve que 1% d'activité concernant l'asthme et 0,5% concernant l'obésité/surpoids. Ces faibles résultats sont en partie liés aux spécificités de notre population principalement âgée de moins de 2 ans alors que ces deux problématiques concernent généralement des enfants plus âgés.

Pourtant l'asthme et l'obésité infantile sont en augmentation depuis plusieurs années en France[33][34], et à ce titre ils représentent des enjeux majeurs de santé publique.

L'asthme est évalué entre 4 et 10% des 0-15 ans par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2011 [35].

Le surpoids est évalué à 14,3% des 3-17 ans, dont 3,5% d'obèses par l'Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS), 2006[36].

De par leurs fonctions de premier recours, les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la prise en charge de ces pathologies chroniques, en particulier en ce qui concerne le suivi et l'éducation thérapeutique. Ainsi il semble nécessaire de renforcer la formation des IMG à ces problématiques et nous proposerons en ce sens des pistes d'amélioration dans la seconde partie de notre travail.

3. Adolescents et leurs problématiques

Les problématiques spécifiques des adolescents (croissance et développement pubertaire, troubles du comportement alimentaire, dépression, conduites addictives, éducation à la vie sexuelle et contraception) ne sont pas retrouvés dans notre étude.

L'OMS considère que l'adolescence se situe entre les âges de 10 et 19 ans. La PMI ne suit théoriquement les enfants que jusqu'à l'âge de 6 ans[11]. Ainsi dans notre étude

seulement 4,4% des enfants sont âgés de plus de 6 ans (contre 39% en stage chez le médecin généraliste[9]) ce qui ne permet pas à l'IMG de se confronter suffisamment à ces problématiques.

On notera toutefois que les problématiques d'éducation à la vie sexuelle et la contraception chez les adolescentes sont un motif de consultation fréquemment rencontré dans les travaux d'Anne-Laure BRES et de Sandrine BAGAN[37][38] qui s'intéressent au versant gynécologique des stages de gynéco-pédiatrie ambulatoire.

Par ailleurs Christelle DECLOQUEMENT, dans son travail de thèse[39], évoque le fait que les médecins généralistes ne se sentent pas toujours les mieux placés pour effectuer des consultations de dépistage auprès des adolescents qu'ils suivent parfois depuis leur naissance. Outre des difficultés de communication avec cette population, elle évoque aussi des difficultés de prise en charge et d'orientation principalement liées à la méconnaissance des structures d'accueil et réseaux spécialisés. Cela peut expliquer que ces problématiques apparaissent aussi très peu en stage chez le médecin généraliste[9].

Selon le travail de thèse de Benjamin PORTE CAZEAUX, ce sont surtout le dépistage et la prise en charge des troubles psycho-comportementaux des adolescents qui font défaut aux IMG en fin de stage[10].

Ainsi nous proposerons des pistes d'amélioration à l'enseignement de ces problématiques transversales dans la seconde partie de notre travail.

4. Urgences pédiatriques

Notre étude montre que l'interne en stage à la PMI n'est pas confronté aux urgences pédiatriques. Cela n'est pas étonnant car la PMI n'a pas vocation à gérer les urgences et ne participe pas à la permanence des soins pédiatriques.

Toutefois d'après le travail de thèse de Benjamin PORTE CAZEAUX[10], il semble que l'enseignement théorique et pratique de deuxième cycle complété par le stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie et l'enseignement intégré (annexe 2) assurent une formation satisfaisante tout en recentrant la pratique sur la médecine générale.

III. Objectif secondaire : Pistes d'amélioration de la formation des IMG

Les thèmes peu ou pas abordés durant le stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie et faisant défaut aux IMG à la fin de celui-ci concernent des problématiques complexes qui requièrent l'intervention et la coordination de divers professionnels de santé. Comme nous l'avons montré, la force du stage à la PMI est justement de confronter l'IMG à une vision pluridisciplinaire globale de l'enfant complémentaire de celle du médecin généraliste.

Dans cette optique, nous proposons de poursuivre la diversification des stages « annexes », déjà initiée par le DUMG-MP avec l'ouverture de stages en médecine scolaire au cours de l'année universitaire 2014/2015, avec par exemple pour:

- Les troubles psycho-comportementaux des enfants et adolescents, la maltraitance et les troubles de la relation mère-enfant
 - instauration de stages en Centres Médico-Psychologiques (CMP) et Centres Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)
 - possibilité pour les IMG d'assister à des rencontres dans des associations dédiées au soutien à la parentalité et les lieux d'accueil parent-enfant.
 - possibilité pour les IMG de faire des stages dans des associations s'occupant des adolescents (Réseau Adolescence Partenariat RAP 31 pour la Haute-Garonne ou RésAdo pour le Tarn et Garonne par exemple)

- L'obésité et l'asthme
 - participation aux formations organisées par les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) de Midi-Pyrénées.
 - participation aux Journées d'éducation obésité (JOE) et Ecoles de l'asthme (journées d'information et d'éducation thérapeutique organisées dans les différents centres hospitaliers pour les enfants et leurs parents).

