

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2019

N°114

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat  
D.E.S de Médecine Générale

PAR

DENNI Marion Rolande

Née le 19.11.87 à Saverne

**EXERCICE DE LA PEDIATRIE EN MEDECINE GENERALE : RESSENTI DES  
JEUNES MEDECINS, DIFFICULTES RENCONTREES ET ATTENTES DE  
FORMATION.**

Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes en début  
d'exercice dans la région Grand-Est

Président de thèse : Professeur Thierry PELACCIA

Directrice de thèse : Docteur Elise FRAIH

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2019

N°114

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat  
D.E.S de Médecine Générale

PAR

DENNI Marion Rolande

Née le 19.11.87 à Saverne

**EXERCICE DE LA PEDIATRIE EN MEDECINE GENERALE : RESSENTI DES  
JEUNES MEDECINS, DIFFICULTES RENCONTREES ET ATTENTES DE  
FORMATION.**

Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes en début  
d'exercice dans la région Grand-Est

Président de thèse : Professeur Thierry PELACCIA

Directrice de thèse : Docteur Elise FRAIH



1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition JUILLET 2019  
Année universitaire 2018-2019



- **Président de l'Université** : M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** : M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :**
  - (1976-1983) : M. DORNER Marc
  - (1983-1989) : M. MANTZ Jean-Marie
  - (1989-1994) : M. VINCENDON Guy
  - (1994-2001) : M. GERLINGER Pierre
  - (3.10.01-7.02.11) : M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**  
**Directeur général :**  
M. GAUTIER Christophe



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séïamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seïamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute pierre	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NHC = Nouvel Hôpital Civil    HC = Hôpital Civil    HP = Hôpital de Haute pierre    PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameledine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésio- logie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obsté- trique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac. de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an) CU : Chef d'unité fonctionnelle Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle) Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017			

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

<b>MO112</b>	<b>B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)</b>		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : <b>Maladies infectieuses</b>
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 <b>Physiologie</b>
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-virologie</b> Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : <b>Réanimation</b>
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo -> 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**  
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)**  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**  
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**  
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94  
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01  
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12  
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95  
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10  
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16  
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18  
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017  
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95  
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03  
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99  
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10  
 BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02  
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86  
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18  
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15  
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15  
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95  
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12  
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16  
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00  
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98  
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11  
 DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17  
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17  
 DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87  
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13  
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10  
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02  
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016  
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009  
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13  
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04  
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97  
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03  
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14  
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18  
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06  
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04  
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009  
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98  
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17  
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11  
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011  
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04  
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06  
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95  
 KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98  
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07  
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08  
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07  
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98  
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98  
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011  
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95  
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10  
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16  
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03  
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13  
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16  
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14  
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94  
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16  
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99  
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07  
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13  
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10  
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93  
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011  
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009  
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13  
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15  
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15  
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011  
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18  
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98  
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02  
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10  
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14  
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04  
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95  
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01  
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11  
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12  
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87  
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06  
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10  
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009  
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15  
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03  
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06  
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08  
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16  
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13  
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08  
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09  
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11  
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13  
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15  
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Thierry PELACCIA

Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci pour vos conseils et vos commentaires. Pour votre engagement dans la pédagogie auprès des étudiants en médecine, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Laurent BONNEMAINS

Vous me faites l'honneur de prendre part au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon estime et de ma considération.

Monsieur le Docteur Cédric LENORMAND

C'est un honneur que vous me faites en jugeant ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect.

Madame la Docteure Elise FRAIH

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour tes conseils et ton soutien au cours de ce long travail.

Madame la Docteure Claire BREITWILLER-DUMAS

Je tiens à vous remercier pour votre participation à ce jury de thèse. Pour votre engagement auprès de la formation des internes en Médecine Générale, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

Je dédie cette thèse,

A mon père, pour avoir courageusement bravé la sécurité sur l'île de Cos afin de me ramener une feuille du platane sous lequel, selon la légende, Hippocrate aurait enseigné à ses élèves la médecine ! A ma mère, pour son soutien indéfectible et ses relectures multiples de ce travail. Mes petits parents, votre présence et votre amour inconditionnel sont pour moi un des piliers fondateurs de ce que je suis, et de ce que je fais. Merci pour tout !

A mes sœurs, merci pour toute une vie de soutien, de rires, de pleurs, de vacances, de verres et de restos... Notre jolie relation sororale est l'une des plus importantes de ma vie, et sa solidité me ravit chaque jour !

A mes amis Savernois : que notre amitié date de la maternelle ou du collège (pour les petits nouveaux !), c'est toujours avec joie que nous nous retrouvons ! Merci pour tous ces souvenirs créés durant toutes ces années, pour tous ces caps de vie partagés... et pour tous ceux à venir !

A mes blondes, qu'elles soient Kinder surprise ou Raffaello : merci pour toutes ces soirées passées à discuter de la vie et de la médecine, inspirées de nos premières années d'étude puis de nos premiers pas dans l'exercice de ce beau métier qui est le nôtre... Et merci pour la création de ce groupe whatsapp qui nous permet d'avoir des avis en direct lors de nos consultations difficiles !

A mes co-internes rencontrés au fil de ces années : merci pour les joies, les galères et les fiertés partagées durant ce long cursus.

Aux médecins que je remplace : merci pour la confiance que vous me témoignez à chaque fois que vous me donnez les clés de votre cabinet !

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	21
<b>II.</b>	<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	25
	A) Type d'étude .....	25
	B) Population de l'étude .....	26
	1) Critères d'inclusion .....	26
	2) Caractéristiques des participants.....	27
	3) Mode de recrutement .....	27
	C) Grille d'entretien .....	28
	D) Les entretiens.....	30
	E) Retranscription .....	31
	F) Analyse.....	31
<b>III.</b>	<b>RESULTATS</b> .....	32
	A) Représentation de l'exercice de la pédiatrie par les jeunes médecins généralistes .....	32
	1) La pédiatrie est une spécialité à part entière .....	32
	2) La pédiatrie est incontournable en médecine générale.....	32
	3) La responsabilité du médecin et les enjeux lors d'une consultation de pédiatrie sont plus grands que lors d'une consultation avec un adulte .....	33
	4) Une consultation de pédiatrie entraîne plus d'incertitude qu'une consultation adulte .....	34
	5) Les femmes généralistes sont plus à l'aise que les hommes lors de l'exercice de la pédiatrie, et les enfants (et parents) sont plus à l'aise avec une femme médecin.....	35
	6) Le rapport entre parentalité et exercice de la pédiatrie .....	35
	6.1) <i>Les médecins parents sont plus compétents, car ils ont de l'expérience avec les enfants.....</i>	35
	6.2) <i>Les médecins parents sont plus légitimes lors d'une consultation de pédiatrie qu'un médecin non parent.....</i>	36
	6.3) <i>Les médecins parents ont plus de facilité pour le contact avec les enfants.....</i>	37
	6.4) <i>Les médecins parents communiquent plus facilement avec les parents des patients.....</i>	38
	B) Rapport des jeunes médecins généralistes avec l'exercice de la pédiatrie .....	39

1) La pédiatrie, une joie.....	39
2) La pédiatrie, un exercice angoissant.....	39
2.1) <i>Un champ lexical tournant autour de la peur.....</i>	39
2.2) <i>Une appréhension surtout au début de leur pratique.....</i>	40
2.3) <i>Une appréhension surtout en présence de nourrisson.....</i>	40
3) Ils citent comme raisons à cette appréhension :.....	41
3.1) <i>La peur de faire une erreur diagnostique.....</i>	41
3.2) <i>La peur de manipuler les nourrissons, car ils sont « fragiles ».....</i>	41
3.3) <i>La difficulté à communiquer avec un enfant qui ne parle pas.....</i>	42
C ) Difficultés rapportées par les jeunes médecins lors de l'exercice de la pédiatrie .....	43
1) Dans l'exercice pratique .....	43
1.1) <i>L'examen clinique normal du nourrisson.....</i>	43
1.2) <i>Les questions du quotidien.....</i>	45
1.3) <i>Le développement normal de l'enfant .....</i>	46
1.4) <i>Les vaccins.....</i>	47
1.5) <i>les petits maux de bébé.....</i>	48
1.6) <i>Les éruptions cutanées .....</i>	48
1.7) <i>Les troubles du développement staturo-pondéral.....</i>	49
1.8) <i>Dépistage des troubles audiovisuels.....</i>	49
1.9) <i>Trouble de l'attention, du comportement, trouble psy.....</i>	50
1.10) <i>L'énurésie primaire.....</i>	50
1.11) <i>Les difficultés avec les adolescents en consultation.....</i>	50
1.12) <i>Les urgences.....</i>	51
1.13) <i>Une appréhension à voir un enfant handicapé.....</i>	51
2) Les difficultés dans le déroulé de la consultation.....	52
2.1) <i>Les difficultés dans la gestion des parents.....</i>	52
2.1.1) <i>La difficulté à intégrer les parents dans la consultation pédiatrique.....</i>	52
2.1.2) <i>La gestion de l'anxiété des parents.....</i>	52
2.1.3) <i>La communication en cas d'incertitude diagnostique.....</i>	53
2.1.4) <i>La gestion de la non prescription.....</i>	53
2.1.5) <i>L'impression de non légitimité des jeunes médecins.....</i>	53
2.2) <i>Les difficultés dans la gestion de l'enfant.....</i>	54
2.2.1) <i>L'enfant turbulent.....</i>	54
2.2.2) <i>Un contact difficile avec l'enfant.....</i>	54
2.2.3) <i>L'appréhension dans l'approche du nourrisson.....</i>	55
2.3) <i>Une appréhension lors de la prescription.....</i>	55
D) Evaluation de la formation en pédiatrie des jeunes médecins .....	57
1) Les points positifs.....	57

1.1) Le contact précoce, en tant qu'externe, avec la pédiatrie.....	57
1.2) Le contact répété avec la pédiatrie.....	58
1.3) L'importance du contact spécifique avec les nourrissons .....	58
1.4) le passage aux urgences : formateur pour la médecine générale.....	59
1.5) Le passage en PMI : formateur pour la médecine générale.....	60
1.6) Les rappels théoriques pendant le stage pratique.....	60
1.7) Il est important d'avoir une bonne séniorisation pendant le stage.....	60
2) Les critiques .....	61
2.1) Il n'y a pas assez de pédiatrie dans la formation de médecine générale.....	61
2.2) trop de responsabilités, trop vite.....	62
2.3) Le stage praticien n'apporte pas vraiment de formation en pédiatrie pour certains.....	62
2.4) La formation est trop centrée sur l'hospitalier, et non adaptée à un futur exercice ambulatoire.....	63
2.5) Un manque de séniorisation.....	63
2.6) Trop de passivité dans certains stages.....	65
2.7) Absence de rappels théoriques pendant le stage pratique.....	65
2.8) Impression d'être superflu, négligé en tant qu'acteur de l'hôpital.....	66
E) Les attentes des jeunes médecins concernant la formation optionnelle .....	68
1) Une vraie demande de formation .....	68
2) Thèmes souhaités dans une formation de pédiatrie :.....	68
2.1) L'examen du nourrisson.....	69
2.2) Une formation sur l'urgence.....	69
2.3) Les questions du quotidien.....	70
2.4) La réalisation des vaccins.....	70
2.5) Initiation à la prescription, avec exemple d'ordonnance.....	71
2.6) Une formation à la communication avec les parents.....	71
2.7) Les dépistages des troubles audiovisuels.....	71
2.8) Les plaintes courantes, les petits maux de bébés.....	72
2.9) Les bilans ambulatoires à la portée du médecin généraliste.....	72
2.10) Le suivi normal de l'enfant.....	72
3) Les attentes vis-à-vis de la pédagogie.....	72
3.1) L'importance de coupler théorie et pratique.....	72
3.2) Faire des jeux de rôle.....	73
3.2.1) Pour développer les compétences dans le domaine de la communication avec les parents.....	73
3.2.2) Pour se former dans le domaine de la prise en charge de l'urgence.....	74
3.2.3) Les réticences à participer aux jeux de rôle.....	74
3.3) Donner un rappel écrit ou informatif.....	75
4) Les attentes vis-à-vis des intervenants.....	75

<b>IV. DISCUSSION</b> .....	76
A) Discussion de la méthode .....	76
B) Discussion sur le concept de « compétence » .....	78
1) Qu'est-ce que « être compétent » ?.....	78
2) Qu'est-ce que « être compétent » en médecine générale ?.....	79
3) Qu'est-ce que « être prêt à exercer » ?.....	79
C) Discussion des résultats .....	81
1) Regard sur l'exercice de la pédiatrie : il est difficile, anxiogène.....	81
2) Exercice de la pédiatrie et parentalité.....	82
3) Les thèmes évoqués dans le cadre des difficultés en pédiatrie.....	83
3.1) <i>Des résultats similaires dans la littérature</i> .....	84
3.2) <i>...avec quelques divergences</i> .....	85
3.3) <i>la compétence des médecins concernant l'alimentation</i> .....	86
3.4) <i>La particularité de la prise en charge du nourrisson dans notre étude</i> .....	87
4) Regard sur la formation initiale en pédiatrie.....	89
4.1) <i>La formation est insuffisante</i> .....	89
4.2) <i>La formation en pédiatrie est trop axée sur l'hospitalier</i> .....	89
4.3) <i>Le cas du stage praticien</i> .....	91
4.4) <i>L'intérêt des SASPAS</i> .....	92
4.5) <i>La simulation et les jeux de rôle</i> .....	93
D) Discussion sur les principes de formation : .....	94
1) Le principe de pédagogie active .....	95
2) Le transfert des apprentissages.....	96
3) Le rôle du mentor .....	97
E) Discussion sur la formation « idéale » en pédiatrie .....	98
1) La durée .....	98
2) Le contenu de la formation.....	99
F) Discussion sur la formation « santé de l'enfant » du DMG.....	100
<b>V. CONCLUSION</b> .....	102
ANNEXE 1 : grille COREQ.....	106
ANNEXE 2 : Population entretiens individuels .....	111
ANNEXE 3 : GRILLE ENTRETIEN INDIVIDUEL.....	112
ANNEXE 4 : GRILLE FOCUS GROUP .....	114
BIBLIOGRAPHIE.....	115

## Abréviations

- CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- DU : Diplôme Universitaire
- DMG : Département de Médecine Générale
- EAP : European Academy of Paediatrics
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- MG : Médecine Générale
- PMI : Protection Maternelle Infantile
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- USC : Unité de Soins Continus
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

## I. INTRODUCTION

Selon la définition de la société européenne de médecine générale – médecine de famille de 2002, (WONCA Europe), le médecin généraliste ou médecin de famille prend en compte tous les problèmes de santé indépendamment de l'âge, du sexe ou de toute autre caractéristique de la personne concernée (1). Il est dans une majorité de cas le premier contact avec le système de soins, et ce pour des patients de tout âge. Il doit de ce fait acquérir des savoirs dans tous les domaines de la médecine, puisqu'il est inéluctablement amené à soigner des patients allant du nourrisson à la personne âgée.

En 2018, près d'un quart de la population française a moins de 18 ans (2). Cela se répercute logiquement sur les consultations de médecine générale. En effet, la patientèle d'un médecin généraliste compte de 10 à 25% d'enfants de moins de 16 ans (3), et l'exercice de la pédiatrie représente en moyenne 13% de l'activité des médecins généralistes (4). La France compte actuellement 87 801 médecins généralistes en activité régulière, et 7334 pédiatres parmi lesquels seuls 1578 sont installés en libéral. Selon les régions, on note 20 à 30 médecins de famille pour 1 pédiatre libéral (5). Les pédiatres libéraux ne peuvent donc pas répondre à eux seuls à la demande de soins en pédiatrie, d'autant plus que depuis la loi santé de janvier 2016, tout enfant se doit d'avoir un médecin référent, et ce dès la naissance. Celui-ci peut être généraliste ou spécialiste, et en 2018 près de 9 familles sur 10 se sont tournées vers un médecin généraliste pour assurer le suivi de leur enfant, loin devant les pédiatres et autres spécialistes (6).

La formation du futur médecin généraliste à la pédiatrie ambulatoire est de ce fait primordiale. Soigner un enfant nécessite des connaissances particulières et spécifiques, et fait partie des compétences que le médecin de famille se doit de maîtriser. Nous allons donc nous pencher sur la question de la formation des médecins généralistes dans ce domaine.

A la faculté de médecine de Strasbourg, la formation de pédiatrie pour un médecin généraliste est la suivante :

#### Durant le deuxième cycle

La formation de pédiatrie se fait sous forme de stage intégré avec un stage hospitalier à temps plein pendant 2 mois, couplé à un enseignement théorique avec travaux dirigés trois fois par semaine, soit 45 heures au total (7).

#### Durant le troisième cycle

- Stage « Santé de l'enfant »

Jusqu'en novembre 2018, les internes de médecine générale effectuaient un stage obligatoire de 3 mois en service de pédiatrie dans le module « gynéco-pédiatrie ». Désormais, ce stage est d'une durée de 6 mois : soit mixte, ambulatoire et hospitalier, soit uniquement hospitalier ou uniquement ambulatoire. Pour l'ambulatoire, des stages chez des praticiens sont proposés par des médecins généralistes ayant plus de 30% d'activité de pédiatrie dans leur pratique. L'ambulatoire peut également consister en un stage en PMI (Protection Maternelle et Infantile), à la maison des adolescents ou encore au CAMSP (Centre Action Médico-Social Précoce) (8).

- Stage praticien de niveau 1

Ce stage permet également de voir des enfants en cabinet, selon la patientèle des praticiens agréés accueillant les étudiants. Pendant 6 mois, l'interne répartit son temps de stage entre 2 ou 3 maîtres de stage universitaire. Depuis 2018, ce stage est effectué durant la 1ère année de l'internat de médecine générale, en « phase socle ».

- Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée, ou SASPAS Optionnel jusqu'en 2018, une minorité d'internes seulement arrivait à choisir ce stage lors de leur formation de 3<sup>ème</sup> cycle du fait de l'inadéquation entre la demande et le nombre de postes disponibles. Désormais obligatoire, ce stage est effectué durant la dernière année d'internat de médecine générale. D'une durée de 6 mois, il peut également contribuer à la formation en pédiatrie des internes.

Sur le plan de la formation théorique, les étudiants de troisième cycle peuvent également choisir de faire un DU de pédiatrie de leur propre initiative.

Si la formation classique théorique de chaque futur médecin généraliste est identique pour tous, la formation pratique peut grandement varier d'une maquette à l'autre et selon les lieux de stage. Le stage chez le praticien en particulier peut présenter des opportunités de formation très différentes selon la population que fréquente son cabinet. Un passage de 3 mois à la maison des adolescents va ainsi offrir une formation très différente d'un passage de 3 mois dans un service classique de pédiatrie, ou aux urgences par exemple.

Depuis novembre 2018, le Département de Médecine Générale a mis en place une formation supplémentaire « santé de l'enfant », dispensée sur 2 jours. Le but est de proposer

une formation sur les thématiques jugées les plus fréquentes et les plus problématiques pour aider les futurs médecins dans leur activité professionnelle.

L'idée de cette thèse nous est venue à la suite de la mise en place de cette formation, ainsi qu'à la suite d'une réflexion personnelle concernant ma propre expérience en tant qu'interne de médecine générale.

Notre travail aura pour but d'identifier les difficultés rencontrées par les jeunes médecins dans leur pratique de la pédiatrie, et de recueillir leurs attentes de formation afin de proposer des pistes pour améliorer leurs compétences dans la prise en charge infantile.

Cela nous amène à nous poser une question de recherche : Quel est le ressenti des jeunes médecins alsaciens par rapport à leurs difficultés en pédiatrie et à leur formation initiale dans ce domaine ?

L'objectif primaire de cette thèse est de rechercher et d'analyser les difficultés et les attentes des jeunes médecins concernant leur exercice de la pédiatrie.

L'objectif secondaire est d'enrichir la réflexion du département de médecine générale de Strasbourg pour continuer à perfectionner la formation « Santé de l'enfant » proposée aux internes, et ainsi améliorer leur sentiment de compétence dans l'exercice de la pédiatrie.

## II. MATERIEL ET METHODE

### A) Type d'étude

Pour ce travail, nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative. Cette dernière est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Elle permet d'explorer les émotions, les comportements ainsi que les expériences personnelles des sujets interrogés (9) De ce fait, elle nous paraît être particulièrement adaptée à notre sujet de thèse, visant à explorer le ressenti des médecins face à l'exercice de la pédiatrie.

La méthode des *focus groups* est une méthode qualitative de recueil des données. Il s'agit d'une technique d'entretien semi dirigé de groupe, modéré par un animateur en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance (10) Cette technique d'entretien repose sur la dynamique de groupe et l'interaction entre différentes personnes donnant lieu à un partage des idées, ce qui permet de générer un grand nombre d'informations. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expérience (10). Le rôle de l'animateur est de créer, encourager et diriger la dynamique de groupe ; Il doit être présent mais rester neutre, et ne pas donner son point de vue sur les sujets abordés (11) Le rôle de l'observateur est de prendre des notes décrivant les thèmes abordés et les réactions des participants lors des échanges.

L'entretien individuel, plus que les entretiens collectifs, permet de saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les

comprendre en profondeur et d'en apprendre davantage sur un objet donné (12). La relation de confiance établie lors de cet échange ou de cette interaction est d'une importance fondamentale car elle conditionne la richesse, la densité du matériel collecté (13).

Pour cette thèse, nous avons tout d'abord réalisé deux *focus groups* : l'un auprès de médecins généralistes remplaçants, et l'autre auprès d'internes en médecine générale. Ils nous ont permis de dégager plusieurs thèmes. Nous avons ensuite réalisé des entretiens individuels semi-directifs auprès de différents individus issus de la même population, afin de préciser nos résultats.

Les lignes directrices de la grille d'évaluation COREQ ont été utilisées afin de présenter une étude qualitative de qualité (annexe 1)

## **B) Population de l'étude**

### **1) Critères d'inclusion**

Afin d'étudier les difficultés rencontrées par les jeunes médecins et leur ressenti sur leurs compétences en pédiatrie dans des situations d'exercice, nous avons pensé à deux populations différentes : des jeunes médecins remplaçants ayant fini leur internat et exerçant à temps plein depuis moins de 3 ans, et des internes de médecine générale ayant déjà réalisé leur stage de pédiatrie et leur stage praticien. Après analyse des *focus groups*, nous avons décidé pour les entretiens individuels, de ne choisir que des internes en fin de cursus, proches de leur entrée dans le monde professionnel et ayant déjà été mis en situation d'exercice en cabinet seul, en tant que remplaçant ou en tant que SASPAS. Nous avons estimé qu'une confrontation à la pratique était importante pour mieux répondre à notre question de recherche : en effet, une mise en situation autonome permet de dégager de façon plus

authentique le ressenti de compétence que nous cherchons à analyser dans ce travail.

## **2) Caractéristiques des participants**

- Le *focus group* d'internes était composé de 3 femmes et 4 hommes, âgés de 24 à 27 ans. Ils avaient tous déjà effectué leur stage de pédiatrie et leur stage praticien. Aucun d'entre eux n'était parent au moment de l'entretien.

- Le *focus group* de médecins remplaçants était composé de 4 femmes et 1 homme, âgés de 29 à 33 ans. Ils exerçaient en tant que médecin généraliste remplaçant depuis un délai de 6 mois à 3 ans. Un participant était parent au moment de l'entretien.

- Pour les entretiens individuels des internes, nous avons interrogé 3 femmes et 3 hommes, âgés de 26 à 38 ans. Quatre d'entre eux étaient en dernier semestre des études de médecine générale, deux d'entre eux étaient en 5<sup>ème</sup> semestre. Parmi eux, l'un d'entre eux était déjà parent lors de l'entretien.

- Pour les entretiens individuels des médecins remplaçants, nous avons interrogé 3 femmes et 2 hommes, âgés de 28 à 34 ans. Ils exerçaient depuis un délai de 8 mois à 3 ans. Parmi eux, deux participants étaient déjà parents lors de l'entretien.

Au total, 10 hommes et 13 femmes participèrent à l'étude, avec une moyenne d'âge de 30,2 ans. (voir annexe 2)

## **3) Mode de recrutement**

Pour notre étude, nous avons choisi de faire un échantillonnage de convenance, c'est-à-dire un échantillon choisi pour des raisons pratiques d'accessibilité (14)

Les participants *au focus group* d'internes ont été contactés par l'intermédiaire du Dr Charton Léa, chef de clinique au Département de Médecine Générale.

Le *focus group* de médecins remplaçants était composé de collègues rencontrés lors de mes études ou de mes remplacements.

Pour les entretiens individuels, nous avons été mis en contact avec des médecins remplaçants par l'intermédiaire de collègues ayant accepté de donner les coordonnées de leurs remplaçants habituels.

Concernant les internes interrogés, certains d'entre eux ont été contactés par mes soins à la suite d'une rencontre lors d'une participation à un groupe Balint. D'autres internes ont été approchés par des proches travaillant à l'hôpital en contact avec des internes de médecine générale.

### **C) Grille d'entretien**

Plusieurs auteurs influents dans le développement de la recherche qualitative tels que Glaser, Strauss et Paillé décrivent la démarche en recherche qualitative comme devant être inductive pure. C'est le principe de la « théorisation ancrée » ou « conceptualisation à l'envers » : la construction théorique d'une recherche émerge de l'analyse et de l'interprétation des données recueillies et non pas de la littérature scientifique (14 ; 15). Cela implique selon ces auteurs de s'abstenir de réaliser une bibliographie au préalable de l'étude, et ce afin d'éviter toute « pollution » de l'analyse des données par des préjugés pouvant être acquis lors d'une éventuelle revue de la littérature (16). De ce fait, le seul travail de recherche bibliographique réalisé par nos soins en amont de notre étude a été une recherche de travaux

similaires dans la région Grand-Est, et ce afin de s'assurer de l'originalité de notre projet. Une revue de la littérature a été effectuée dans la suite de notre analyse.

Le guide d'entretien pour les *focus groups* s'est articulé autour de questions nous permettant d'explorer les principaux thèmes nous intéressant, à savoir : les difficultés rencontrées par les jeunes médecins lors de leur contact avec la pédiatrie, ainsi qu'une discussion sur leur formation en pédiatrie et leur retour sur cette dernière. Les questions étaient ouvertes, le but étant de lancer un débat, avec relance si nécessaire.

La grille d'entretien pour les entretiens individuels a été élaborée pour explorer les thèmes dégagés lors des deux *focus groups*, avec des questions plus précises pour une analyse plus poussée. Cette grille a été testée sur un médecin remplaçant afin de s'assurer de la production satisfaisante de données à la suite de son utilisation.

Il s'agissait de questions ouvertes s'efforçant d'être neutres s'articulant autour de 4 axes principaux :

- La 1<sup>ère</sup> partie consistait en une discussion sur la pédiatrie en général.
- La 2<sup>ème</sup> partie abordait les difficultés perçues ou vécues lors d'une prise en charge pédiatrique.
- La 3<sup>ème</sup> partie comprenait une discussion sur la formation en pédiatrie des sujets interrogés lors de leur études.
- La 4<sup>ème</sup> partie discutait des différentes propositions des sujets afin d'améliorer la formation des futurs médecins généralistes en pédiatrie et leur sentiment de compétence au début de leur exercice.

L'ensemble de ces thèmes devaient être abordés, cependant la discussion devait rester spontanée, authentique : l'entretien ne suivait pas un chemin prédéfini, la grille n'était là que pour guider la discussion, relancer le participant en cas de silence.

Les grilles d'entretien peuvent être retrouvées en annexe 3 et annexe 4.

## **D) Les entretiens**

Les médecins ont tous été contactés par mail. Une explication brève sur le sujet de la thèse leur a été donnée, sans trop de précisions afin de s'assurer de l'authenticité des réponses et de l'interaction avec l'animateur. Les entretiens ont été enregistrés après consentement oral des participants et promesse d'anonymité. Les données recueillies ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL et d'une inscription au registre des traitements de l'Université de Strasbourg (fiche consultable en ligne à l'adresse suivante : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-350>)

Les *focus groups* ont été réalisés durant le mois de mai 2018. Les entretiens se sont déroulés sur une période de 7 mois, de juillet 2018 à janvier 2019. La durée des entretiens allait de 26 mn à 1h31, avec une moyenne de 42mn.

Le *focus group* des internes a été réalisé au sein du forum de la faculté de médecine. L'animation était assurée par le docteur Charton tandis que j'occupais le rôle d'observatrice.

Le *focus group* des remplaçants a été réalisé à mon domicile. L'animation était assurée par moi-même, et une tierce personne, également médecin généraliste, assurait le rôle d'observateur.

Les entretiens individuels ont tous été réalisés ou au domicile du sujet interrogé, ou au

domicile de l'intervieweur -moi-même- et ce selon les vellités des participants.

## **E) Retranscription**

Les propos des entretiens ont été retranscrits mot à mot par l'intervieweur le jour même de l'entretien. Les noms des médecins remplaçants sont représentés par un R suivi d'un chiffre, les noms des internes par un I suivi d'un chiffre. Pour les *focus groups*, les internes sont représentés par les lettres FI suivies d'un chiffre, les remplaçants par les lettres FR suivies d'un chiffre.

## **F) Analyse**

L'analyse de données en recherche qualitative peut être définie de la façon suivante : « un processus qui implique d'identifier des thèmes, de construire des hypothèses (idées) telles qu'elles émergent des données ainsi que de clarifier le lien entre les données, les thèmes et les hypothèses conséquentes ». Il y a donc deux étapes lors de ce type d'analyse : le recueil des verbatims avec analyse thématique des données décontextualisées, puis leur interprétation, qui mène à leur recontextualisation. (17) C'est une analyse de type inductive généralisée. Pour ce travail, le codage primaire avec recueil de verbatims a été réalisé par mes soins ; puis l'analyse des données avec extrait de thèmes a été faite indépendamment par moi-même ainsi que par ma directrice de thèse, afin de confronter nos résultats.

### **III. RESULTATS**

Au total, nous avons réalisé 2 *focus groups* et 10 entretiens individuels. Les opinions et représentations des jeunes médecins interviewés vont être présentés dans cinq chapitres différents, abordant les thèmes suivants : la représentation de l'exercice de la pédiatrie en Médecine Générale, le rapport des médecins en début d'exercice à la pédiatrie, les difficultés rencontrées lors de l'exercice de la pédiatrie, le ressenti sur la formation initiale en pédiatrie des médecins généralistes, les attentes quant à une formation supplémentaire en pédiatrie.

#### **A) Représentation de l'exercice de la pédiatrie par les jeunes médecins généralistes**

##### **1) La pédiatrie est une spécialité à part entière**

Les participants mentionnent le caractère à part, spécial de l'exercice de la pédiatrie

*I1 « C'est un monde à part »*

*I4« c'est une spécialité à part entière la pédiatrie, c'est pas juste un adulte en miniature »*

##### **2) La pédiatrie est incontournable en médecine générale**

Interrogés sur leur vision de l'exercice de la pédiatrie en médecine générale, les médecins mentionnent son caractère inévitable selon eux : les enfants font partie de la patientèle classique d'un médecin généraliste, et ce dernier en verra forcément au courant de sa pratique. Certains mentionnent même l'absence de choix du médecin en ce qui concerne l'exercice de la pédiatrie, son côté inéluctable, et utilisent parfois un vocabulaire menaçant pour l'exprimer.

*I2 « dans un cabinet de med G, on ne peut pas échapper à la pédiatrie »*

*R2 « La pédiatrie (...) c'est une grosse partie de la pratique d'un med G, donc de toute façon on n'a pas le choix, faut maîtriser la pédia. »*

*I1 « On n'a pas le choix, faut y passer de toute façon ! »*

*R3 « les enfants t'en auras forcément en med G. Même si t'aime pas la pédia, au bout d'un moment t'auras peut-être moins d'enfant dans ta patientèle, mais t'en auras forcément »*

*R1 « C'est tellement important la pédia pour notre pratique, il y en aura forcément, du coup faut vraiment y passer du temps »*

### **3) La responsabilité du médecin et les enjeux lors d'une consultation de pédiatrie sont plus grands que lors d'une consultation avec un adulte**

Les médecins interrogés décrivent un sentiment plus grand de responsabilité lors d'une consultation avec un enfant que lors d'une consultation avec un adulte. Une appréhension, voire une peur peuvent résulter de cette idée.

Ils tentent d'expliquer ce sentiment par les éléments suivants :

- une erreur chez un enfant peut avoir des conséquences à long terme, sur son développement
- un enfant est au début de sa vie
- un enfant n'est pas autonome, dépend des adultes
- d'autres ne s'expliquent pas cette façon de penser

*I3 « avec les enfants on a pas le droit à l'erreur (...) il est au début de sa vie, une erreur peut mener à des trucs lourds (...) j'ai peur de passer à côté de quelque chose »*

*I4 « en pédiatrie tu es face à un petit être, qui est dépendant de tout, ta responsabilité est plus grande »*

*I5 « t'as l'impression que y a beaucoup plus en jeu que chez les adultes, que tu as le droit à zéro erreur, que ça sera la fin du monde si tu te plantes (...) Y a une espèce d'angoisse particulière liée à un enfant. Tout est plus grave, tout est plus stressant... Je peux pas vraiment te dire pourquoi, c'est comme ça »*

*F14 « [faire des erreurs] peut après entrainer des handicaps » « ça serait une perte de chance pour l'enfant »*

*R3 « c'est différent de l'adulte. Je sais pas pourquoi, les enjeux sont plus grands il me semble. »*

#### **4) Une consultation de pédiatrie entraine plus d'incertitude qu'une consultation adulte**

L'appréhension que certains ressentent lors de l'exercice de la pédiatrie entraine une augmentation du sentiment d'incertitude présent lors d'une consultation avec un enfant.

*R3 « En fait niveau diagnostic et prise en charge, j'ai l'impression d'avoir moins de facilité qu'avec les adultes. J'ai plus tendance à relire plein de documents pour trouver le bon truc en pédiat, avec plus d'incertitudes lors des consultations. Un exemple tout bête : j'ai vu un purpura rhumatoïde chez un môme ce mois-ci : panique à bord, recherche internet à fond pour savoir quoi faire, stress et tout... Alors que j'en avais déjà vu un chez un adulte en cabinet, et j'avais pas du tout flippé comme ça, j'étais à l'aise, intéressé, pas stressé... c'est bizarre. »*

*I4 « en pédi ce qui fait peur c'est la gestion de l'incertitude. Tu l'as aussi chez les adultes, mais chez l'enfant c'est plus fort »*

*I5 « on a tendance à plus douter en pédiatrie, à réfléchir à deux fois plus qu'avec des adultes »*

**5) Les femmes généralistes sont plus à l'aise que les hommes lors de l'exercice de la pédiatrie, et les patients (enfants et parents) sont plus à l'aise avec une femme médecin**

*R4 « les enfants sont répartis chez les femmes plutôt je pense »*

*I3 « en tant que femme je pense que j'ai un contact plus facile avec les mamans. »*

*I4 « ce sont surtout les femmes généralistes qui attirent les parents et les enfants »*

## **6) Ressenti sur le rapport entre parentalité et exercice de la pédiatrie**

Les médecins interrogés ont certaines idées concernant l'impact de la parentalité sur l'exercice de la pédiatrie par un médecin généraliste.