L'objectif pour l'IMG est de connaître l'existence de ces structures et de ces « réseaux de soins » et d'y définir ses rôles et prérogatives en tant que futur médecin généraliste. Cela permettrait aux IMG de renforcer leur formation pratique en les confrontant plus

fréquemment à ces problématiques, mais aussi de les sensibiliser à l'action des réseaux et à l'éducation thérapeutique.

Il est toutefois matériellement difficile de développer et valider systématiquement des partenariats avec toutes ces structures et réseaux pour chacun des 44 terrains de stage. Une autre piste d'amélioration de la formation passerait alors par un renforcement de l'enseignement théorique intégré de gynéco-pédiatrie (annexe 2) déjà initié par le DUMG-MP, avec le développement d'un enseignement spécifique concernant les problématiques des adolescents depuis l'année universitaire 2014/2015.

Nous proposons d'y présenter les différentes structures et « réseaux » précédemment évoqués mais aussi de mettre en avant certains outils synthétiques, rapidement consultables en consultation de médecine générale, pouvant servir de support à la consultation et permettant de s'orienter dans ces situations complexes, comme par exemple :

- Le site Pédiadoc[40] créé par le DUMG-MP, qui propose des fiches d'accès rapide en consultation, récapitulatives et synthétiques des différentes étapes du développement psychomoteur physiologique et nutritionnel de 0 à 2 ans.
Il propose par ailleurs une fiche reprenant la conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance et fournit les coordonnées du CRIP de Haute-Garonne.
- Un certificat type de signalement de maltraitance est édité par le Conseil National de L'Ordre des Médecins (CNOM)[41] (annexe 5). Il permet au médecin, dans une situation urgente de maltraitance avérée, d'avoir un modèle de certificat à adresser au Procureur de la République, évitant les erreurs et une perte de temps à la rédaction.
- Le référentiel réalisé par la Fédération Française de Psychiatrie à l'usage des médecins de premiers recours : « Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent »[42] dresse une liste simple des signes d'appels devant faire évoquer des souffrances psychiques ou un trouble du développement chez l'enfant.

- La Fiche Reco2 clics « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent » éditée par l'HAS[43] synthétise le dépistage et la conduite à tenir en cas de surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent.

IV. Biais et limites de notre étude

Biais méthodologique :

Comme nous l'avons vu précédemment, notre grille de recueil de données ne permet pas une évaluation qualitative précise du motif de consultation lorsque l'IMG écrit « examen systématique » ou « examen de suivi ». Ces motifs englobent généralement plusieurs problématiques comme le dépistage des troubles de posture/statique, de l'acuité visuelle et auditive... Toutefois l'examen pédiatrique étant grandement standardisé, nous avons considéré dans ces cas-là que l'ensemble des problématiques de dépistage et de prévention avait été abordé.

Par ailleurs notre étude ne recueille que les consultations pédiatriques de l'IMG effectuées avec un médecin de PMI. Nos résultats représentent donc uniquement l'activité de consultation médicale et ne peuvent présumer de l'ensemble de l'activité et de la formation au cours du stage à la PMI en particulier avec d'autres intervenants paramédicaux et sociaux (puéricultrices, psychologues, assistante sociale...).

Biais de représentation :

Bien qu'il n'y ait pas eu de sélection, la répartition des âges de notre population ne correspond pas à celle de la population pédiatrique française[44]. Cela provoque un biais lors des différentes comparaisons d'incidence de pathologie avec la bibliographie. Cependant les comparaisons de nos résultats avec la bibliographie ne sont qu'indicatives et ne préjugent pas des qualités de formation du stage à la PMI.

CONCLUSION

Notre travail montre la complémentarité du stage à la PMI avec le stage de gynéco-pédiatrie ambulatoire chez le médecin généraliste.

Il met en lumière la très forte valeur formatrice de ce stage concernant les sujets fondamentaux indispensables au bon déroulement d'une consultation de pédiatrie en médecine libérale comme par exemple l'organisation des consultations, le « savoir-être » avec les nourrissons, les consultations de prévention et de dépistage et les problématiques médicales infectieuses aiguës.

La force de ce stage est de confronter l'IMG à d'autres professionnels de santé et à une vision globale interdisciplinaire de la prise en charge ambulatoire des enfants.

A un moindre niveau, le stage à la PMI répond aux objectifs de formation concernant les problématiques psycho-comportementales, relationnelles et de maltraitance. En effet ces problématiques, bien que moins retrouvées dans notre étude, relèvent des missions et du champ d'action de la PMI et sont plus fréquentes qu'en stage de gynéco-pédiatrie chez le médecin généraliste.

Du fait de biais, notre étude n'est pas adaptée à l'évaluation de la formation des IMG aux problématiques de soins et d'alimentation des nouveau-nés. Bien que ces sujets soient très peu retrouvés, ils représentent, d'après la bibliographie, une part majeure de l'activité des PMI. Ainsi le stage pratique à la PMI reste incontournable dans l'acquisition de ces compétences.

En revanche certaines problématiques de santé publique peu ou pas rencontrées dans notre étude font défaut aux IMG en fin de stage : troubles psycho-comportementaux des enfants et adolescents, troubles de la relation mère-enfant, maltraitance, asthme et obésité.

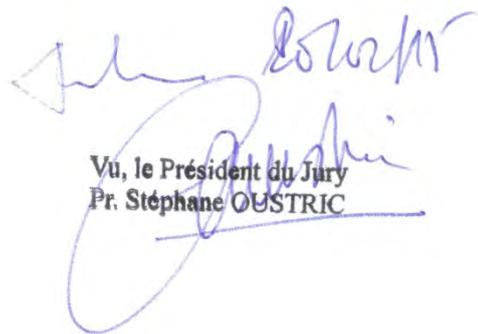
Afin d'enrichir le contenu pédagogique du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie face à ces problématiques, nous avons proposé de poursuivre la diversification des « stages annexes » en les complétant par des stages dans les différentes structures et réseaux de

soins en charge de ces problématiques. L'objectif est de confronter plus fréquemment l'IMG à ces sujets, de lui faire découvrir le travail en réseaux et l'éducation thérapeutique nécessaire à la prise en charge de ces pathologies chroniques complexes et interdisciplinaires.

Notre étude complète les travaux de thèse de Cynthia LAURENT et Benjamin PORTE CAZEAUX et participe ainsi à l'évolution de l'enseignement pédiatrique des IMG au travers du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie en Midi-Pyrénées.

Toulouse le 26.02.2015

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



Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), « Tableaux de l'économie française », 2014.
- [2] Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), « Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2014 ». .
- [3] Association française de pédiatrie ambulatoire, « La pédiatrie de ville : une profession menacée », 2012.
- [4] Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), « Compte-rendu de l'audition des Pédiatres », 04-nov-2009.
- [5] Société Française de Médecine Générale (SFMG), « Le généraliste et le suivi médical des enfants », 2005.
- [6] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Etudes et résultats, La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites », p. N°588, août-2007.
- [7] O. Angot, « Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création : enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises ». 2009.
- [8] 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.* p. 15668.
- [9] C. Laurent, « Pratique clinique en pédiatrie des internes en médecine générale, lors du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie, en cabinet de médecine générale, en Midi-Pyrénées », Thèse d'exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2013.
- [10] B. Porte-Cazaux, « Evaluation des acquisitions des internes de médecine générale au cours de leur stage de pédiatrie-gynécologie en milieu libéral : cas de la pédiatrie », Thèse d'exercice, 2014.
- [11] Code de la santé publique, *Article L2111-1 à 3 et L2112-1 à 6, JORF n°122 du 27 mai 2003 page 37006.* .
- [12] M. Delour, « Protection maternelle et infantile: historique et perspectives », *Arch. Pédiatrie*, vol. 20, n° 5, p. H21–H22, 2013.
- [13] Ministère de la santé et des solidarités, « Carnet de santé, Cerfa n°12593*01 ». 01-janv-2006.
- [14] Y. Estran, « La protection maternelle et infantile: un outil de prévention intégré au suivi de la petite enfance », Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, France, 2008.
- [15] Comité Technique des Vaccinations et du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, « Avis relatif à la vaccination par le vaccin BCG et au renforcement des moyens de la lutte antituberculeuse en France ». 2005.

- [16] Haut Conseil de la santé publique (HAS), « Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2014 ». 2014.
- [17] F. Rovillé-Sausse et M.C. Leroux, « La PMI (Protection Maternelle et Infantile) en France », *Antropo*, n° 1, p. 61-67.
- [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.sfmfg.org/content/donnees/top25.php>. [Consulté le: 19-juin-2014].
- [19] C. Franc, M. Le Vaillant, S. Rosman et N. Pelletier-Fleury, « La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale », vol. Série Études, n° N° 69, sept. 2007.
- [20] Haute Autorité de Santé (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 », sept. 2005.
- [21] INSERM, « Santé de l'enfant, Propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle », 2009.
- [22] Ministère du travail de l'emploi et de la santé, « Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 ». 2012.
- [23] Collège National Universitaire de Psychiatrie, « Polycopié des questions de psychiatrie pour l'examen classant national », sept-2007. [En ligne]. Disponible sur: http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.util.LectureFichiergw?ID_FICHER=7369. [Consulté le: 08-nov-2014].
- [24] Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), « Les chiffres clés en protection de l'enfance ». [En ligne]. Disponible sur: <http://oned.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>. [Consulté le: 10-nov-2014].
- [25] A. TURSZ, « La maltraitance envers les enfants », IReSP, Question de santé publique : 14, sept. 2011.
- [26] *Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance*. 2007.
- [27] Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), « Conférence de consensus, Maltraitance : Dépistage et conduite à tenir aux urgences », 2004.
- [28] D. Bonneau, « Inégalité de longueur des membres inférieurs », *Médecins Sport*, n° 33, p. 28-31, févr. 2000.
- [29] Haute Autorité de Santé (HAS), « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires », Haute Autorité de Santé (HAS), sept. 2005.
- [30] Haute Autorité de Santé (HAS), « Fiche Memeo, Luxation congénitale de la hanche : dépistage », 2013.
- [31] « Étude des cryptorchidies et hypospadias opérés en France de 1998 à 2008 chez le petit garçon de moins de 7 ans à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) », Institut national de Veille Sanitaire (InVS), 2011.