### **6.1) Les médecins parents sont plus compétents, car ils ont de l'expérience avec les enfants**

*I6 « Le jour où je deviendrai mère je deviendrai un meilleur médecin pour les enfants, j'en suis sûre à 100% (...) J'ai une amie médecin qui a eu un bébé récemment, et qui a trop galéré pour l'allaitement... au début on a regardé dans les manuels, les cours santé de la femme et tout... Mais pour finir ce qui a été très utile, c'est d'appeler sa mère ! Les mamans savent »*

R5 « y a plein de conseils ou de reflexes qui sont évidents quand tu es parent, et qui ne te viennent pas à l'esprit quand tu ne l'es pas. Parce que c'est bien beau de lire dans des bouquins et de transposer dans la vraie vie, c'est pas pareil que de faire l'expérience soi-même. »

R4 « N'étant pas maman, je n'ai que la théorie dans mon bagage, et donc je pense que niveau pratique je n'ai pas grand-chose à partager »

FR5 « les conseils généraux, alimentation et allaitement, la prévention et les conseils de base...tous ces trucs je pense que tu maîtrises quand tu as des enfants en gros ! Moi j'ai pas d'enfant donc ça ne me vient pas naturellement »

R3 « Alors si tu veux mon avis : bon bien sûr, on ne peut forcer personne à faire des enfants... Mais favoriser la maternité pour se former à la pédiatrie par apprentissage direct, ça aiderait bien ! Ma compagne est allemande, du coup j'ai eu pas mal de contact avec le système de formation des médecins allemands et ce n'est pas comme en France : en France, on t'encourage pas du tout à faire tes enfants tôt, faut finir ton internat puis faire tes enfants... Et ben je trouve que c'est une erreur pour la pédiatrie ! Avoir un bébé à la maison y a pas mieux pour se former à la pédiatrie. »

## **6.2) Les médecins parents sont plus légitimes lors d'une consultation de pédiatrie qu'un médecin non parent**

R5 « Mais c'est vrai que tu as une légitimité supplémentaire quand tu es mère toi-même, du moins dans la tête de tes patients »

R4 « C'est vrai que tu as quand même un manque de légitimité quand tu n'es pas mère pour tout ce qui est conseils pratiques, et je me sens un peu désarmée de ne pas avoir cette expérience des fois... »

R3 « j'ai eu ma première fille pendant le stage de pédiat... Du coup ça m'a permis de discuter avec les parents sur un pied d'égalité, avec peut-être plus de crédibilité que mes collègues non parents ! »

### **6.3) Les médecins parents ont plus de facilité pour le contact avec les enfants**

R5 « pour la pédiat, ça facilite beaucoup les choses d'être parent, notamment par rapport au contact avec les enfants : on n'a pas peur d'avoir un nourrisson dans les mains parce qu'on a l'habitude d'en avoir à la maison (...) Pendant mon stage de pédiat d'externe, j'avais pas encore mes enfants, et je me rappelle que j'avais peur de toucher les bébés pendant mes gardes aux urgences. Après en tant qu'interne ça ne me faisait plus rien, j'y allais sans problème. Clairement tu me mets un nourrisson de 4 jours dans les bras ça ne me dérange absolument pas »

R3 « Non clairement les nourrissons ça ne me fait pas peur, mais comme dit j'ai eu de l'entraînement à la maison »

I4 « je sais que pour certains c'est l'approche de l'enfant qui est difficile, moi après j'ai une fille de 9 ans donc voilà, j'ai déjà vu tous les stades de développement ! L'approche ne me fait pas peur »

**6.4) les médecins parents communiquent plus facilement avec les parents des patients**

*R5 « le fait d'avoir des enfants ça a pas mal changé ma façon de parler aux parents (...) On peut rassurer et aiguiller les mamans plus facilement »*

SYNTHESE

Les jeunes médecins ont plusieurs idées sur la pédiatrie :

- C'est un monde à part, avec un exercice spécifique loin de l'exercice de la médecine adulte
- Elle est incontournable en médecine générale
- Le médecin a plus de responsabilités face à un enfant que face à un adulte
- Le sentiment d'incertitude est plus fort lors de l'exercice de la pédiatrie
- Les femmes médecins sont plus à l'aise en pédiatrie que les hommes
- Les médecins parents ont un meilleur contact avec les enfants et les parents, sont plus compétents en pédiatrie et ont plus de légitimité que les non parents

## **B) Rapport des jeunes médecins généralistes avec l'exercice de la pédiatrie**

Nous avons demandé aux sujets interrogés la manière dont ils vivaient leur exercice de la pédiatrie. Il s'est dégagé deux sentiments principaux : la joie, et l'appréhension.

### **1) La pédiatrie, une joie**

Certains médecins évoquent leur plaisir à prendre en charge des enfants en consultation :

*R4 « je me réjouis de voir un petit bout de chou arriver »*

*R1 « ça me fait plaisir de voir des enfants, je suis toujours contente de voir de la pédi en cabinet, parce que j'aime les enfants »*

*I6 « moi je suis plutôt contente de voir de la pédi (...) c'est de bosser avec les enfants qui me plaît bien, j'ai l'impression d'avoir un bon feeling avec eux, j'arrive à les mettre à l'aise »*

### **2) La pédiatrie, un exercice angoissant**

Toutefois, la majorité des jeunes médecins parlent en premier et surtout de cette peur, cette angoisse engendrée par une consultation pédiatrique.

#### **2.1) Un champ lexical tournant autour de la peur**

*F12 « c'était un peu une bête noire la pédi »*

*I1 « Plutôt peur au début (...) grosse appréhension ... en fait je sais pas si je serais un jour vraiment à l'aise avec la pédi »*

*F16 « quand je vois affiché sur l'écran un enfant, j'ai un peu plus d'appréhension »*

*I4 « au début je donnais souvent mon numéro perso, pour que les parents m'appellent le soir pour me dire comment l'enfant va, sinon je ne dormais pas tellement je stressais sur la consult ! »*

## **2.2) Une appréhension surtout au début de leur pratique**

*I2 « pas à l'aise dans ce monde initialement, l'impression de patauger en commençant, sur tout »*

*I3 « beaucoup d'appréhension au début (...) et encore maintenant quand je sais que je vais voir un enfant je suis pas tranquille »*

*I4 « au début clairement y avait une appréhension (...) »*

## **2.3) Une appréhension surtout en présence de nourrisson**

*I4 « Quand je vois le petit qui joue dans la salle d'attente ça va. Mais quand je vois un gros couffin, je commence déjà à me poser des questions sur l'état du petit... est-ce que je vais faire juste un DRP, ou est-ce que je vais passer à côté de la méningite ? Tu stresses déjà alors que tu es avec le patient d'avant, tu es déjà concentré sur l'enfant et t'as déjà envie de te connecter sur pédiadoc alors qu'il y en a un autre en face de toi, parce que tu sais que le suivant, c'est le couffin ! »*

*R4 « En dessous de 6 ans je ne suis pas très à l'aise et les nourrissons c'était une grande appréhension »*

*R1 « J'aime bien les bébés, mais j'avoue que je suis quand même stressée parfois (...) Encore*

*maintenant quand je vois des nourrissons (...) je suis pas super à l'aise »*

*FR3 « je n'étais pas à l'aise avec les enfants, et limite inquiète avec les nourrissons »*

*FR1 « mal à l'aise, surtout avec les plus jeunes »*

*FR4 « avec les tout petits, j'étais vraiment pas à l'aise... Je ne le suis toujours pas vraiment d'ailleurs ! Ceux qui sortent de maternité c'est vraiment l'angoisse (...) et les moins de 3 mois ils m'inquiètent vite »*

*FR2 « les moins d'un mois (...) c'est trop le stress, c'est pas pour moi »*

### **3) Ils citent comme raisons à cette appréhension :**

#### **3.1) La peur de faire une erreur diagnostique**

*R3 « niveau diagnostic et prise en charge (...) j'ai l'impression d'avoir moins de facilité qu'avec les adultes »*

*FR2 « j'ai trop peur de louper un truc. »*

*FI4 « C'est pas que je n'ai pas envie, mais j'ai peur, surtout d'oublier des choses et de passer à côté de quelque chose d'important »*

*FI1 « J'aime pas trop voir des enfants, parce que j'ai pas l'habitude : j'ai peur de pas savoir quoi faire, de passer à côté de quelque chose »*

#### **3.2) La peur de manipuler les nourrissons, car ils sont « fragiles »**

*I3 « Les moins d'un an je n'en ai pas beaucoup vu, donc c'est toujours délicat, j'ai peur de leur faire mal. Surtout chez ceux qui ne tiennent pas leur tête encore »*

*F14 « j'étais très angoissée par les enfants, surtout les plus petits (...) c'était terrible au début, même enlever un body c'était terrifiant, j'osais pas les toucher »*

*F12 « c'est un genre de consultation que je trouvais délicate, parce que j'avais peur que les patients soient trop fragiles »*

*F13 « les tout petits, les moins de 1 an, ça fait peur... je parle même pas de ceux de quelques jours ! on a peur de les casser »*

### **3.3) La difficulté à communiquer avec un enfant qui ne parle pas**

*FR5 « ce sont surtout les enfants qui ne sont pas en âge de parler qui me font le plus "peur" »*

## SYNTHESE

Chez les jeunes médecins, la pédiatrie évoque :

- une joie pour certains, de par leur affection pour les enfants, leur côté « mignon »
- une peur, une appréhension pour la plupart, comme le montre le champ lexical de la peur très présent dans leur réponse.
  - peur surtout en début d'exercice
  - peur surtout en présence de nourrissons
    - car les nourrissons sont fragiles
    - car il est difficile de communiquer avec un enfant qui ne parle pas
    - car une erreur diagnostique peut impacter le développement de l'enfant

### **C) Difficultés rapportées par les jeunes médecins lors de l'exercice de la pédiatrie**

#### **1) Dans l'exercice pratique**

##### ***1.1) L'examen clinique normal du nourrisson***

Les sujets interrogés mentionnent leur difficulté à faire des manœuvres, ou simplement leur difficulté à manipuler l'enfant lors de l'examen, à le mesurer. Le dépistage des luxations de

hanche ainsi que la palpation des pouls fémoraux sont tous deux mentionnés, ainsi que l'examen ORL.

*FI4 « enlever un body c'était terrifiant »*

*R2 « les tout petits au début je n'étais pas à l'aise. Ils sont difficiles à manipuler, tu ne sais pas comment les porter, les tourner, les déshabiller »*

*I2 « l'examen clinique des petits je ne me sentais pas non plus hyper compétente, ce qui est normal je trouve quand on n'a pas d'expérience... »*

*FR3 « oh et un truc super bête : moi au début je galérais pour mesurer l'enfant. Il gigote, il ne tend pas bien les jambes, tu ne sais pas si faut qu'il tende le pied au pas, je pense que parfois ce n'est pas super précis ce que je mets. Le périmètre crânien pareil, à quel niveau tu mesure... Bref c'est con, mais j'ai du mal »*

*R5 « Palper une fontanelle, examiner un tympan, faut que quelqu'un nous montre, nous guide, et là on improvise... »*

*FR1 « je trouve que j'ai pas acquis les connaissances suffisantes pour l'examen clinique... les pouls fémoraux j'ai l'impression de ne pas les sentir, l'examen des hanches je ne sais pas le faire correctement... c'est des choses qui m'embêtent, et où je suis consciente d'avoir plein de lacunes »*

*I3 « la luxation de hanche j'ai vu mais je sais pas faire »*

*FI3 « le dépistage des luxations de hanches, j'ai toujours peur de manipuler »*

*I3 « voir les tympons d'un bébé c'est galère »*

*FR1 « J'ai toujours du mal à voir les tympons des petits moi »*

## **1.2) Les questions du quotidien**

La majorité des personnes interrogées citent ce thème en premier : les questions sur le quotidien de bébé, l'alimentation et le sommeil normal, le remplissage des couches... Des questions non médicales pour la plupart, qui mettent souvent les jeunes médecins en difficulté.

*R4 « ce qui me fait bloquer c'est pas vraiment du purement médical, plutôt des à côté, des conseils pratiques »*

*I6 « ce qui manque, c'est le genre de conseil que tu vois pas dans les items de l'ECN, tous ces trucs que les médecins pensent peut-être évidents parce qu'ils en ont vu plein et sont parents peut-être, mais bon nous personne ne nous le dit »*

*R1 « les questions du genre 'est-ce que c'est normal qu'il dorme comme ça ?' ou concernant le comportement de l'enfant : agitation, sommeil, alimentation (...) dans ce champ je suis incompétente. Tous ces conseils, surtout chez les tout petits, on est un peu démuni... Et on ne nous l'apprend pas à la fac. »*

Les personnes interrogées insistent en particulier sur **l'alimentation**, et le sujet des laits revient fréquemment. La diversification alimentaire est mentionnée par une personne.

*I5 « les différents biberons, les différents laits... Tout ça moi j'y connais rien »*

*R4 « les questions sur tels ou tels laits, franchement j'en ai aucune idée »*

*F13 « les laits ! y en a trop de différents »*

R1 « les problèmes de lait je sèche toujours »

R2 « Après le truc qui me pose plus de problème, c'est toutes les questions sur la diversification alimentaire »

Les sujets suivant sont également abordés : le **sommeil** de l'enfant, le **transit** de l'enfant, les **topiques** appropriés, les **pleurs**.

R4 « les quantités, les couleurs de selles normales... je bloque »

I5 « les pleurs sans motif, c'est un grand mystère »

I6 « On fait quoi pour un môme qui dort pas ? »

F11 « les talcs à mettre sur les fesses de bébé ! Tu ne trouves pas ça dans tes cours, et tu sais pas où chercher ! »

### **1.3) Le développement normal de l'enfant**

Certains mentionnent la difficulté pour eux d'évaluer le développement normal d'un enfant.

I2 « Le développement normal de l'enfant, les troubles du développement, les troubles de l'apprentissage, je ne me sens pas hyper bien formée ... Les grandes étapes, le suivi au long cours, les enfants qu'on est censé connaître à force de consult, ça ne me parle pas. »

R1 « le développement psychomoteur c'est quelque chose qui n'est pas naturel pour moi, il me faut un support »

R4 « a tout ce qui est développement psychomoteur, je ne pense pas être toujours très carrée, je connais pas tous les items (...) j'ai vu les médecins en PMI bosser un peu : leur interrogatoire

*est tellement plus complet que ce que nous on fait ! On a franchement des lacunes nous à côté »*

*R5 « tout ce qui est dépistage, c'était chaud, j'avais beaucoup de mal à savoir ce qui était normal ou pas, et surtout où envoyer les enfants si c'est pas normal »*

#### **1.4) Les vaccins**

La réalisation d'un vaccin est mentionnée plusieurs fois, souvent en regard d'un nourrisson mais également chez le grand enfant. Le caractère « violent » du geste est évoqué, avec la réticence des jeunes médecins à le pratiquer de peur de faire mal, de « traumatiser » l'enfant.

*I4 « je suis pas à l'aise avec les vaccins (...) je trouve ça traumatisant »*

*R3 « la méthode pour vacciner les petits, on ne nous l'apprend pas vraiment, c'est de l'improvisation au début »*

*FI4 « je suis toujours un peu stressée pour les vaccins des petits »*

*R5 « Pour les vaccins par exemple, ils sont terrorisés, c'est hyper dur parfois »*

*R1 « les premiers vaccins chez les nourrissons c'était un peu stressant au début »*

Une personne interrogée cite aussi la difficulté à savoir comment effectuer un rattrapage chez un enfant qui n'est pas à jour sur le calendrier vaccinal.

*R5 « Les rattrapages vaccinaux aussi : on sait faire quand un enfant est bien vacciné, mais quand un enfant a eu des loupés ou vient d'arriver en France et n'a rien eu, on est souvent coincé »*

### **1.5) Les petits maux de bébé**

Les pathologies bénignes fréquentes, surtout du nourrisson, sont citées comme sources de difficultés par certains telles que les coliques, la constipation, les reflux

*R1 « Les histoires de coliques chez les bébés, je n'ai jamais vraiment appris ce qu'il fallait faire »*

*I6 « Personne pense à nous donner ces astuces pour notre boulot : on dit quoi aux parents d'enfants avec des coliques ? On fait quoi quand le lait qu'on a appris à prescrire marche pas et que le môme a des reflux quand même ? »*

*R5 « Les petites pathos fréquentes, style colique et constipation, ce genre de petites prescriptions ou conseils de base, on les a pas au début... »*

### **1.6) Les éruptions cutanées**

*I1 « Les éruptions, on sait jamais ce que c'est (...) je sais pas comment faire la différence entre une cause ou une autre »*

*R1 « la dermato aussi... je galérais pas mal au début »*

*R5 « Je ne suis pas à l'aise avec la dermato de manière générale, mais en pédiatrie si c'est pas une varicelle ou un eczéma ben je suis très embêtée »*

*R4 « Bon y a quand même quelques trucs où je galère un peu... Tiens les éruptions cutanées par exemple »*

*R3 « mais moi les petits boutons ça me rend dingue. On ne sait jamais ce que c'est »*

### **1.7) Les troubles du développement staturo-pondéral**

Les sujets interrogés sont assez désarmés face à un retard staturo-pondéral, et auront tendance à adresser les patients sans chercher à faire de bilan en cabinet.

*R2 « les retards de croissance par exemple, j'adresse »*

*I3 « le truc que je ne maîtrise très clairement pas, c'est si un parent me ramène son enfant pour un retard de développement ou quelque chose comme ça. Je me sentirais un peu bête, j'adresserai je pense »*

*R1 « Je vois une cassure de courbe, j'envoie chez le pédiatre cash »*

### **1.8) Dépistage des troubles audiovisuels**

Les médecins rapportent un manque de formation sur ce sujet : l'examen n'est pas effectué de manière optimale selon eux, et est uniquement réalisé sur plainte des parents ou déficit flagrant.

*I4 « les dépistages audiovisuels, y a de grandes lacunes, on est pas formé »*

*I6 « je me sens un peu imposteur quand je fais des dépistages visuels et auditifs... »*

*FR4 « moi y a aucun cabinet où je remplace où y a de quoi faire des test visuels, auditifs... ces dépistages là je ne les ai jamais faits »*

### **1.9) Trouble de l'attention, du comportement, trouble psy**

Un certain mal être est mentionné quand les sujets parlent de trouble du comportement et pathologie psychiatrique chez l'enfant.

I3 « l'autisme (...) je ne saurais pas quoi faire si j'en croise »

R5 « Un truc encore plus dur c'est les enfants hyperactifs, ou l'autisme : faut vraiment envoyer dans le bon filon, bien coordonner, mettre en place quelque chose de concret »

R2 « le monde compliqué de la pédopsychiatrie qui est difficile... les énurésies secondaires, les troubles relationnels avec les parents, les dépressions de l'enfant... on est vraiment sous qualifié pour ces thèmes »

FR3 « la psycho chez les petits c'est dur. C'est comme les énurésies secondaires, c'est un casse-tête de prise en charge »

### **1.10) L'énurésie primaire**

I3 « j'ai vu une énurésie primaire, je ne savais absolument pas quoi dire »

I6 « l'énurésie primaire je pense que c'est un truc où je galèrerais »

### **1.11) Les difficultés avec les adolescents en consultation**

R5 « Ils ne parlent pas beaucoup, ils sont dans l'opposition, y a des soucis psychiques et physiques bien à eux... Je trouve que la gestion est plus dure » en parlant des ados

R4 « Mais c'est pas facile en tant que généraliste, ce genre de problème relationnel parents-enfants lors de l'adolescence »

### **1.12) Les urgences**

La prise en charge d'urgences en cabinet est rarement abordée. Les détresses respiratoires, les suspicions de méningites, l'état de mal sont tout de même évoquées par deux personnes :

*I3 « le truc qui fait peur, c'est la détresse respiratoire en cabinet, ou la fièvre avec les maux de tête... faut savoir si tu fais une PL, si t'envoie aux urgences ou pas »*

*FR3 « J'ai eu une expérience flippante : petite de 10 mois amenée par sa mère en consultation lors d'une garde SOS médecin, 41 de fièvre, marbrée, en état de mal. J'ai tout de suite appelé le SAMU, mais je peux te dire que les 20mn d'attente ont été longues... j'arrêtais pas de me dire mon dieu qu'est-ce que je fais si elle fait un arrêt, comment on masse un nourrisson de nouveau, qu'est-ce que je peux lui injecter... Je restais calme à l'extérieur pour ne pas inquiéter la mère -qui n'avait pas l'air très inquiète soit dit en passant- mais j'étais à deux doigts de pleurer de soulagement quand le SAMU est arrivé ! »*

### **1.13) Une appréhension à voir un enfant handicapé**

*R5 « le handicap chez l'enfant, comment gérer ces petits patients, c'est dur parce que faut qu'on improvise, on n'est pas formé »*

## **2) Les difficultés dans le déroulé de la consultation**

En plus des thèmes de consultation, les jeunes médecins mentionnent également des difficultés dans la gestion d'une consultation pédiatrique, et ce dû aux acteurs de cette dernière : les enfants ainsi que leurs parents.

### **2.1) Les difficultés dans la gestion des parents**

#### *2.1.1) La difficulté à intégrer les parents dans la consultation pédiatrique*

*I5 « En fait en pédiat tu te rends compte que l'approche de l'adulte 'parent' est particulière, c'est une consultation à trois : tu vas regarder la gestuelle de l'enfant pour interpréter les dires des parents. Tu dois intégrer ce que tu vois avec l'anamnèse, c'est difficile au début... Et c'est un truc qu'on ne nous apprend pas en tant que jeune étudiant. »*

#### *2.1.2) La gestion de l'angoisse des parents*

*F16 « ensuite on se retrouve face à des parents qui sont hyper angoissés, et ils nous transmettent leur angoisse... on a peur de louper quelque chose, de mal faire, et surtout on a peur que les parents remarquent qu'on est un peu largué ! »*

*R4 « l'angoisse des parents c'est pas facile à gérer au début, surtout ceux qui sont désagréables et exigeants »*

*I3 « les parents peuvent te stresser en regardant par-dessus ton épaule et en te posant mille questions »*

### 2.1.3) La communication en cas d'incertitude diagnostique

R5 « [je ne sais pas trop] comment aborder le problème avec les parents aussi, comment faire part de mes inquiétudes sans trop les inquiéter, sans trop faire part de mes doutes. »

I4 « Bon en même temps tu peux pas passer une demi-heure sur internet quand tu sais pas... Et tu peux pas inventer des fausses informations pour te débarrasser des parents... Et tu ne peux pas avouer que tu ne t'y connais pas trop... Je sais pas, j'ai pas vraiment été confronté à cette situation pour l'instant. J'improvise ? Je sais pas... »

### 2.1.4) La gestion de la non-prescription

R5 « j'ai du mal à gérer l'absence de prescription, quand ils viennent pour un problème réel mais où y a rien à donner, par exemple une toux chez l'enfant, sans fièvre : ils veulent absolument quelque chose pour cette toux mais souvent y a rien (...) c'est difficile à entendre pour certains »

### 2.1.5) L'impression de non légitimité des jeunes médecins

R1 « j'ai l'impression que les parents savent plein de trucs, ont plein de questions, et toi tu ne sais pas trop quoi leur dire (...) je suis souvent sans réponse devant les questions des jeunes parents, j'ai l'impression de tricher en improvisant (...) c'est l'expérience qui te permet de donner des conseils, et au début tu n'as pas d'expérience, donc tu ne peux pas donner de conseils »

R4 « Et faut savoir que les parents de nos jours ils sont super bien formés ! Il y a une asymétrie, souvent ils savent mieux que toi... »

*I5 « Tu es censé avoir un minimum de connaissances parce que tu es médecin, mais bon en vrai quand tu débutes parfois tu sais pas vraiment... et tu parles sans savoir. Parfois j'ai l'impression d'enfumer les parents, c'est assez horrible »*

## **2.2) Les difficultés dans la gestion de l'enfant**

### *2.2.1) L'enfant turbulent*

*R4 « c'est les enfants pénibles en cabinet qui posent problème parfois, tu sais pas quoi faire avec eux »*

*I5 « j'ai tendance à avoir un manque de patience avec un enfant qui coopère pas, qui veut pas ouvrir la bouche, qui veut pas que tu regardes ses oreilles, qui se débat dans tous les sens... t'as l'impression qu'il faut se battre pour faire ce que t'as à faire »*

*FR3 « les mêmes inexaminables, je ne sais toujours pas comment les aborder ! Les enfants qui te tapent, qui se mettent en apnée quand tu veux ausculter, qui crient « non ! » dès que tu leur demandes un truc... cette agressivité ça rend l'enfant complètement inaccessible, tu peux pas raisonner avec lui, c'est hyper compliqué »*

### *2.2.2) Un contact difficile avec l'enfant*

*I5 « c'est pas naturel pour moi de gazouiller avec un enfant (...) c'est surtout avec les enfants en bas âge (...) Ensuite une fois qu'il a l'âge de raison, vers 7-8 ans, quand tu peux avoir une discussion... ça va déjà mieux ! »*

### 2.2.3) L'appréhension dans l'approche du nourrisson

I1 « Au début je ne savais pas quoi faire avec les mômes, comment les toucher, comment les tenir... Surtout les tout petits ! (...) Je n'ai pas de gosses dans mon entourage, du coup le premier contact bébé c'était à l'hôpital...c'était galère »

### 2.3) Une appréhension lors de la prescription

D'autres sujets mentionnent leur difficulté, principalement en début d'exercice, à effectuer une prescription pédiatrique.

R2 « quand on n'a jamais prescrit chez un enfant ça peut faire peur au départ »

I4 « sur l'adaptation posologique faut avoir l'habitude de prescrire chez un enfant, ce que tu n'as pas au début »

R3 « je ne suis toujours pas vraiment à l'aise avec la posologie et la prescription chez les petits...

Les molécules, l'adaptation au poids, quoi choisir »

## SYNTHESE

Les thèmes abordés lors des difficultés ressenties en pédiatrie sont :

- la réalisation de l'examen clinique d'un nourrisson
- les questions sur le quotidien de l'enfant
  - l'alimentation au premier plan ( les différents laits surtout, mais également l'allaitement et la diversification)
  - les autres thèmes du quotidien : le sommeil, le transit, les pleurs, les topiques
- la réalisation des vaccins
- les éruptions cutanées
- le développement normal de l'enfant, et savoir repérer les déviations vers le pathologique
- les cassures de courbes
- le dépistage des troubles audiovisuels
- les troubles du comportement / pédopsychiatriques
- d'autres thèmes mentionnés moins fréquemment : l'énurésie primaire, la consultation de l'adolescent, la consultation de l'enfant handicapé, les urgences chez l'enfant

Les difficultés de gestion d'une consultation pédiatrique :

- auprès des parents : difficulté à gérer leur angoisse, à gérer la non prescription, à communiquer dans un contexte d'incertitude, sentiment de non légitimité face à des parents qui en savent plus que nous.
- auprès des enfants : difficulté à gérer un enfant turbulent, à manipuler un nourrisson, mauvais contact avec les enfants.
- appréhension lors de la prescription pédiatrique.

## **D) Evaluation de la formation en pédiatrie des jeunes médecins**

### **1) Les points positifs**

Durant la discussion sur leur formation en pédiatrie, les médecins citent comme points positifs ayant eu un impact important sur leur pratique :

#### ***1.1) Le contact précoce, en tant qu'externe, avec la pédiatrie***

*R1 [en parlant de son stage d'externat en pédiatrie] « C'était pas mal pour te familiariser un peu avec l'examen du bébé, t'as pas vraiment de responsabilité mais tu peux t'entraîner à manipuler la chose, et ce très tôt dans le cursus ! Ça aide pour la suite »*

*I4 [en parlant de son stage d'externat en pédiatrie] « on pouvait parfois faire les examens des petits patients : ça a permis un premier contact précoce avec les nourrissons, et ça c'est bon à prendre »*

*R4 « Je suis passé par la réa ped en tant qu'externe, donc ça t'apprend un peu à apprivoiser les tout petits (...) On faisait les examens des J3 en réa, plein d'exams répétitifs des tout petits bouts de chou, ça aide pour se détresser sur les bébés !*

*I2 « Oui externe en cardio ped. Il y avait beaucoup de pathos congénitales, du coup on voyait des nourrissons et on pouvait s'entraîner à chercher les souffles, et faire un examen sommaire quoi... Pas très varié mais au moins ça m'a permis d'avoir un premier contact avec l'examen du nourrisson ! »*

### **1.2) Le contact répété avec la pédiatrie**

R2 « les autres de mon groupe qui n'avaient pas eu de formation ped aux urgences étaient vraiment flippés ! Moi c'est le contraire : je me réjouissais de voir un enfant arriver, parce que j'en avais déjà vu plein »

R4 « pouvoir se familiariser avec l'examen du nourrisson, c'est un cap qu'il faut passer (...) et à force qu'on te mette des bébés dans les bras et qu'on te dise 'allez vas-y examine', ben t'as pas le choix t'y va. Et avec la répétition, la peur s'enlève »

R5 « Les urgences ça t'apprend l'examen clinique à fond : tu vois beaucoup d'enfants, en pas beaucoup de temps, quand ça va vite on ne les garde pas en observation, on prescrit vite, bref t'apprend des tonnes »

I6 « Heureusement que j'ai vu plein d'enfants pendant mon internat, j'aurai été perdue maintenant sinon ! »

### **1.3) L'importance du contact spécifique avec les nourrissons**

R3 « un truc super pendant mon stage : ils nous faisaient faire l'examen du nourrisson à J1 en systématique ! Du coup des toutes toutes petites crevettes j'en ai vu plein, ça permet de casser l'anxiété que tu peux avoir à toucher ces petites choses »

R4 « on pouvait quand même faire l'examen ou au moins le début d'examen : déshabiller l'enfant, le peser, le mesurer... ça a pas l'air d'être grand-chose, c'est pas forcément hyper médical, mais mine de rien ça te permet quand même de t'habituer à manipuler un bébé, et ça te donne de l'assurance pour gérer une consultation avec un petit plus tard »

FR3 « : Il faut profiter du stage en gynéco pour passer du temps en pouponnière et câliner des bébés...moi c'est ce que j'ai fait histoire de me familiariser avec les nouveau-nés ! La pratique, y a que ça ! »

#### **1.4) le passage aux urgences est important pour la formation de médecine générale.**

Tous les sujets interrogés étant passés aux urgences pédiatriques en parlent comme d'un stage déterminant dans leur sentiment de compétence en pédiatrie

I4 [en parlant de son stage aux urgences] « Moi je me suis vraiment senti devenir médecin pédiatrique pendant ce stage »

FR3 « « c'est aux SAU que je pense on a le plus appris »

FR4 « j'ai fait pas mal de gardes au SAU, et on voit tellement de patients et de petits patients que ça aide vraiment sur la prise en charge »

FR5 « les gardes aux SAU c'est essentiel je trouve. Pour aborder les signes de gravité »

R3 « d'avoir fait des gardes aux urgences, je sais faire la différence entre un gamin qui va bien et un gamin qui va mal. »

R2 « j'ai fait 6 mois aux urgences de Hautepierre, et c'était super pour un med gé : on était un peu les pédiatres du quartier de Hautepierre (...) Je pense que c'est le stage le plus utile que j'ai fait de tout mon internat. Il a vraiment permis de nous apprendre à faire la différence entre un enfant qui va bien et qui peut rentrer et un enfant qu'il faut garder »

### **1.5) Le passage en PMI est intéressant pour la formation de médecin généraliste**

Les sujets passés en PMI mentionnent que ce stage est très utile pour apprendre à faire un suivi de l'enfant dans un contexte non pathologique. Il permet de voir le développement normal de l'enfant, et les conseils du quotidien, ce qui est moins abordé dans un autre stage.

R5 « La PMI on est plus dans le dépistage, l'éducation, la prévention, on prend donc plus le temps (...) ce sont des examens cliniques programmés, c'est que du dépistage, s'ils sont malades ils vont chez leur généraliste (...) c'est que de l'examen d'enfant normal, ils sont pas là parce qu'ils sont malades. Donc tu fais un exam de la tête aux pieds, avec une consultation axée sur l'alimentation, les vitamines, les vaccins... C'est super pour la med G ! »

FR4 « ce qui sert aussi (...) c'est la PMI. Là tu vois aussi le suivi normal d'un enfant »

FR3 « j'ai fait quelques consultations là-bas aussi c'est utile, ça permet de voir des petits en forme pour des exam de routine » en parlant de PMI.

### **1.6) Il est intéressant d'avoir des rappels théoriques pendant le stage pratique**

I1 « on avait des petits topos à faire régulièrement, donc ça permettait d'avoir des piqûres de rappel théorique tout au long du stage, c'était pas mal »

### **1.7) Il est important d'avoir une bonne séniorisation pendant le stage**

R4 « Mais je ne me rappelle pas d'une grosse panique pendant ce stage, parce que la chef était très présente, très dispo, t'étais jamais livré à toi-même (...) tu pouvais toujours lui parler. C'est important ça, d'avoir un bon chef »

R1 « Et les chefs étaient vraiment bienveillants, ça met en confiance »

I4 « Et c'était bien seniorisé, donc y avait pas ce stress de passer à côté de quelque chose. Dès que tu voyais un même, y avait toujours un senior derrière. C'était moins angoissant »

R3 « mon stage en pédiatry était vraiment très bien. Nos chefs étaient supers, ils étaient hyper impliqués, tout de suite ça aide niveau apprentissage »

## **2) Les critiques**

Plusieurs critiques ont également été soulevées lors de la discussion sur la formation pédiatrique des jeunes médecins :

### **2.1) Il n'y a pas assez de pédiatrie dans la formation de médecine générale**

FR4 « en gros j'ai pas fait beaucoup de pédiatry durant ma formation, du coup c'était dur de commencer à travailler »

I4 « le manque (...) c'est ce qui définit le mieux le contact pédiatrique formateur lors de l'internat »

FI4 « on n'est pas confrontés assez tôt ni assez souvent à la pédiatry. Après y a des connaissances spéciales ok, mais c'est comme pour tout le reste, ça s'acquiert. Mais il faut le faire à répétition, pour développer une habitude. Et ça on ne nous permet pas de le faire, on se contente de nous jeter dans le bain »

## **2.2) Trop de responsabilités, trop vite**

*I1 « Ah oui cash, on a été balancé aux urgences et on faisait les consultations seuls, c'était assez violent » en parlant du début de stage de pédiatrie*

*FI1 « Oui on a quasi aucun accès à la pédiatrie lors de notre cursus avant l'internat. Puis on devient interne, et on a tout de suite des responsabilités dans ce domaine, c'est dingue »*

## **2.3) Le stage praticien n'apporte pas vraiment de formation en pédiatrie pour certains**

Pour certains médecins interrogés, le stage praticien était le seul contact avec de la pédiatrie ambulatoire, et le fait de ne pas prendre en charge beaucoup d'enfants pendant ce stage a été décevant.

*I1 « Les gamins c'est le prat qui s'en occupait, je regardais c'est tout (...) c'était pas super formateur niveau pédiatrie »*

*I2 « en théorie j'étais chez une prat orientée gynéco-pédia, mais en pratique je n'ai pas vu beaucoup d'enfants et quasi pas de nourrissons »*

*I3 « J'ai dû voir deux gamins de moins de 6 mois pendant tout mon stage prat, donc pas grand-chose de ce côté. »*

I5 « Alors le prat chez qui j'étais, il faisait pas vraiment de pédiatrie »

I6 « J'ai fait deux prat différents, et aucun ne faisait vraiment de pédi... j'ai pas vu beaucoup d'enfants en fait »

R4 « j'étais que chez des prat hommes qui ne faisaient pas vraiment de pédi »

#### **2.4) La formation est trop centrée sur l'hospitalier, et non adaptée à un futur exercice ambulatoire**

I2 « le côté ambulatoire c'est important de l'apporter. Moi je l'ai pas vraiment eu par exemple »

I5 « Et aussi le fait qu'on ait fait des stages à l'hôpital, ben ça nous apprend à faire des prises en charge hospitalières (...) on n'a pas vraiment appris cette réflexion libérale »

I6 « c'était intéressant mais bon pour ma pratique de med G c'était pas super formateur »

FR5 « on ne m'a pas appris à faire les choses basiques qui servent tous les jours en médecine générale »

#### **2.5) Un manque de séniorisation**

I6 «. Les gardes aux urgences c'était pas mal, mais y avait pas de seniorisation c'était abusé.