- [32] J. Vandevorde , P. Van Royen , H. Loeters , J. De Backer , J. Michels , A. De Sutter, « Vaginitis en vaginose: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering », 2002.
- [33] G. Badeyan, N. Guignon, « Obésité et asthme, deux pathologies en développement chez l'enfant, étudiées à travers les bilans de santé scolaire », Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 2000.
- [34] Plan National Nutrition Santé (PNNS), « J'aime manger, j'aime bouger, le guide nutrition pour les ados », 2009.
- [35] A. Afrite, C. Allonier, L. Com-Ruelle, N. Le Guen, « L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants », Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), 2011.
- [36] Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS), « Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS) », 2006.
- [37] A.-L. Bres, « Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors des stages annexes du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien », Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier, Toulouse 3, Toulouse, France, 2012.
- [38] S. Bagan, « Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien », Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, France, 2012.
- [39] C. Decloquement, « Le Dépistage des Adolescents à Risque en Médecine Générale », Thèse d'exercice, Paris Diderot - Paris 7, Paris, 2011.
- [40] Faculté de Médecine de Toulouse RANGUEIL, Université Paul Sabatier, Département de Médecine Générale, « Le suivi des enfants de 0 à 2 ans | Pediadoc ». [En ligne]. Disponible sur: <http://pediadoc.fr/>. [Consulté le: 14-nov-2014].
- [41] Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), « Signaler la maltraitance ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/signaler-la-maltraitance-1258>. [Consulté le: 14-nov-2014].
- [42] Fédération Française de Psychiatrie (FFP), « Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Référentiel d'observation à l'usage des médecins, pour un repérage précoce », 2007.
- [43] Haute Autorité de Santé (HAS), « Reco2 clics : Surpoids et Obésité de l'enfant et de l'adolescent ». sept-2011.
- [44] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), « Population - Pyramide des âges au 1er janvier 2014 ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=ccc. [Consulté le: 09-déc-2014].

TABLEAUX ET ANNEXES

ANNEXE 1 : Objectifs pédagogiques et d'acquisition de compétence en pédiatrie

Enfant de 0 à 2ans

Suivi du nouveau-né en sortie de maternité

Mise en place de l'allaitement

Examen du 8° 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

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 examens 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 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
- 24 devant des signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et 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

ANNEXE 2 : Module Santé de l'Enfant, DES de Médecine Générale. 2014-2015 (11/2014)

Module réalisé sur 2 journées

1. Intervenants:

- Dr ATTARD
- Dr BLEY
- Dr DAIDE
- Dr DELAHAYE
- Dr DURO
- Dr KOUBAA
- Dr MULQUIN
- Dr LATROUS
- Dr LATOUR
- Dr LAUR
- Dr LORRRAIN
- Dr MULQUIN

2. Objectifs:

Module 1

- Maîtriser l'examen clinique du nourrisson
- Se familiariser avec la relation médecin-parent et la relation médecin-enfant,
- Etre capable de planifier le suivi normal des nourrissons
- Etre capable de dépister et prendre en charge le suivi des enfants obèses et les troubles pubertaires
- Dépister les troubles orthopédiques des enfants
- Etre capable de conseiller les parents pour l'alimentation des nourrissons

Déroulé pédagogique, matériel et méthode :

1ère demi-journée :

- 9h-9h15 : Accueil, présentation du programme de la journée et recueil des attentes
- 9h15-10h15 : A partir du carnet de santé : comment organiser une consultation de dépistage chez le nourrisson et l'enfant : prévention y compris hanches, audition, vision, alimentation, calendrier vaccinal, développement psychomoteur (diaporama et discussion) présentation du site PEDIADOC
- 10h15-10h45 : Travail en deux groupes avec les poupons et les hanches
- 10h 45 : pause
- 11h-11h 30 : Obésité CCL 1
- 11h30-12h00 : Puberté et retard pubertaire CCL 2 CCL 3

2ème demi-journée :

- 14h00-14h45 : Dépistage des anomalies : pieds, rachis et genoux (diaporama)
- 14h45-15h45 : Alimentation et allaitement: sevrage, diversification CCL 4
- 15h45 -16h : Pause
- 16h-16h20 : anomalies urogénitales
- 16h20-16h45h : accidents domestiques (brainstorming)
- 16h45-17h : Réponse aux attentes et évaluation de l'enseignement

Module 2

- Prendre en charge les urgences pédiatriques courantes en médecine générale
- Repérer les troubles du développement et de l'interaction mère- enfant
- Dépister la maltraitance
- Prendre en charge les pathologies courantes des nourrissons

Déroulé pédagogique, matériel et méthode :

1ère demi-journée :

- 9h00-9h15 : Accueil, présentation du programme de la journée et recueil des attentes
- 9h15-10h30 : Situations cliniques : traumatisme crânien CCL 5, fracture du poignet CCL 6 et pronation douloureuse CCL 7, appendicite CCL 15, rhume de hanches CCL 16, torsion testiculaire CCL 17
- 10h30-10h45 : Pause
- 10h45-11h15 : Informations préoccupantes et maltraitances CCL 8 CCL 9
- 11h15-12h : Maladies éruptives infantiles (diaporama)

2ème demi-journée :

- 14h00-14h45 : Interactions mère enfant + film
- 14h45h-15h : développement du langage. + film
- 15h-15h30 : Autisme (diaporama), discussion + film
- 15h30-15h45 : Pause
- 15h45-16h45 : Situations cliniques : pneumopathie CCL 10, RGO CCL 11, GEA CCL 14, eczéma CCL 12, bronchiolite CCL 13
- 16h45-17h : Evaluation de l'enseignement, réponse aux attentes

Attention prendre votre ordinateur avec lecteur DVD pour l'après-midi du module 2

Prérequis pour le module de Pédiatrie

Questions des Epreuves Classantes Nationales:

- O N°32: Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage.
- O N°33: Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantiles.
- O N°34: Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.
- O N°35: Développement buccodentaire et anomalies.
- O N°36: Retard de croissance staturo-pondérale.
- O N°37: Maltraitance et enfance en danger. Protection Maternelle et Infantile.
- O N°38: Puberté normale et pathologique.
- O N°39: Troubles du comportement de l'adolescent.
- O N°42: Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et l'adulte.
- O N°43: Troubles du sommeil de l'enfant et l'adulte.
- O N°68: Douleur chez l'enfant: sédation et traitements antalgiques
- O N°76: Vaccinations: bases immunologiques, indications, efficacité, complications.
- O N°86: Infections broncho-pulmonaires du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.
- O N°93: Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte. Leucocyturie.
- O N°94: Maladies éruptives de l'enfant.
- O N°96: Méningites infectieuses et méningo-encéphalites chez l'enfant et chez l'adulte.
- O N°113: Allergies et hypersensibilités chez l'enfant et l'adulte: aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.
- O N°114: Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact.
- O N°115: Allergies respiratoires chez l'enfant et chez l'adulte.
- O N°190: Convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant.
- O N°194: Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson et chez l'enfant.
- O N°194: Douleurs abdominales et lombaires chez l'enfant et chez l'adulte.
- O N°210: Malaise grave du nourrisson et mort subite.
- O N°226: Asthme de l'enfant et de l'adulte.
- O N°245: Hernie pariétale chez l'enfant et chez l'adulte.
- O N°267: Obésité de l'enfant et de l'adulte.
- O N°280: RGO chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.
- O N°299: Boiterie et troubles de la démarche chez l'enfant.
- O N°300: Constipation chez l'enfant et l'adulte (avec le traitement).
- O N°333: Strabisme chez l'enfant.
- O N°336: Toux chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement).
- O N°345: Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (avec le traitement).

Références complémentaires:

- O Manger bouger, guide de la nutrition de la naissance à 3 ans: INVS
- O 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: recommandations pour la pratique clinique, HAS 2005.
- O Autisme et troubles envahissants du développement: HAS mars 2010
- O Puberté: quand s'inquiéter? R Brauner, Rev Prat MG, 25-863, 06 2011, 463-469
- O Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent: recommandations pour la pratique clinique, HAS 2003
- O Alimentation du nouveau-né: Acad Méd 2009
- O Alimentation de l'enfant en bas âge et prévention des allergies: SFP 2008
- O Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires: recommandations pour la pratique clinique, HAS 2005.
- O Dépistage des troubles visuels et auditifs de l'enfant: SFP 2009
- O Dépistage des difficultés scolaires : HAS 2005
- O Masso-kinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales isolées du pied au cours des 6 premiers mois de vie: recommandations pour la pratique clinique, HAS 2004
- o Fluor: AFFSAPS 2008
- o Fièvre chez l'enfant: AFFSAPS 2005
- o Dermatitis atopique du nourrisson: SFD 2004
- o Asthme chez l'enfant de moins de 36 mois: diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus: recommandations pour la pratique clinique, HAS mai 2009
- o Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents: recommandations pour la pratique clinique, HAS 2004
- o Education thérapeutique de l'enfant asthmatique: recommandations pour la pratique clinique, HAS 2002
- o Bronchiolite aiguë de l'enfant: AFFSAPS 2005
- o Nébulisations: SPILF 2007
- o Antisécrotoires chez les enfants: AFFSAPS 2008
- o Diarrhées, réhydratation, gastro-entérite aiguë: SCP 2006
- o Enurésie: SCP 2008