[décrit sa 1<sup>ère</sup> consultation lors de sa 1<sup>ère</sup> garde aux urgences] « je rentre dans la salle et là je bloque quoi. Un tout petit truc de 17 jours, fièvre, détresse respi, il était bleu (...) Sur le coup je réfléchissais même pas à ce que je devais faire en tant que médecin, je me disais juste mais c'est pas vrai, c'est pas normal, je suis toute seule, ça fait une semaine que je suis là et je suis le médecin référent, mais merde mais qu'est-ce que je fous là quoi... Première fois de ma vie que je voyais un gamin de moins d'un mois, et il était bleu. Cool quoi. Alors heureusement les infirmières étaient top, avec encouragement, à répéter tout le temps t'inquiète ça va bien se

*passer, appelle le chef on s'occupe du conditionnement. Bref j'ai examiné en deux deux comme j'ai pu, et les inf ont désobstrué et mis de l'oxygène. Puis j'ai une chef au bout du tel qui me dit qu'elle ne peut pas venir maintenant, et que je dois faire le bilan bronchiolite et le transférer en USC. Mais bon c'était un 17 jours, j'étais pas bien moi, je voulais un chef avec moi ! Mais y en avait pas... Du coup je me suis appuyé sur les inf qui étaient au taquet, et j'ai parlé à la mère comme j'ai pu en essayant de la rassurer, je sais pas si j'ai réussi, je crois quand même... Mais bon j'étais pas bien. J'imagine juste voir un truc comme ça en cabinet, l'horreur... »*

*16 « moi il m'a manqué quelqu'un pour poser mes questions. Il me fallait un mentor, et j'en ai pas eu »*

*16 mentionne également l'importance d'avoir un référent volontaire pour répondre aux différentes interrogations de son étudiant : « Moi je me rappelle, bon c'est pas de la pédi, mais j'avais demandé une fois à ma prat de me montrer un examen de l'épaule. J'avais vu les schémas, mais c'est toujours mieux de voir en vrai. Ben elle m'avait dit « oui bon ça t'es censée l'avoir appris à ton niveau ». Du coup je me suis sentie super con, j'ai pas insisté du tout, je suis rentrée chez moi et j'ai regardé des tutos sur YouTube puis je me suis entraînée sur mes potes. Systèmes D quoi, mais bon c'est pas normal, on devrait pouvoir se tourner vers nos formateurs avec nos questions. Sans risquer de passer pour des nœuds je veux dire... »*

*11 « Bon ensuite si tu avais un doute tu pouvais demander au chef en théorie, mais en pratique tu ne le dérangeais pas pour chaque consultation, t'osais pas... On te faisait sentir qu'il fallait devenir très autonome très vite, que tu sois prêt ou pas. C'était hyper angoissant »*

*FR3 « Dans certains services je pense que les chefs préféreraient avoir des internes de pédi que des généralistes. Ou c'était juste le mien, je sais pas, mais en tout cas on avait l'impression*

*de l'embêter pendant le stage, c'était pas super confortable pour nous »*

*R1 « Moi je suis un peu une grande stressée, alors je veux voir le max de chose possible et toujours confronter mon point de vue à celui du chef pour être sûre que j'ai bien pensé à tout, que j'ai pas fait d'erreur...Sauf que bon le chef il a général d'autre chose à faire ! Donc sur ce plan je suis un peu insatisfaite, mais parce que j'en veux toujours plus, surtout niveau encadrement »*

### **2.6) Trop de passivité dans certains stages**

*R3 « j'étais surtout dans l'observation lors de ces stages, donc pas vraiment formateur »*

*R4 « sur les 6 mois, déjà y avait 2 bons mois où j'étais sur mon tabouret, et comme je t'ai déjà dit moi le tabouret ça ne me convient pas trop comme mode de formation.... Et être passif sur une chaise ça induit une somnolence, et on décroche au bout d'un moment. Pour apprendre il faut faire, prendre le bébé, examiner »*

### **2.7) Absence de rappels théoriques pendant le stage pratique**

*I3 « je trouve que ça aurait été pas mal pendant l'internat de pédiat de faire des rappels. Organiser des petites séances de formation, de rappel sur les recos... »*

*I2 « (il faudrait) Ajouter une formation théorique couplé au stage pratique. J'ai des lacunes, comme dit précédemment, que je n'ai pas réussi à combler »*

## ***2.8) Impression d'être superflu, négligé en tant qu'acteur de l'hôpital***

*R4 « y avait des panneaux sur les portes « interdit aux externes », ça m'avait refroidi aussi, c'était super dégradant, comme les panneaux « interdit aux chiens » sauf que là on parlait de nous »*

*FR3 « à l'hôpital on est souvent la 3eme roue du carrosse et on sert à rien »*

## SYNTHESE

Les points importants lors de la formation de pédiatrie

- un contact précoce avec la pédiatrie, durant l'externat
- un contact répété avec les enfants
  - surtout avec plus jeunes, pour « désacraliser » le nourrisson
- le stage aux urgences pédiatriques est important pour le sentiment de compétence
- le stage en PMI est utile pour le suivi de l'enfant normal
- les rappels théoriques couplés aux stages pratiques sont utiles
- il est important d'avoir un bon encadrement en stage de pédiatrie

Les critiques de la formation

- pas assez de pédiatrie lors de la formation de médecine générale
- certains ont trouvé le stage chez le praticien non formateur en pédiatrie
- trop de responsabilités, trop vite
- formation trop hospitalière pour un futur exercice ambulatoire
- trop de passivité, d'observation durant certains stages
- pas assez de séniorisation, manque de référent pour les étudiants

## **E) Les attentes des jeunes médecins concernant la formation optionnelle**

### **1) Une vraie demande de formation**

On note un véritable enthousiasme de la part des médecins lors de la discussion sur une formation supplémentaire pour les internes : de toute évidence, ils jugent l'initiative utile et souhaitée, et mentionnent qu'ils auraient aimé avoir la possibilité de « prendre » plus de formation durant leurs propres études.

*I2 « si on bosse en cabinet de med G faut prendre le max de formation »*

*I3 « je veux voir un max de choses (...) j'en veux toujours plus »*

*I6 « je voulais prendre le maximum possible (...) j'aurai clairement aimé avoir plus de formation. Avec du théorico-pratique. Et j'en aurai eu besoin aussi ! »*

*R1 « plus de pédiat ne peut qu'être positif »*

*R2 « si tu ne te sens pas à l'aise, entendre parler de pédiat sous toute les formes ça peut que te rassurer. Que ça soit avec le DU ou une formation sur quelques jours, tout est bon à prendre »*

*R4 « Y a plein de stages tellement futiles dans notre cursus, faudrait tous les remplacer par de la pédiat (...) c'est hyper important de bien insister dessus. Multiplier les stages, faire des rappels fréquents, prendre toutes les formations possibles... Plus on fait moins on aura peur »*

### **2) Thèmes souhaités dans une formation de pédiatrie :**

Les médecins souhaitent avant tout quelque chose de centré sur la médecine générale, avec des éléments concrets adaptés à leur pratique future.

*I3 « J'aurais aimé avoir quelque chose de concret sur ma pratique, plus orienté sur la médecine générale. Qu'on sache quoi faire une fois en exercice ! »*

Concernant les thèmes souhaitant être abordés, on retrouve ceux évoqués lors de la discussion sur les difficultés ressenties pendant une consultation pédiatrique :

### **2.1) L'examen du nourrisson**

*I1 « S'entraîner à manipuler un nourrisson (...) dépasser la peur de les toucher »*

*FR1 « Se familiariser avec l'examen du nourrisson, manipuler les petits, on le fait pas assez ça »*

*R3 « ... Après ce qui est difficile en pédiat, c'est l'examen, l'appréhension face à un nourrisson »*

*FI6 « Avoir au moins une fois fait l'examen systématique d'un nourrisson, pour désacraliser le geste »*

*FR3 « montrer comment faire un exam du nourrisson, comment examiner les hanches, comment bien voir le tympan d'un môme »*

### **2.2) Une formation sur l'urgence**

Les urgences sont mentionnées plus fréquemment que lors de la discussion sur les problèmes actuellement rencontrés par les médecins : ils n'ont pas l'impression d'avoir trop de difficultés dans leur pratique à repérer l'urgence, mais pensent qu'il est important de le mettre dans une formation de pédiatrie.

*I2 « et savoir repérer l'urgence »*

*R2 « les gros repères des pathologies aiguës courantes de l'enfant, de l'examen d'un enfant et surtout d'un nourrisson, les signes de déshydratation, savoir remplir un enfant... »*

*R3 « revoir les bronchiolites. Et les autres trucs qui peuvent éventuellement envoyer ton gosse aux urgences »*

### **2.3) Les questions du quotidien**

*I5 « Les différents laits, les questions de la vie de tous les jours que les parents te posent et où tu sais pas quoi dire parce que tu n'es pas parent »*

*I6 « le genre de conseil que tu vois pas dans les items de l'ECN et que t'apprends une fois que tu as un bébé toi-même »*

*R1« les conseils pratico-pratiques qui sont précieux pour les parents et qui nous manquent »*

*R3 « c'est les conseils de parents. Enfin les questions de base quoi, sur l'alimentation, comment gérer bébé qui pleure »*

*FI6 « les changements de laits, le bébé qui ne dort pas... les choses pratiques mais que l'on ne connaît pas »*

### **2.4) La réalisation des vaccins**

*I6 « En gros faire un point sur les vaccins, comment et où, parce que la cuisse ok mais où dans la cuisse ? et quelles méthodes pour traumatiser le moins possible ? »*

R3 « Les vaccins honnêtement faut le faire... piquer dans une poupée à la limite, mais bon c'est pas pareil ».

FR2 « faire des vaccinations »

### **2.5) Initiation à la prescription, avec exemple d'ordonnance**

R2 « quand on n'a jamais prescrit chez un enfant ça peut faire peur au départ, donc avoir quelques notions de prescription ça peut être pas mal. »

R4 « des questions ou des thèmes super pratiques, des exemples de prescription »

### **2.6) Une formation à la communication avec les parents**

R3 « Apprendre à parler aux parents aussi c'est important... »

R4 « ce qui est important et qu'on apprend pas du tout lors de notre formation théorique c'est comment parler avec les parents (...) Mais au début tu es désarmé, tu te prends tout de plein fouet, et tu sais pas forcément comment réagir. Et l'angoisse des parents c'est pas facile à gérer au début, surtout ceux qui sont désagréables et exigeants »

R5 « la communication avec les parents : faut essayer de développer ça »

### **2.7) Les dépistages des troubles audiovisuels**

R5 « Les dépistages auditifs et visuels comme dit, moi je l'ai eu en PMI et j'ai trouvé ça top. Parce que c'est très facile à faire quand on sait les faire, mais on sait pas les faire... »

### **2.8) Les plaintes courantes, les petits maux de bébés**

R5 « Les petites pathos fréquentes, style colique et constipation, ce genre de petites prescriptions ou conseils de base, qu'il est pratique d'avoir mais qu'on n'a pas forcément au début... »

### **2.9) Les bilans ambulatoires à la portée du médecin généraliste**

I3 « des guides de conduite à tenir sur les retards de développement, quels bilans faire en tant que med G »

### **2.10) Le suivi normal de l'enfant**

FR4 « se familiariser avec le suivi normal de l'enfant normal »

FR5 « suivre le développement psychomoteur, la croissance, avoir un contact avec des enfants »

## **3) Les attentes vis-à-vis de la pédagogie**

### **3.1) L'importance de coupler théorie et pratique**

FI5 « la théorie on garde ! mais faut combiner avec de la pratique (...) poser des questions, faire des manœuvres sur mannequins, faire des ateliers... »

I3 « les mises en situation c'est mieux que les cours théoriques (...) tu participes donc tu t'impliques »

*I5 « faire des séminaires en début d'internat ou avant d'avoir eu une expérience pratique, je suis pas sûr que ça soit utile »*

*I4 « les cours théoriques c'est toujours bon à prendre (...) et dans un contexte pratique on fixe mieux »*

*R4 « niveau théorie, c'est vrai qu'on en a beaucoup avant nos stages, mais vu que c'est pas attaché à de la pratique on imprime pas vraiment je trouve »*

### **3.2) Faire des jeux de rôle**

*R2 « des cours en petit comité, avec participation des étudiants pour les engager plus, faire quelques mises en situation »*

*3.2.1) Pour développer les compétences dans le domaine de la communication avec les parents*

*R4 « Dans ma fac on faisait des jeux de rôle pour juger de notre façon de communiquer : oralement tu devais dire ce que tu faisais et ce que tu regardais à l'acteur qui jouait le parent qui posait des questions. Et y avait une grille, des items pour évaluer tes capacités d'interaction : n'a pas les bras croisés, regarde dans les yeux, est tourné vers le patient... »*

*R5 « C'est toujours quelque chose si un parent vient consulter pour son enfant, même si c'est pas rationnel faut toujours bien leur faire sentir qu'on entend leur plainte, leur inquiétude, et qu'on en tient compte. Ça je pense que c'est possible de faire passer comme message, et quitte à faire des jeux de rôle, ça peut être intéressant »*

### 3.2.2) Pour se former dans le domaine de la prise en charge de l'urgence

FR3 « quoique la simulation pour les urgences ça peut être pas mal. »

FR1 « la simulation ça peut être utile pour les gestes, ou pour les situations d'urgence (...) ça peut t'aider à dédramatiser une situation si tu l'as vu au moins une fois, même en jeu »

### 3.2.3) Les réticences à participer aux jeux de rôle

-La timidité

R1 [en parlant des jeux de rôle] « j'aime pas (...) j'ai horreur de parler en public, je suis pas à l'aise »

-Le manque d'authenticité

FR2 « honnêtement les jeux de rôles j'ai jamais trouvé ça utile (...) tu sais que ça n'est pas une vraie situation, tu ne réagis pas comme tu le ferais en vrai »

-Le manque de prise au sérieux de l'exercice par les participants

FR3 « les jeux de rôle ça dépend de ton implication, et des gens en face ! Si c'est un scénario sérieux, compliqué, et que tu prends ça au sérieux, ça peut te permettre de réfléchir à ce que tu peux faire, ce que tu peux proposer, sans avoir le stress d'avoir un vrai patient en face de toi. Mais ça dépend de la qualité des formateurs, de la qualité des scénarios, et de la bonne volonté des participants. Donc c'est aléatoire, et je pense que c'est pour ça qu'on a une mauvaise image de ces exercices. Si tu tombes sur un groupe qui se bidonne pendant tout l'exercice, ce qui est souvent le cas, effectivement c'est une perte de temps »

### **3.3) Donner un rappel écrit ou informatique**

R3 « *Ils nous ont donné tout un tas de documents, des protocoles super utiles et je les ai tous gardés en plus : je les utilise encore maintenant* »

I6 « *Prends tout ce que tu peux comme protocoles qui traînent dans tes stages, c'est important d'avoir une trace* »

#### **4) Les attentes vis-à-vis des intervenants**

Les jeunes médecins mentionnent à plusieurs reprises une volonté de rencontrer d'autres professionnels de soins lors de la formation, la notion de pluridisciplinarité étant importante dans l'exercice de la médecine générale selon eux.

R4 « *... Après ça pourrait être intéressant de voir plusieurs intervenants ? (...) des demi-journées consacrées à une rencontre avec un pharmacien, un orthophoniste, un pédopsychiatre... Ça te permet de voir un peu ce que font les gens à qui tu vas envoyer tes petits patients, voir comment ils travaillent, ce qu'ils font... On n'est pas assez dans l'échange, la pluridisciplinarité je trouve, on ne nous l'apprend pas vraiment et donc ensuite une fois installé ben on n'y pense pas (...) ça serait intéressant d'introduire un peu cette notion de pluridisciplinarité dans notre métier, le plus tôt possible* »

R3 « *Ah et comme je t'ai dit avant, rencontrer des autres soignants ça peut être intéressant, comme mes orthophonistes en HDJ* »

## SYNTHESE

- Présence d'un désir de formation supplémentaire en pédiatrie chez les médecins
  
- Thèmes souhaités suivent logiquement ceux abordés dans les difficultés ressenties lors de l'exercice actuel : examen du nourrisson, quotidien de bébé, petit maux de bébé, vaccins, prescription en pédiatrie, communication avec les parents, suivi normal de l'enfant, dépistage des troubles audiovisuels, repérage de l'urgence.
  
- Pédagogie :
  - importance du couplage théorie et pratique
  - utilité des jeux de rôles pour travailler la communication avec les parents, les mises en situations d'urgence.
  - importance de repartir avec une trace écrite de la formation (ou informatique...)
  
- Important d'introduire la notion de pluridisciplinarité dans la formation

## **IV. DISCUSSION**

### **A) Discussion de la méthode**

Le choix de la méthode qualitative s'est imposé étant donné la nature de notre étude. En effet, le but de notre travail était d'explorer un ressenti, d'observer des comportements

face à une situation donnée - la consultation de pédiatrie. Les résultats attendus sont subjectifs, et donc impossibles à mesurer dans une étude quantitative.

La population d'une étude qualitative n'a pas besoin d'être représentative statistiquement parlant. On recherche la diversité dans un échantillon pertinent, qui permet idéalement de recueillir un maximum de ressentis et de points de vue différents de façon à pouvoir faire une analyse inductive généralisée. Dans notre étude, malgré l'échantillonnage de convenance, un ratio homme-femme satisfaisant de 13 femmes pour 10 hommes a été obtenu au hasard des recrutements des participants. Les situations familiales des sujets étaient différentes, et leur durée d'exercice allait de quelques mois à presque trois ans, offrant une grande variabilité de sujets susceptibles d'énoncer des opinions différentes.

Pour nos entretiens, le chercheur était aussi enquêteur : on peut se poser la question de la présence d'un biais d'investigation ; En effet, le vécu et l'opinion personnelle ont pu influencer l'élaboration des questions, ainsi que l'orientation de l'interview et ce malgré un effort de neutralité. Toutefois, la connaissance du milieu et des situations du chercheur a également pu aider à créer un climat de confiance et d'entre-soi avec les sujets participant à l'étude, et ainsi favoriser l'obtention d'un maximum de données.

En recherche qualitative, l'analyse suit une démarche interprétative (9), le biais d'interprétation est alors inévitable. Nous avons essayé de le limiter par une double analyse thématique effectuée de manière indépendante par l'enquêtrice et sa directrice de thèse.

Pour notre travail, nous avons suivi une démarche strictement inductive telle qu'elle est décrite par Glaser et Strauss (16) dans laquelle tout part du terrain, sans effectuer une bibliographie au préalable hormis une recherche de travaux similaires. C'est le concept de la théorie ancrée : « faire émerger la construction théorique d'une recherche non pas de la

littérature scientifique mais de l'analyse et de l'interprétation des données recueillies » (15)

Néanmoins, cette approche a été remise en question par différents auteurs, dont Paillé lui-même qui est l'un des pères de la théorie ancrée. (18, 19). En effet, ils stipulent « qu'il n'est pas souhaitable de s'engager à l'aveugle dans le recueil des données, sans avoir au préalable construit une question spécifique de recherche sous tendue par les données de la littérature »

(15) La réalisation d'une bibliographie à la genèse de notre étude nous aurait peut-être permis d'élaborer une grille d'entretien plus précise.

## **B) Discussion sur le concept de « compétence »**

Afin de mieux réfléchir au moyen de préparer les internes au démarrage de leur vie professionnelle, nous avons réfléchi au concept même de la compétence, et à ce qu'il signifie.

### **1) Qu'est-ce que « être compétent » ?**

- L'HAS, définit la compétence comme un « savoir », « savoir-faire » et « savoir être » qui, en s'articulant, permettent de « savoir agir » et insiste sur le fait que ce principe est évolutif et progresse avec l'expérience (20)
- Selon le CNGE, la compétence est un savoir agir complexe permettant non seulement l'identification des problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée (21)
- Dans leur article « Defining and assessing professional competence », les docteurs Epstein

et Hundert développent encore cette notion de la manière suivante : « la compétence des professionnels est plus que l'utilisation de connaissances théoriques ou qu'une capacité à résoudre des problèmes avec des solutions standards. Il s'agit notamment de savoir prendre en charge des problèmes ambigus, de supporter l'incertitude et de savoir prendre des décisions dans ce contexte » (22)

## **2) Qu'est-ce que « être compétent » en médecine générale ?**

Le CNGE définit la médecine générale comme une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.

Six compétences fondamentales lui sont attachées (23)

- Premier recours, incertitude, urgences
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée sur le patient
- Professionalisme

## **3) Qu'est-ce que « être prêt à exercer » ?**

Le sentiment d'être prêt à exercer est fondamental pour tout début d'activité, et

comprendre les facteurs influençant son émergence peut s'avérer utile pour toute formation visant à préparer les internes à la vie professionnelle. Cela a fait l'objet d'une thèse (24) puis d'un article publié dans la revue de Pédagogie Médicale (25).

Les auteurs écrivent que ce sentiment d'être prêt à exercer se développe en trois étapes :

- la phase émotionnelle inaugurale où le sujet angoisse devant l'écart entre connaissances acquises et habileté mobilisée

- la prise de conscience des compétences nécessaires à la suite de la confrontation avec une situation authentique

- l'acquisition de l'expertise.

De plus, ce sentiment se structure grâce à différents éléments, dont :

- la construction de l'identité professionnelle (qui suppose la présence d'un rôle modèle, l'émergence d'un sentiment d'affirmation de soi et la construction d'un projet professionnel)

- le développement d'un « sentiment de légitimité » (qui se développe grâce à la satisfaction des patients, la reconnaissance de ses pairs et/ou des instances facultaires, et le plaisir personnel à exercer)

Nous pouvons dès lors nous pencher sur ces éléments pour réfléchir à la manière dont il est possible d'aider les internes à développer ce sentiment d'être prêt à exercer, en regardant sur quels déterminants il nous est possible d'agir. La mise en situation authentique est importante, et le contact avec l'enseignant, le « mentor » est primordial pour la

construction de l'identité professionnelle sous réserve d'un bon « feedback » (26) Les stages chez le praticien, de niveau 1 ou 2 offrent en principe ces deux éléments, et devraient donc aider au développement du ressenti de compétence.

## **C) Discussion des résultats**

### **1) Regard sur l'exercice de la pédiatrie : il est difficile, anxiogène**

Les verbatims retrouvés dans nos entretiens pour décrire le rapport entre les médecins et la pédiatrie sont souvent assez négatifs, tournant autour de l'anxiété. Les participants mentionnent également être plus à l'aise lors d'une consultation adulte. Cette notion est retrouvée dans une étude s'intéressant au ressenti des médecins généralistes lors des consultations des enfants de moins de 16 ans dans deux secteurs d'Ile-de-France (27) : près de 20% des généralistes interrogés se disent moins à l'aise lors d'une consultation de pédiatrie. Ils citent des raisons comparables à celles citées dans notre étude : des consultations plus difficiles, et une peur de passer à côté d'une pathologie spécifique à la pédiatrie. La notion de la durée des consultations plus longue est également citée dans l'étude, mais absente chez nous.

Il est intéressant de réfléchir sur cette représentation complexe et anxiogène de la pédiatrie par les médecins, et ce d'autant plus que si l'on se penche sur la typologie des consultations de pédiatrie, les raisons de cette appréhension n'apparaissent pas clairement ; En effet, une thèse parisienne réalisée en 2012 explorant la consultation pédiatrique en médecine générale (28) montre que les principaux diagnostics de consultation sont des

affections bénignes touchant les voies aéro-supérieures (rhinopharyngite, angine...) suivis des actes de prévention (certificats médicaux, vaccinations...) Une autre étude montre qu'un tiers des consultations de pédiatrie ne donne lieu à aucune prescription et près de la moitié des prescriptions relève de seulement trois sous-classes médicamenteuses (29). De fait, entre 2 et 10 ans, 10 pathologies représentent plus de la moitié des consultations pédiatriques : de manière générale, les enfants posent moins de problèmes aux généralistes que les adultes (30).

Cela souligne le côté un peu irrationnel de cette « peur » de l'enfant, liée en partie à l'idée que les médecins se font de l'enfant, et plus encore du nourrisson. En parlant de l'importance pour les étudiants de faire des examens répétés chez les plus jeunes, l'une des participantes explique cela par la nécessité de « désacraliser » le nourrisson, illustrant son côté un peu mystique et révérend... La répétition du contact avec les enfants, et les bébés surtout, peut aider à dépasser cette image de l'enfant intouchable, pouvant être un obstacle à une bonne prise en charge en début d'exercice.

Il serait dans ce sens intéressant d'encourager le passage systématique des externes dans des services leur permettant de s'entraîner à examiner des nourrissons, comme le suggèrent les étudiants ayant eu cette expérience.

## **2) Exercice de la pédiatrie et parentalité**

Les médecins interrogés font la corrélation entre « être parent » et « être un bon médecin pour enfant ». Nous nous sommes penchés sur cette notion, qui peut paraître

intuitive de prime abord : s'occuper d'un enfant dans sa vie personnelle aide à se sentir compétent dans sa vie professionnelle vis-à-vis de la pédiatrie. Une thèse réalisée à Nice en 2016 s'est intéressée à l'impact de la maternité sur 18 médecins généralistes. Pour toutes les femmes interrogées, la maternité avait enrichi leur pratique en pédiatrie et en gynécologie : elles se sentaient plus à l'aise, plus confiantes et plus compétentes. Elles se trouvaient également plus à l'écoute et dans l'empathie avec les patients parents (31) Nous voyons donc que cela rejoint le sentiment exprimé par les participants à notre étude. Qu'en est-il alors du côté des parents ? Une étude réalisée à Lille et s'intéressant au ressenti et aux attentes des parents concernant le médecin s'occupant de leur nourrisson met en valeur plusieurs aspects importants pour les parents : la disponibilité du médecin, son écoute, son empathie, le sentiment de confiance et de familiarité qu'il inspire, ses compétences médicales... La parentalité, elle, n'est pas citée une seule fois. La notion « d'expérience » est mentionnée, mais dans le contexte de la durée d'exercice : pour certains, un médecin généraliste plus âgé aura plus de savoirs accumulés au cours de sa pratique et inspirera donc plus confiance. Le fait qu'il ait des enfants lui-même en revanche n'est pas un critère cité par les participants à cette étude. (32)

Selon ces études, les médecins accorderaient donc plus d'importance à la notion de parentalité dans l'exercice de la pédiatrie que les patients parents eux-mêmes.

### **3) Les thèmes évoqués dans le cadre des difficultés en pédiatrie**

Après analyse, on remarque que les thèmes les plus fréquemment mentionnés comme difficiles par les jeunes médecins ne relèvent pas du pathologique à proprement dit ; En effet, les 5 problématiques de consultations les plus mentionnées sont : l'examen du nourrisson, les

questions du quotidien avec l'alimentation au premier plan, l'évaluation du développement normal de l'enfant, les vaccins, la relation triangulaire parents-enfant-médecin.

### **3.1) Des résultats similaires dans la littérature...**

- Une thèse réalisée à Nantes en 2013 s'intéresse à la formation en pédiatrie des internes de médecine générale du troisième cycle (33) : pour cela, une étude quantitative a été réalisée auprès de 113 médecins généralistes pour identifier les difficultés ressenties dans leur pratique. Il est mis en évidence que les trois difficultés principales sont les soins de puériculture et l'alimentation, les pleurs et coliques du nourrisson, et la gestion de la relation triangulaire enfant-parents-médecins : ce sont donc des situations ne relevant pas du pathologique, ce qui concorde avec nos résultats.
- Dans une thèse réalisée à Tours en 2009 (34), l'auteur se pose la question de savoir si les enseignements du troisième cycle sont en adéquation avec les besoins des jeunes généralistes, et organise des *focus groups* pour essayer d'y répondre. On retrouve les conclusions suivantes : les principales difficultés retrouvées n'appartiennent pas au domaine de la pathologie. Les thèmes les plus cités sont encore une fois l'alimentation, la relation triangulaire spécifique à la pédiatrie, et le développement normal de l'enfant.
- Une thèse réalisée à Bordeaux en 2016 (35) explore les motivations d'inscription des internes au DU de pédiatrie proposé par leur faculté, et une enquête de pratique déclarative à la fin de l'étude demande aux étudiants de parler d'une situation

pédiatrique rencontrée estimée difficile à gérer : encore une fois, les thèmes ressortants sont l'alimentation, le développement du nourrisson et de l'enfant et la gestion de ses différents troubles, que cela soit au niveau psychomoteur, staturo-pondéral ou de la croissance. Interrogés sur leur désir de formation, les internes déclarent vouloir avant tout avoir une vision globale et générale de la pédiatrie.

- Une thèse soutenue à Angers en 2016 (36) explore avec une étude quantitative par auto-évaluation le sentiment de capacité des internes de médecine générale concernant le suivi des nourrissons : les difficultés principales sont encore une fois des éléments ne relevant pas du pathologique : l'alimentation, le soutien à la parentalité, les troubles du comportement.

### ***3.2) ...avec quelques divergences***

Nous retrouvons néanmoins deux études avec des résultats ne correspondant pas aux nôtres :

- Une enquête d'opinion réalisée auprès de 111 médecins dans le Languedoc Roussillon en 2014 (37) met en avant un manque d'intérêt pour les questions de l'alimentation, de la puériculture, ou des vaccins au profit de thèmes tels que la prise en charge des maladies chroniques ou la consultation des adolescents.

- De même, une enquête sur les conseils de puériculture donnés par les médecins généralistes réalisée lors d'une thèse parisienne en 2017 (38) révèle que les praticiens sont plutôt à l'aise avec les conseils sur les coliques, l'alimentation, le sommeil.

Cette divergence de résultats peut s'expliquer par la moyenne d'âge plus élevée des populations concernées par ces études. En effet, les médecins participant aux deux enquêtes citées plus haut sont significativement plus âgés que ceux de notre étude : une moyenne d'âge de 54 et 55 ans respectivement, alors que les médecins interrogés par nos soins sont des trentenaires en début d'exercice. De même, les sujets participant aux thèses dont les résultats convergent avec les nôtres sont des internes ou des médecins dont la moyenne d'âge est de 45 ans tout au plus.

Nous pouvons avancer l'hypothèse que les difficultés des médecins sur les questions de puériculture et de la gestion du quotidien en pédiatrie concernent surtout les médecins en début d'exercice, n'ayant pas encore beaucoup d'expérience en cabinet. Le suivi de l'enfant normal représente une part non négligeable des consultations en pédiatrie de médecine générale ; De ce fait, la question du manque de formation initiale sur la prise en charge d'un enfant en bonne santé peut se poser.

### ***3.3) La compétence des médecins concernant l'alimentation***

En dehors du ressenti des compétences des médecins, deux études montrent que de vraies lacunes peuvent exister concernant les conseils sur l'alimentation. Dans l'évaluation des pratiques en médecine générale dans le département du Puy-de-Dôme réalisée en 2008 sur

l'alimentation du nourrisson (39), seulement un tiers des médecins interrogés répond correctement aux trois thèmes principaux qui sont l'allaitement maternel, l'allaitement artificiel et la diversification alimentaire. Une thèse s'intéressant aux lieux de formation des internes de médecine générale à la pédiatrie du nourrisson soutenue à Paris en 2013 (40) observe que les étudiants étaient mal formés aux conseils sur les laits infantiles et ce tous parcours confondus (PMI, hôpital et urgences, stage ambulatoire)

### ***3.4) La particularité de la prise en charge du nourrisson dans notre étude***

Nous pouvons noter un aspect dans nos résultats se démarquant des autres travaux sur le même thème : la place centrale du nourrisson dans les appréhensions liées à la pédiatrie. Dans la quasi-totalité de nos entretiens, l'approche du nourrisson, son examen et sa manipulation sont des éléments cités comme anxiogènes, difficiles à aborder. C'est un élément que nous ne retrouvons pas ou peu dans les autres enquêtes, dans lesquelles les sujets interrogés soulignent les difficultés liées à l'alimentation, les pleurs et le sommeil du nourrisson... Cependant, le nourrisson en lui-même est rarement cité comme source de difficulté. La question de l'examen du nourrisson fait partie des éléments explorés lors de la thèse de Nantes de 2013 (33), et 88% des médecins interrogés disent se sentir à l'aise lors de cet exercice : cela diverge avec ce que l'on retrouve dans notre travail, où l'approche et la manipulation des nourrissons est décrite comme difficile par 7 des 11 médecins interrogés, ainsi que dans les deux *focus groups*.

Différentes explications peuvent être évoquées :

- l'utilisation de la méthode qualitative pour notre étude.

L'exploration des difficultés et du ressenti des médecins par entretiens semi-directifs permet aux sujets interrogés de bien développer leur relation à la pédiatrie, et invite à spéculer sur les causes du sentiment de malaise que certains peuvent ressentir lors d'une consultation avec un enfant. Le sentiment de peur et d'anxiété est souvent évoqué, et mis en relation avec l'implication des plus jeunes patients. Une enquête quantitative n'encourage pas ce type d'introspection et de développement.

- la population jeune de notre étude

La moyenne d'âge des participants à notre étude est de 30 ans, et tous les participants sont au début de leur exercice. Le manque d'expérience et l'exposition limitée aux nourrissons pendant leur formation peuvent expliquer cette appréhension rapportée lors des entretiens.

- le faible taux de parentalité dans notre échantillon

Seul 4 participants sur les 23 interrogés étaient parents : le manque d'expérience personnelle avec les nourrissons peut expliquer le manque de confiance face à ces derniers.

#### **4) Regard sur la formation initiale en pédiatrie**

##### ***4.1) La formation est insuffisante***

Notre analyse nous montre que les jeunes médecins sont assez critiques vis-à-vis de leur formation, et identifient plusieurs lacunes dans leurs pratiques lors d'une consultation de pédiatrie. Une formation plus longue ou plus complète aurait été souhaitée par certains d'entre eux. On retrouve ce sentiment dans plusieurs études se penchant sur la pratique de la pédiatrie par des médecins généralistes. Interrogés sur leur appréciation de leur formation initiale, plus de la moitié (41) voire la majorité des médecins la trouvent insuffisante (42).

La réforme récente de la formation en pédiatrie des internes de médecine générale à Strasbourg répond en partie à cette demande ; En effet la durée de stage passe de trois à six mois, et les stages ambulatoires sont maintenant obligatoires.

##### ***4.2) La formation en pédiatrie est trop axée sur l'hospitalier***

Nos sujets interrogés font part de l'inadéquation entre formation hospitalière et formation ambulatoire, avec trop de stages hospitaliers ne préparant pas à l'exercice de la médecine générale en libéral. Ce constat est retrouvé dans plusieurs travaux.