LL,PAA,MD: novembre 2014

ANNEXE 4 : Tableaux de résultats

Tableau 2 : % de l'activité générale par champ d'activité et classe d'âge

Champ d'activité	% de l'activité de la classe d'âge						Répartition des motifs	
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois	I ^{aire}	II ^{aire}
Problématique médicale	(n=249) 40,5%	(n=154) 37,1%	(n=73) 42,4%	(n=22) 81,5%	(n=34) 29,6%	(n=15) 34,8%	42,2%	57,8%
<i>Aigue</i>	(n=158) 25,7%	(n=103) 24,8%	(n=41) 23,8%	(n=14) 51,8%	(n=23) 20%	(n=10) 23,3%	47,5%	52,5%
<i>Chronique</i>	(n=91) 14,8%	(n=51) 12,3%	(n=32) 18,6%	(n=8) 29,6%	(n=11) 9,6%	(n=5) 11,6%	33%	67%
Prévention/Dépistage	(n=536) 87,3%	(n=386) 93%	(n=139) 80,8%	(n=11) 40,7%	(n=109) 94,8%	(n=38) 88,4%	94,8%	5,2%
<i>Prévention</i>	(n=260) 42,3%	(n=216) 52%	(n=34) 19,8%	(n=10) 37%	(n=62) 53,9%	(n=11) 25,6%	94,2%	5,8%
<i>Dépistage</i>	(n=521) 84,8%	(n=371) 89,4%	(n=139) 80,8%	(n=11) 40,7%	(n=103) 89,6%	(n=34) 79,1%	97,1%	2,9%
Administratif	(n=45) 7,3%	(n=24) 5,8%	(n=19) 11%	(n=2) 7,4%	(n=2) 1,7%	(n=1) 2,3%	80%	20%
Relationnel	(n=12) 1,9%	(n=8) 1,9%	(n=3) 1,7%	(n=1) 3,7%	(n=1) 0,9%	(n=1) 2,3%	25%	75%

Tableau 3 : % de l'activité générale pour chaque problématique médicale et par classe d'âge

Problématique Médicale	% de l'activité de la classe d'âge						Répartition des motifs			
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois	Aiguë	Chronique	I ^{aire}	II ^{aire}
ORL-Stomatologie	(n=79) 12,9%	(n=47) 11,3%	(n=28) 16,3%	(n=4) 14,8%	(n=7) 6%	(n=3) 7%	93,7%	6,3%	38%	62%
Broncho-pulmonaire	(n=36) 5,9%	(n=29) 7%	(n=7) 4,1%		(n=3) 2,6%	(n=1) 2,3%	80,6%	19,4%	55,6%	44,4%
Psycho-Comportemental	(n=31) 5%	(n=10) 2,4%	(n=17) 9,9%	(n=4) 14,8%		(n=1) 2,3%	3,2%	96,8%	29%	71%
Dermatologie	(n=29) 4,7%	(n=22) 5,3%	(n=5) 2,9%	(n=2) 7,4%	(n=8) 6,9%	(n=2) 4,6%	69%	31%	31%	69%
Digestif	(n=27) 4,4%	(n=18) 4,3%	(n=5) 2,9%	(n=4) 14,8%	(n=8) 6,9%	(n=4) 9,3%	59,3%	40,7%	59,3%	40,7%
Endocrino-Nutrition	(n=8) 1,3%	(n=3) 0,7%	(n=4) 2,3%	(n=1) 3,7%				100%	62,5%	37,5%
Rhumatologie-Orthopédie	(n=8) 1,3%	(n=3) 0,7%	(n=2) 1,2%	(n=3) 11,1%			12,5%	87,5%	25%	75%
Ophtalmologie	(n=7) 1,1%	(n=6) 1,4%	(n=1) 0,6%			(n=1) 2,3%	42,9%	57,1%	14,3%	85,7%

Accident Domestique, Uro-Néphrologie, Fièvre isolée, Neurologie, Allergie, Malaise, Cardiologie, Lympho-Hématopoïétique < 1%