Les étudiants interrogés lors de la thèse de Bordeaux (35) décrivent leur formation en pédiatrie comme trop spécialisée. Durant une étude réalisée à Lille sur le vécu de l'internat de médecine générale (43), les jeunes médecins déclarent ne pas se sentir formés à la médecine

générale en libéral. Cela se remarque ensuite dans l'exercice des jeunes médecins : une enquête nationale réalisée en 2014 à Clermont Ferrand sur l'évaluation du ressenti de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale (44) met en évidence que près d'un tiers des jeunes médecins ne maîtrise pas la compétence en matière de prescription de traitements spécifiques aux soins primaires. L'auteur explique cela par le fait que les stages précédents (d'externes et d'internes) ont été réalisés en milieu hospitalier, où les traitements sont prédéfinis et le nombre de médicaments utilisé est donc limité. Par ailleurs, l'exercice hospitalier ne prend bien souvent pas en charge des motifs de consultation retrouvés en ambulatoire. Cette thèse n'est pas spécifique à l'exercice de la pédiatrie, mais nous pouvons extrapoler que cette remarque s'applique à la pédiatrie comme à la médecine adulte.

La faculté de médecine de Strasbourg essaie de pallier ce manque d'expérience de l'exercice de la pédiatrie en ambulatoire ; en effet depuis 2018, la maquette du stage « Santé de l'enfant » propose bien plus de stages en ambulatoire.

Il est intéressant de noter que cette demande de formation aux soins primaires ambulatoires n'est pas spécifique aux jeunes médecins généralistes, comme le met en évidence cette thèse réalisée à Grenoble en 2011 s'intéressant à la formation des pédiatres aux soins primaires pédiatriques en ambulatoire (45). Dans cette dernière, 90% des internes en pédiatrie interrogés souhaitent une formation supplémentaire sur l'exercice de la pédiatrie en ambulatoire. Les futurs pédiatres estiment en effet que leur formation ne les prépare pas assez à l'exercice libéral et à la prise en charge des soins primaires rencontrés en dehors des services hospitaliers dans lesquels ils réalisent leur formation.

### **4.3) Le cas du stage praticien**

Dans la littérature, lors de l'évaluation de la formation initiale en pédiatrie, les médecins interrogés citent les urgences pédiatriques et le stage praticien comme les deux socles formateurs de la formation pratique en pédiatrie au cours du troisième cycle (33 ; 35 ; 46 ; 47). Lors de l'étude réalisée à Angers sur l'appréciation du sentiment de capacité des internes à suivre un nourrisson, la formation lors du stage praticien de niveau 1 est décrite comme formatrice et adaptée (36) Cela diverge avec nos résultats, dans lesquels le stage praticien de niveau 1 est rarement cité comme formateur en pédiatrie : les sujets interrogés mentionnent le manque d'enfants dans les patientèles de leur maître de stage ou la trop grande passivité lors des consultations.

Pourtant, le stage praticien est important dans le développement du sentiment de compétence de l'interne. Une thèse réalisée à Ranguel en 2014 (47) cherchant à évaluer les acquisitions des internes de médecine générale au cours de leur stage de pédiatrie en milieu libéral trouve une bonne progression des internes en fin de stage.

Le développement des stages en ambulatoire dans la nouvelle maquette du stage « Santé de l'enfant » pour les internes de la rentrée 2018 peut essayer de pallier ce mauvais retour, et proposer davantage d'occasions pour les étudiants de se former à l'exercice de la pédiatrie en libéral, et de développer leur ressenti de compétence.

#### **4.4) L'intérêt des SASPAS**

Les stages chez le praticien de niveau 2 ou SASPAS permettent la mise à l'épreuve dans des situations authentiques, et le débriefing accompagnant les journées de travail de l'étudiant apportent la notion de « modèle de rôle » : ils sont donc intéressants pour le développement de ressentis des compétences. Une thèse évaluant la progression des compétences des internes après un stage SASPAS réalisée en 2017 en Nouvelle Aquitaine (48) met en évidence une nette progression des six compétences chez ces étudiants. Nous retrouvons ce résultat lors d'une deuxième étude se penchant sur l'effet des SASPAS sur la formation et les compétences (49) : les jeunes médecins ayant réalisé le SASPAS se sentent mieux formés à l'exercice de la médecine générale comparativement à ceux qui n'ont pas fait ce stage. Toutefois, il est intéressant de noter que l'auto-évaluation incluse dans cette étude n'a pas permis de mettre en évidence de différences dans les compétences entre les groupes SASPAS et non-SASPAS : nous parlons bien d'un sentiment d'être prêt à exercer, qui comprend une part de subjectivité.

Le stage chez le praticien de niveau 2 semble apporter un intérêt supplémentaire par rapport au stage de niveau 1 pour le développement des compétences. Une thèse effectuée à la faculté de Strasbourg en 2017 se penchant sur les attentes des internes concernant les compétences à acquérir en médecine générale (50) met en avant le fait qu'aucun des participants à l'étude (18 au total sur 3 *focus groups* d'internes et de remplaçants en MG) n'estime se sentir compétent pour exercer à la sortie du stage praticien de niveau 1. En revanche, quelques-uns se sentent compétents après un SASPAS. A noter également que

durant cette étude, les participants évoquent un manque dans l'examen pédiatrique au sortir du stage chez le praticien, ce qui est comparable aux résultats de notre étude.

#### ***4.5) La simulation et les jeux de rôle***

Bien que la situation ne soit pas authentique, les simulations en médecine peuvent être utiles : plusieurs études démontrent une rétention accrue des connaissances et des compétences après une formation basée sur la simulation, notamment dans les domaines des urgences, des traumatismes, de la formation en équipe et de la gestion des événements négatifs (51) Cela pourrait être intéressant dans le cadre d'une formation sur les vaccins par exemple, avec utilisation de poupées ou encore pour développer les compétences relationnelles.

Les domaines de la communication, des relations avec les parents semblent poser problème pour certains jeunes médecins de notre étude. La relation médecin-parent est pourtant primordiale pour une bonne prise en charge en pédiatrie. A la question « qu'attendez-vous de votre médecin généraliste lors d'une consultation de pédiatrie ? », les parents citent : une écoute active pour eux-mêmes et leur enfant, un dialogue adapté, une réassurance parentale, un contact adapté à l'enfant avec douceur et patience (52) Autant de critères qui dépendent de l'attitude du médecin, et non uniquement de ses connaissances médicales.

Il est difficile d'imaginer une formation type pour développer les compétences relationnelles. Les différents DMG de France utilisent différentes méthodes : les jeux de rôle, la vidéo avec feedback, les stages d'observation dans une structure de prise en charge de la souffrance psychique (53).

Les jeux de rôle ou simulation de situation sont particulièrement intéressants pour travailler les compétences relationnelles, et sont cités par plusieurs médecins lors de notre étude. Ils semblent améliorer les compétences en communication, surtout pour les étudiants dont la communication est moins bonne initialement (54). Le principal frein à ce type de formation se trouve du côté des étudiants, comme le montre une thèse réalisée à Strasbourg s'intéressant au vécu des internes par rapport aux jeux de rôle (55). Il est mis en évidence que cet outil est peu apprécié de prime abord, principalement du fait de la crainte du jugement des étudiants. Toutefois, les internes modifient leur vision après participation, et reconnaissent son intérêt pédagogique. Pour que cette méthode d'apprentissage soit efficace, il est important de créer un environnement sécurisant ainsi qu'une relation de confiance entre les différents participants, avec l'organisation de groupes comportant un nombre restreint d'étudiants. De plus, il est suggéré de travailler sur des situations spécifiques, telles que l'annonce de diagnostic, la prise en charge d'un patient en colère, savoir dire non au patient (56). Le debriefing post jeu de rôle ainsi que l'échange d'expérience avec ses pairs et une personne « experte » dans le domaine de la médecine générale sont également des éléments importants (55).

#### **D) Discussion sur les principes de formation :**

Il est difficile de donner « une recette toute faite » pour aboutir à une formation idéale chez les étudiants en médecine, mais nous pouvons néanmoins discuter de plusieurs principes en s'inspirant d'ouvrages dédiés à ladite formation (15 ; 57)

## 1) Le principe de pédagogie active

La pédagogie active est une approche pédagogique visant à impliquer activement les étudiants dans leur apprentissage (57), contrairement à l'approche pédagogique transmissive pure dans laquelle l'étudiant est un simple observateur. Cette dernière ne conduit pas à un apprentissage satisfaisant, surtout avec des étudiants adultes : en effet, malgré une assiduité apparente, les étudiants sont fréquemment « mentalement ailleurs » comme l'a montré l'étude de Toothaker et Taliaferro (58) s'intéressant à la pédagogie chez les étudiants « millénials », c'est à dire étant nés entre les années 1980 et 2000.

Cela concerne notamment les stages où l'interne a un rôle passif durant la visite de service, ou les formations théoriques consistant uniquement à suivre un cours magistral. Une méta-analyse réalisée en 2014 comparant le niveau de performance d'étudiants exposés à des cours magistraux et des pédagogies actives montre que les performances des étudiants ayant été exposés à des méthodes d'apprentissage actif étaient bien meilleures que celles des étudiants ayant bénéficié d'une méthode transmissive pure. Le taux d'échec des étudiants exposés uniquement aux cours magistraux était une fois et demie plus élevée, marquant une différence significative entre les deux groupes (59).

Les médecins interviewés dans notre étude semblent être en accord avec l'idée que la participation active des étudiants est primordiale lors d'un apprentissage : interrogés sur le type de formation désirée, ils citent des ateliers, des jeux de rôles et insistent sur l'importance du côté interactif. De plus, les sujets critiquent à plusieurs reprises le côté passif de certains stages, et mentionnent l'inefficacité de la « formation tabouret » consistant à observer une consultation, assis sur sa chaise.

On voit donc que sur le plan de la formation théorique comme sur la formation pratique, les médecins tendent à préférer une pédagogie active.

## **2) Le transfert des apprentissages**

Le transfert des apprentissages correspond à la capacité à transférer le savoir académique à l'exercice pratique et à utiliser l'expérience acquise lors d'une situation clinique à l'autre, ce qui permet de passer du savoir à la compétence (15). On peut le favoriser grâce à différents stratagèmes :

- La contextualisation des apprentissages :

Il s'agit de structurer l'apprentissage en trois temps : « contextualisation-décontextualisation-recontextualisation » : on part d'un cas concret, on émet des généralités et des principes à la suite de l'étude de ce cas, puis on applique ce que l'on a trouvé à d'autres cas pratiques. (15)

- La rétroaction

La rétroaction consiste à informer l'étudiant sur sa progression, l'aider à identifier ses besoins d'apprentissage et les manières de progresser, et le motiver à s'engager dans des activités d'apprentissage appropriées. Elle suggère une implication du senior qui doit y consacrer du temps et appelle à une attitude bienveillante ; En effet, si la rétroaction est perçue comme une menace, son efficacité diminue. (60)

De son côté, l'étudiant doit également être dans une posture d'apprentissage, notion développée par Giroux et Girard en 2009 (61) qui décrivent deux attitudes chez l'étudiant :

- la posture d'apprentissage, qui vise à progresser et où l'interne pose des questions, et tend à se former

- la posture d'évaluation, où l'étudiant vise à satisfaire son évaluateur et à obtenir sa reconnaissance, pouvant l'amener à nier des difficultés de peur de paraître incompetent. Cet étudiant a une attitude défensive devant une critique ou un questionnement de sa pratique, et ne pose pas beaucoup de questions, ce qui est néfaste au développement de ses compétences.

Tout étudiant va alterner entre ces deux comportements, la posture d'évaluation étant souvent adoptée lors des stages où l'étudiant doit montrer une certaine autonomie. Cependant, persister dans une posture d'évaluation nuit à l'apprentissage, et il est important pour l'étudiant de se sentir en confiance pour repasser dans l'état d'esprit « étudiant » lui permettant de se positionner comme apprenant et non comme seul professionnel. Le comportement des seniors conditionne beaucoup ce sentiment, et une attitude bienveillante encouragera les étudiants à se mettre dans une posture d'apprentissage (15). De plus, le fait de percevoir que l'étudiant peut bénéficier de l'aide de son chef constitue une ressource importante, et réduit le niveau d'anxiété de l'étudiant.

### **3) Le rôle du mentor**

A la lumière de ce que nous venons d'aborder, il est évident que le « modèle de rôle » est fondamental dans la formation des étudiants. On retrouve cette notion dans plusieurs remarques des sujets interrogés dans notre étude : anxiété d'un étudiant ne se sentant pas en confiance pour appeler son chef aux urgences, dépit de ne pas avoir eu de senior vers qui

diriger ses questions lors d'un stage, sentiment de honte à la suite d'une remarque désobligeante d'un chef après avoir posé une question... Autant d'expériences négatives décrites comme ayant eu un impact délétère sur leur formation. Au contraire, les expériences positives sont également vivides dans l'esprit des jeunes médecins, avec un sentiment de réassurance durant les stages décrit comme fondamental par ceux ayant eu la chance de l'avoir.

Il est donc crucial de souligner la nécessité d'implication des seniors dans la formation de leurs étudiants, l'importance de la bienveillance ainsi que de la rétroaction lors des stages. Cela prend naturellement du temps, et suggère une formation des experts dans ce domaine.

## **E) Discussion sur la formation « idéale » en pédiatrie**

### **1) La durée**

La moyenne du temps de formation en pédiatrie des médecins généralistes en Europe est de 4 mois (62). Selon l'EAP (European Academy of Pediatrics), la durée minimale efficace devrait être de 6 mois, avec une durée optimale d'un an (63). Une étude s'intéressant au niveau de satisfaction des médecins quant à leur formation en pédiatrie montre que la majorité des participants ayant eu une formation d'un an ou plus s'estimaient satisfaits, alors qu'en dessous de six mois, l'insatisfaction était majoritaire (64). Une formation de six mois en pédiatrie semble donc être le minimum recommandé, ce qui est désormais de règle à la faculté de Strasbourg : depuis la rentrée 2018, le stage de pédiatrie est passé d'une durée de 3 à 6 mois.

## **2) Le contenu de la formation**

Pour les internes de médecine générale, l'Académie Nationale de Médecine insiste sur le fait que l'enseignement de la pédiatrie doit se concentrer sur la pédiatrie ambulatoire et les situations à risque avec un stage obligatoire sur ces deux thèmes (65) ; Un stage aux urgences pédiatriques et un stage chez le praticien semblent donc être le duo recommandé, suggestion que l'on retrouve dans nos entretiens.

Des stages en PMI ou au planning familial peuvent également être proposés, afin d'aborder le thème de la prévention. Cette proposition a également été faite par nos médecins interrogés. L'Académie recommande également de faire participer à l'enseignement les pédiatres libéraux, mesure que le DMG essaie d'introduire à la faculté de Strasbourg en ce moment.

Le rapport Sommelet faisant l'analyse de l'état de santé des enfants et des adolescents remis au gouvernement en 2005 (3) estime que les thèmes suivants doivent être envisagés dans toute formation de pédiatrie des médecins : croissance, nutrition, vaccinations, prévention, dépistage des troubles sensoriels et cognitifs, repérage des problèmes éducatifs et comportementaux, contribution individuelle et collective aux actions de promotion de la santé. On remarque que ces thèmes regroupent des thèmes relevant du non-pathologique, thèmes représentant la plupart des difficultés relevées par notre étude.

## **F) Discussion sur la formation « santé de l'enfant » du DMG**

La formation optionnelle mise en place par le Département de Médecine Générale s'organise sur deux journées.

Jour 1 :

- formation sur les urgences en pédiatrie avec organisation de cas cliniques interactifs.
- suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, avec comme thèmes : alimentation, développement staturo-pondéral, utilisation du carnet de santé
  
- atelier sur les éruptions cutanées
  
- la vaccination : quoi, et comment faire ?
  
- les petits maux de bébés : constipation, coliques du nourrisson, érythème
  
- le brossage de dents

Jour 2 : consacré aux dépistages en pédiatrie

- troubles du langage, avec la participation d'une orthophoniste
- troubles audiovisuels, avec atelier pratique sur les différents examens à pratiquer en cabinet
  
- trouble du spectre de l'autisme
  
- examen de l'enfant normal

Nous constatons qu'il y a une bonne concordance entre les thèmes abordés par la formation et les difficultés citées par les jeunes médecins dans notre étude, à l'exception de

l'apprentissage de la communication avec les parents. Il serait éventuellement intéressant de rajouter un atelier sur les compétences relationnelles en pédiatrie, avec discussion de la relation triangulaire parents-enfant-médecin qui semble poser des problèmes à certains praticiens. Les jeux de rôle peuvent être intéressants pour aborder ce thème, comme discuté plus haut.

Nous pouvons également imaginer un moyen d'aborder la demande voire le besoin de réassurance des internes qui semble émerger de nos entretiens, en insistant sur le rôle des enseignants pour la construction du sentiment « d'être prêt à exercer », développé auparavant. Organiser un temps d'échange avec des personnes « expertes » en médecine générale pour parler de l'inquiétude des internes vis-à-vis de la pédiatrie ou un partage d'expériences avec les médecins enseignants, toujours dans l'esprit « pratico-pratique » de cette formation ; Une discussion sur les éléments importants à amener dans une discussion avec un parent dans une situation d'incertitude par exemple, avec consultation simulée.

La notion de pluridisciplinarité est également introduite dans la formation avec l'intervention d'une orthophoniste, ce qui est intéressant pour la pratique des futurs médecins : d'une part pour le développement de leur identité professionnelle (26) et d'autre part pour la création d'un réseau de soins, tâche pouvant poser un problème aux jeunes médecins (35).

Les aspects interactifs et pratiques demandés par les médecins dans une formation sont bien respectés, avec notamment l'atelier de formation pour les troubles audiovisuels qui a fait l'objet d'une thèse cette année par Mme Walter Anne.

## V. CONCLUSION

L'exercice de la pédiatrie fait partie intégrante du métier de médecin généraliste, et ce dernier a un rôle central dans la prise en charge de l'enfant dans le système de soins actuel. La question de l'adéquation de la formation en pédiatrie des médecins généralistes est donc primordiale.