Tableau 4 : % de l'activité générale par classe d'âge

ORL-Stomatologie	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Rhinopharyngite	(n=53) 8,6%	(n=34) 8,2%	(n=16) 9,3%	(n=3) 11,1%	(n=5) 4,3%	(n=1) 2,3%
Otite moyenne aigue	(n=14) 2,3%	(n=8) 1,9%	(n=5) 2,9%	(n=1) 3,7%		

Bouchon cérumen, Poussée dentaire, Muguet Buccal, Laryngite, Aptose, Trouble auditifs, Ablation Végétations <1%

Tableau 5 : % de l'activité générale par classe d'âge

Broncho-Pulmonaire	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Bronchite/Bronchiolite	(n=25) 4,1%	(n=22) 5,3%	(n=3) 1,7%		(n=3) 2,6%	(n=1) 2,3%
Asthme	(n=6) 1%	(n=4) 1%	(n=2) 1,2%			

Toux, Autre trouble respiratoire <1%

Tableau 6 : % de l'activité générale par classe d'âge

Psycho-Comportemental	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Trouble du développement	(n=16) 2,6%	(n=3) 0,7%	(n=12) 7%	(n=1) 3,7%		
<i>Trouble du langage</i>	(n=10) 1,6%	(n=2) 0,5%	(n=8) 4,6%			
Trouble psychiatrique	(n=11) 1,8%	(n=5) 1,2%	(n=3) 1,7%	(n=3) 11,1%	(n=1) 0,9%	(n=1) 2,3%
<i>Trouble anxieux</i>	(n=6) 1%	(n=3) 0,7%	(n=2) 1,2%	(n=1) 3,7%	(n=1) 0,9%	(n=1) 2,3%
<i>Hyperactivité</i>	(n=5) 0,8%	(n=2) 0,5%	(n=1) 0,6%	(n=2) 7,4%		

Trouble du sommeil <1%

Tableau 7 : % de l'activité générale par classe d'âge

Dermatologie	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Dermatites	(n=10) 1,6%	(n=10) 2,4%			(n=5) 4,3%	(n=1) 2,3%
Infection cutanée	(n=9) 1,5%	(n=7) 1,7%		(n=2) 7,4%	(n=2) 1,7%	(n=1) 2,3%

Maladie éruptive, Xérose cutanée, Prurit isolé, Piqûre d'insecte, Angiome, Molluscum, Lésion indéterminée <1%

Tableau 8 : % de l'activité générale par classe d'âge

Digestif	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Reflux gastro-œsophagien	(n=10) 1,6%	(n=9) 2,2%		(n=1) 3,7%	(n=4) 3,5%	(n=2) 4,6%
Gastroentérite aigue	(n=9) 1,5%	(n=5) 1,2%	(n=3) 1,7%	(n=1) 3,7%	(n=1) 0,9%	

Constipation, Douleur abdominale, Oxyurose, Hernie ombilicale <1%

Tableau 9 : % de l'activité générale par classe d'âge

Endocrino-Nutrition	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Surpoids/Obésité	(n=3) 0,5%		(n=3) 1,7%			

Retard pondéral, Anorexie, Gynécomastie <1%

Tableau 10 : % de l'activité générale par classe d'âge

Rhumatologie-Orthopédie	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Trouble statique/posture	(n=5) 0,8%	(n=1) 0,2%	(n=2) 1,2%	(n=2) 7,4%		
Dysplasie de hanche	(n=3) 0,5%	(n=3) 0,7%				

Tableau 11 : % de l'activité générale par classe d'âge

Ophtalmologie	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Conjonctivite	(n=3) 0,5%	(n=3) 0,7%			(n=1) 0,9%	(n=1) 2,3%

Strabisme, Epicanthus <1%

Tableau 12 : % de l'activité générale par classe d'âge

Dépistage/Prévention	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
« Examen systématique »	(n=276) 44,9%	(n=170) 41%	(n=105) 61%	(n=1) 3,7%	(n=47) 40,9%	(n=27) 62,8%
Vaccination	(n=244) 39,7%	(n=201) 48,4%	(n=34) 19,8%	(n=9) 33,3%	(n=56) 48,7%	(n=7) 16,3%
BCG	(n=10) 1,6%	(n=10) 2,4%			(n=8) 7%	(n=5) 11,6%
Soins aux Nourrissons	(n=13) 2,1%	(n=13) 3,1%			(n=8) 7%	(n=7) 16,3%
Alimentation/Allaitement	(n=10) 1,6%	(n=10) 2,4%			(n=6) 5,2%	(n=5) 11,6%

Conseil : voyageur/sommeil/hygiène/vaccination, soins du cordon, certificat de sport <1%

Tableau 13 : % de l'activité générale par classe d'âge

Administratif	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Examen obligatoire	(n=33) 5,4%	(n=18) 4,3%	(n=15) 8,7%		(n=1) 0,9%	(n=1) 2,3%
Signalement/Placement	(n=8) 1,3%	(n=6) 1,4%	(n=1) 0,6%	(n=1) 3,7%	(n=1) 0,9%	

Demande d'asile, projet d'accueil personnalisé, certification assistante maternelle, certificat de sport <1%

Tableau 14 : % de l'activité générale par classe d'âge

Trouble de la relation mère-enfant	% de l'activité de la classe d'âge					
	Globale	0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	0-3 mois	0-1 mois
Conflit familial	(n=6) 1%	(n=3) 0,7%	(n=2) 1,2%	(n=1) 0,9%		
Anxiété de la mère	(n=2) 0,3%	(n=2) 0,5%			(n=1) 0,9%	(n=1) 2,3%

Angoisse de séparation, Trouble d'autorité <1%

ANNEXE 5 : Modèle de signalement de sévices sur mineur

Cachet
du médecin

SIGNALEMENT

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

L'enfant :

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

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

- la personne accompagnatrice nous a dit que :

« _____

_____ »

- l'enfant nous a dit que :

« _____

_____ »

Cachet
du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(rayer la mention inutile)

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

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

-
-
-
-
-
-
-

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

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

PEDIATRIC CLINICAL PRACTICE OF GENERAL MEDICINE RESIDENTS DURING PEDIATRIC OUTPATIENT INTERNSHIPS AT “PROTECTION MATERNELLE INFANTILE” (PMI) IN MIDI-PYRÉNÉES

Toulouse March 17, 2015

Introduction : Since 2009, in Midi-Pyrénées, general medicine residents can validate their curricula through gynecology-pediatric outpatient internships: internships with general practitioners (evaluated in C. LAURENT's thesis) and “ancillary” internships. This work evaluates the specificities and relevance of “ancillary” internships at the PMI.

Method : Prospective study evaluating complaints encountered by general medicine residents during consultations at the PMI, from a data form collected between 2010 and 2012, in Midi-Pyrenees.

Results : 614 children (67.6% <2 years) were included in 12 internship sites. The most frequent complaints encountered are: "systematic reviews" (44.9%), vaccinations (39.7%) and acute medical issues (25.7%). Less common, psycho-behavioral issues, relationship issues and abuses are more frequent than in the GP internship.

Discussion : This internship greatly enhances formation concerning these subjects, and develops organizational skills and "relational skills" with children's. It is complementary with the GP's internship by its multidisciplinary approach and its approach of psycho-behavioral issues, relational issues and abuses. We finally proposed improvements to enhance the educational content of this internship about less common issues.

Keywords : General Medicine, Pediatrics, “Protection Maternelle Infantile”, Resident, Education, Skills, Internship, Practice, Training, Academic, Interdisciplinary, Complaints

PRATIQUE CLINIQUE EN PÉDIATRIE DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE LORS DU STAGE AMBULATOIRE DE GYNÉCOLOGIE-PÉDIATRIE À LA PMI, EN MIDI-PYRÉNÉESToulouse le 17 mars 2015

Introduction : Depuis 2009, en Midi-Pyrénées, les internes de médecine générale peuvent valider leur maquette de DES grâce à des stages de gynéco-pédiatrie en ambulatoire : stages chez le médecin généraliste (évalués dans la thèse de C. LAURENT) et stages « annexes ». Ce travail évalue les spécificités et la pertinence pédagogique des stages « annexes » à la PMI.

Méthode : Etude prospective évaluant les motifs de consultation rencontrés par les internes en stage à la PMI, à partir d'une grille de recueil de données entre 2010 et 2012 en Midi-Pyrénées.

Résultats : 614 enfants (dont 67,6% < 2ans) ont été inclus sur 12 terrains de stage. Les motifs les plus fréquents lors d'une consultation sont : les « examens systématiques » (44,9%), la vaccination (39,7%) et les problématiques médicales aiguës (25,7%). Bien que moins fréquentes, les problématiques psycho-comportementales, de maltraitance et relationnelles sont plus évoquées qu'en stage chez le généraliste.

Discussion : Le stage participe grandement à la formation concernant ces motifs et favorise l'acquisition des compétences d'organisation et de « savoir-être » avec les nourrissons. Il est complémentaire avec le stage chez le médecin généraliste par son approche multidisciplinaire et son abord des problématiques psycho-comportementales, relationnelles et de maltraitance. Nous avons enfin proposé des pistes d'amélioration afin de renforcer le contenu pédagogique de ce stage aux problématiques peu abordées.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés : Médecine générale, Pédiatrie, PMI, Internes, Enseignement, Compétences, Stage pratique, Formation initiale, Universitaire, Interdisciplinaire, Motif de consultation

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER - Faculté de Médecine Rangueil

133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michel BISMUTH