Nous nous sommes intéressées au ressenti des jeunes médecins face à l'exercice de la pédiatrie et plus particulièrement aux difficultés rencontrées lors de cet exercice, afin d'offrir des suggestions de perfectionnement de la formation en pédiatrie des internes de médecine générale à Strasbourg.

Pour ce travail, nous avons effectué une étude qualitative sous forme d'une analyse inductive généralisée, à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généraliste en début d'exercice en Alsace.

Notre analyse a montré qu'il y a une appréhension certaine de la part des jeunes praticiens face à l'exercice de la pédiatrie. Les consultations impliquant un nourrisson, perçu comme « fragile », semblent être particulièrement anxiogènes. Les participants ont également évoqué leurs difficultés lors de la prise en charge de consultations relevant moins de pathologies que de conseils quotidiens : l'alimentation, le développement normal de l'enfant, la prévention avec les vaccins, la gestion de la relation triangulaire médecin-enfant-parents. Les jeunes praticiens ont le sentiment d'être moins légitimes à s'occuper d'un enfant s'ils ne sont pas parents eux-mêmes.

Concernant leur formation initiale en pédiatrie, les jeunes médecins la jugent insuffisante, et trop axée sur l'hospitalier au détriment de l'ambulatoire qui est le mode

d'exercice principal du praticien généraliste. Le contact précoce durant l'externat avec les enfants et en particulier les nourrissons est jugé comme très utile pour l'abord de l'internat. L'importance de la présence de seniors engagés et pédagogues durant les stages est soulignée.

Concernant les axes importants d'une formation complémentaire en pédiatrie, les participants insistent sur la nécessité du couple théorie et pratique ainsi que sur la présence d'échange et d'interactivité avec les formateurs. Une formation entièrement centrée sur l'exercice de la médecine générale est souhaitée, avec des exemples pratiques de prises en charge. Ils soulignent également l'intérêt d'une formation sur le développement des compétences relationnelles, en particulier pour les aider à communiquer de façon adaptée avec les parents.

La formation « Santé de l'enfant » organisée sur deux jours par le Département de Médecine Générale semble proposer des thèmes d'apprentissage en adéquation avec les difficultés relatées par les participants de notre étude. La relation triangulaire spécifique à la pédiatrie n'est cependant pas présente dans le programme actuel ; Il serait intéressant de l'aborder, sous forme de simulation ou jeu de rôle par exemple, outil qui a démontré son efficacité dans le développement des compétences relationnelles.

Le besoin de réassurance évident qui émerge de cette étude peut également être discuté dans cette formation : l'échange d'expérience avec des personnes expertes dans le domaine de la médecine générale peut être utile, la notion de « modèle de rôle » étant importante pour le développement du « sentiment d'être prêt à exercer ».

La réforme récente de la formation en pédiatrie des internes en médecine générale de Strasbourg montre une volonté d'approfondir cette dernière, et de l'adapter à l'exercice

ambulatoire. La formation « Santé de l'enfant » s'inscrit dans cette démarche, et propose une aide complémentaire pour les futurs soignants désireux de développer leurs compétences dans l'exercice de la pédiatrie si important pour leur pratique future.

Une prochaine étude pourrait être réalisée sur l'évolution du sentiment de compétence après participation à cette formation.



VU  
Strasbourg, le 03 07 19  
Le Président du Jury de Thèse  
Professeur Thierry PELACCIA

VU et approuvé  
Strasbourg, le 09 IIIII. 2019  
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg  
Professeur Jean SIBILIA





# ANNEXE 1 : grille COREQ

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Kinesither Rev 2015;15(157):50-54

## Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative



*French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research*

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France

**Michel Gedda**  
(Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

### RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.

COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*).

Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.

Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

### SUMMARY

*This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.*

*COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.*

*An original French translation of the checklist is proposed.*

*This translation is open access under a Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License.*

*Level of evidence. – Not applicable.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

DOIs des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>

### Mots clés

Édition  
Évaluation  
Pratique factuelle  
Qualité  
Lecture  
Recherche qualitative  
Rédaction  
Responsabilité  
Standard  
Transparence

### Keywords

*Edition  
Assessment  
Evidence-based practice  
Quality  
Reading  
Qualitative research  
Reporting  
Responsibility  
Standard  
Transparency*

Adresse e-mail :  
[direction@a-3pm.org](mailto:direction@a-3pm.org)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>  
© 2014 Elsevier Masson SAS.  
Open access under CC BY-NC-ND license.

## Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

## Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. *Kinesither Rev* 2015;15(157)

## RÉFÉRENCE ORIGINALE

## Acronyme et intitulé complet :

COREQ : *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*

## Objet des lignes directrices :

Rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

## Site Internet officiel :

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

## Dates de référence :

2007 : version initiale et actuelle [1].

## Langue :

Anglais

## Référence bibliographique de la version en cours :

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57.

## Contact :

Allison Tong  
Centre for Kidney Research  
The Children's Hospital  
Westmead, NSW 2145, Australia  
Tel : +61 2 9845 1482.  
Fax : +61 2 9845 1491.  
Courriels : [allison@health.usyd.edu.au](mailto:allison@health.usyd.edu.au), [allison@chw.edu.au](mailto:allison@chw.edu.au)

## TRADUCTION FRANÇAISE

## Contenus traduits :

- Liste de contrôle : 32 items répartis en 3 domaines (*Tableau I*) :
  - équipe de recherche et réflexion,
  - caractéristiques personnelles ;
- liens avec les participants ;
  - conception de l'étude,
  - cadre théorique,
  - sélection des participants,
  - contexte,
  - recueil des données ;
- analyse et résultats :
  - analyse des données,
  - rédaction du rapport.

## Traduction française originale :

La traduction ici proposée est originale et inédite.

## • Méthode générale

La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage spécifique en méthodologie de recherche qualitative, et dans le contexte des listes de contrôle [2–10].

Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes—notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.

Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.

Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?



## Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et réglées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

- **Commentaires particuliers**

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, marketing (*marketing*), politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécus, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUM-F<sup>1</sup> : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion—et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

<sup>1</sup> GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : [www.groumf.fr](http://www.groumf.fr).



**Déclaration d'intérêts**

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**Remerciements**

Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer.  
GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F).  
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS.  
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes.  
Gaetan TARDIF, Université de Toronto

**RÉFÉRENCES**

- [1] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
- [2] Anderson C. Presenting evaluating qualitative research. *Am J Pharmaceut Educ* 2010;74(8):1–7.
- [3] Crescentini A, Mainardi G. Qualitative research articles: guidelines, suggestions and needs. *J Workplace Learn* 2009;21(5):431–9.
- [4] Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *Med J Aust* 2008;188(4):243–6.
- [5] Collingridge DS, Gantt EE. The quality of qualitative research. *Am J Med Qual* 2008;23:389–95.
- [6] Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research*, 3rd ed. Sage Publications; 2007 [312 p.].
- [7] Gilgun JF. "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. *Qual Health Res* 2005;15(2):256–62.
- [8] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* 2004;10:79–86.
- [9] Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, 3<sup>e</sup> ed. Armand Colin; 2009 [312 p.].
- [10] Hammell KW. Informing client-centred practice through qualitative inquiry: evaluating the quality of qualitative research. *Br J Occup Ther* 2002;65(4):175–84.
- [11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé*; 2000 [136 p.].
- [12] Edmunds H. *The Focus Group Research Handbook*. American Marketing Association–McGraw-Hill Contemporary; 2000 [288 p.].
- [13] Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du *focus group*. *Rev Prat* 2004;18(645):382–4.
- [14] Thibeaut E. À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. *Adjectifs*; 2010, <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58&lang=fr>.



## ANNEXE 2 : Population entretiens individuels

	Sexe	Age	Parent	Cursus	Stage pédia	Stage libre pédia	Rempla effectués lors études	SASPAS
I1	H	26	NON	5 <sup>ème</sup> semestre	Urgences Saverne	NON	NON	OUI
I2	F	27	NON	6 <sup>ème</sup> semestre	Pédia Saverne	Urgences Mulhouse	OUI	NON
I3	F	27	NON	6 <sup>ème</sup> semestre	Pédia Saverne	NON	NON	OUI
I4	H	38	OUI	6 <sup>ème</sup> semestre	Pédia Colmar	NON	OUI	NON
I5	F	28	NON	6 <sup>ème</sup> semestre	Pédia Colmar	NON	OUI	NON
I6	H	27	NON	5 <sup>ème</sup> semestre	Pédia Mulhouse	NON	NON	OUI
R1	F	30	NON	1 an rempla	Pédia Mulhouse	NON	OUI	NON
R2	H	34	NON	3 ans rempla	Pédia Colmar	Urgences HTP	NON	NON
R3	H	30	OUI	1 an rempla	Pédia Colmar	NON	NON	OUI
R4	F	28	NON	1 an rempla	Grands Enfants ROUEN	NON	OUI	OUI
R5	F	30	OUI	1 an rempla	Stage ambu : PMI et prat	Urgences HTP	NON	OUI

## ANNEXE 3 : GRILLE ENTRETIEN INDIVIDUEL

### 1/ Ressenti / pédiatrie

- Raconte-moi tes premières consultations de pédiatrie
- Que t'inspire l'arrivée d'un enfant en consultation ?
- Si parent eux-mêmes : comment intègres-tu le fait d'être parent dans ton rapport avec la pédiatrie dans ton travail ?

+ développer selon les propos recueillis, s'attarder sur les sentiments exprimés

### 2/ Difficultés en pédiatrie

- Peux-tu donner un exemple de situation où tu t'es retrouvé en difficulté lors d'une consultation de pédiatrie ?
- Comment réagis tu si tu bloques en consultation ?
- Y a-t-il des situations que tu redoutes en pédiatrie ?
- En pratique, comment se passe l'examen d'un enfant/nourrisson ?
- Comment se passe la relation avec les parents en consultation ?

### 3/ Regard sur la formation initiale

- Parle-moi de ta formation de pédiatrie (actuelle ou lors de tes études si remplaçant)
- Raconte-moi ton stage de prat / ped

- As-tu rencontré des difficultés lors de cette formation ?
- Aurais-tu souhaité plus de formation théorique ?
- Aurais-tu souhaité plus de formation pratique ?

#### 4/ Propositions pour améliorer la formation

- Comment pourrait-on selon toi améliorer cette formation ?
- Que penses-tu d'une formation de pédiatrie sur quelques jours en plus des stages obligatoires ?
- Comment verrais-tu ce genre de formation ?
- Que penses-tu de la réalisation d'ateliers pratiques lors de cette formation ? Quels thèmes seraient importants à aborder selon toi ?
- Question de fin : que dirais tu à un interne inquiet de se lancer en pédiatrie ?

Phrases de relance :

Et puis ?

Mais encore ?

Peux-tu réexpliquer ?

Peux-tu développer ?

Que veux-tu dire par là ?

## ANNEXE 4 : GRILLE FOCUS GROUP

### 1/ Ressenti / pédiatrie

- Parlez-moi de vos premières consultations de pédiatrie
- Que vous inspire l'arrivée d'un enfant en consultation ?

### 2/ Difficultés en pédiatrie

- Racontez-moi une situation de pédiatrie où vous vous êtes sentis en difficulté

### 3/ Regard sur la formation initiale

- Parlez-moi de votre formation en pédiatrie
- Quelles critiques / quels points positifs

### 4/ Propositions pour améliorer la formation

- Comment pourrait-on selon vous améliorer cette formation ?
- Que pensez-vous d'une formation de pédiatrie sur quelques jours en plus des stages obligatoires ?
- Qu'est-ce que vous voyez d'utile à mettre dans cette formation ?

Phrases de relance :

Et puis ? Mais encore ? Peux-tu réexpliquer ? Peux-tu développer ? Que veux-tu dire par là ?

+ essayer de bien répartir la parole, donner la parole à ceux ne parlant pas beaucoup

## BIBLIOGRAPHIE

- 1.Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52
- 2.Population par groupe d'âges [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 3 janvier 2019]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/>
- 3.Sommelet D. « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé», Rapport de mission pour le ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005 [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000282/index.shtml>
- 4.Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. dans Rapport Etudes et résultats – DREES
- 5.cnom\_atlas\_2018\_synthese\_activite\_reguliere\_0.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur : [https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_atlas\\_2018\\_synthese\\_activite\\_reguliere\\_0.pdf](https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf)
- 6.Un médecin traitant pour le suivi médical de son enfant [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/actualites/un-medecin-traitant-pour-le-suivi-medical-de-son-enfant>
- 7.Formation pédiatrie deuxième cycle [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: [http://unistramed.u-strasbg.fr/var/ezwebin\\_site/storage/original/application/2d4841560a0dd9f0bbddba\\_b1930ce378.pdf](http://unistramed.u-strasbg.fr/var/ezwebin_site/storage/original/application/2d4841560a0dd9f0bbddba_b1930ce378.pdf)

8. Maquette de stage module Femme-Enfant [internet] [cité 31 mai 2019] Disponible sur :  
[http://unistramed.u-strasbg.fr/var/ezwebin\\_site/storage/original/application/9c6d85afefb49a90e48731bdaed6b4fe.pdf](http://unistramed.u-strasbg.fr/var/ezwebin_site/storage/original/application/9c6d85afefb49a90e48731bdaed6b4fe.pdf)
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4
10. Recherche qualitative : méthode des *focus groups*, guide méthodologique pour les thèses de médecines générales [Internet]. [cité 5 juillet 2018]. Disponible sur :  
[https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf)
11. Le Focus Group | Spiral [Internet]. [cité 2 janvier 2019]. Disponible sur:  
<http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/focus-group/>
12. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. Revue des sciences de l'éducation. 2012;38(1):23.
13. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;102(3):23
14. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. novembre 2009;10(4):293-304.
15. Pelaccia T. Comment (mieux) superviser le stage et le mémoire de recherche des étudiants en médecine et en sciences de la santé ? Louvain La Neuve: De Boeck Supérieur; 2018
16. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 11. printing. New York: Aldine; 1980. 271 p

17. Tesch R. Qualitative research: analysis types and software tools. New York: Falmer Press; 1990. 330 (p.113).
18. Miles M, Huberman AM, Hladky-Rispal M. Analyse des données qualitatives. Bruxelles: De Boeck Université; 2007
19. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 2008
20. Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé, Haute Autorité de Santé - Novembre 2015 [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport\\_l\\_evaluation\\_des\\_compences\\_des\\_professionnels.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_compences_des_professionnels.pdf)
21. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/concepts\\_et\\_principes\\_pedagogiques/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/)
22. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 9 janvier 2002;287(2):226-35.
23. Collège National des Généralistes enseignants. Marguerite\_version\_definitive.pdf [Internet]. [cité 13 avril 2019]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Marguerite\\_version\\_definitive.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_version_definitive.pdf)
24. Isambert A. Le sentiment d'être prêt à exercer la Médecine générale : déterminants et éléments de mesure. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université de Montpellier I; 2007.

- 25.Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. nov 2011;12(4):199-212
- 26.Goldie J. The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. *Medical Teacher*. sept 2012;34(9):e641-8.
- 27.Sokolow L. Consultations des enfants de moins de 16 ans par le médecin généraliste : ressenti et état des lieux des pratiques dans deux secteurs d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [Paris] : Faculté de Médecine PARIS DESCARTES; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310914/document>
- 28.Boulivan E. La consultation pédiatrique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Paris]: FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL; 2012. Disponible sur : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th623796.pdf>
- 29.Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. :8.
- 30.Elisabeth GRIOT, Les consultations d'enfants en Médecine Générale, SFMG.  
Disponible sur :  
[http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/187/fichier\\_enfantsegbe182.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/187/fichier_enfantsegbe182.pdf)
- 31.Cohen A. Être mère et médecin généraliste, la gestion de la maternité: étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 18 femmes médecins généralistes installées dans la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016.
- 32.Gaspar A. Représentations des parents sur le professionnel assurant le suivi de la santé de leur enfant de 0 à 2 ans, à travers leurs attentes et leur ressenti : le médecin

- généraliste répond-il aux attentes des parents dans l'offre de santé ? [Thèse d'exercice]. [Lille , France]: Université du droit et de la santé; 2014
- 33.Guilleux A-L. Regard sur la formation en pédiatrie au cours du troisième cycle de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2013.
- 34.Lellouch J. Le médecin généraliste et la pédiatrie : l'enseignement dispensé lors du DES de médecine générale est-il en adéquation avec les besoins ? [Thèse d'exercice]. [Tours]: Université François Rabelais, UFR de médecine ; 2009.
- 35.Le Clerc A. Les internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux et le diplôme universitaire de médecine générale de l'enfant. Enquête qualitative auprès de 33 futurs participants effectuée entre octobre et décembre 2015. [Thèse d'exercice] [Bordeaux]: UFR des Sciences Médicales; 2016
- 36.Fanny B. Appréciation du sentiment de capacité des internes de médecine générale à suivre un nourrisson de 0 à 2 ans. [Thèse d'exercice] [Angers]: UFR SANTÉ D'ANGERS; 2016
- 37.Michel A. Les domaines d'intérêt des médecins généralistes en termes de formation continue en pédiatrie : enquête auprès d'une population de médecins généralistes installés dans la région Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Montpellier I. Faculté de médecine ; 2014
- 38.Arnould F. Prévention des consultations aux urgences pédiatriques : enquête sur les conseils de puéricultures donnés par les médecins généralistes lors des consultations du nouveau-né. [Thèse d'exercice] [Paris] : Faculté de Médecine PARIS DESCARTES; 2017

39. Clamadieu-Thomas H. Alimentation de l'enfant de 0 à 24 mois : évaluation des pratiques en médecine générale dans le département du Puy-de-Dôme ; [Thèse d'exercice] [Clermont-Ferrand] Université de Clermont I ; 2008
40. Hazan M. Lieux de formation des internes de médecine générale à la pédiatrie du nourrisson [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine ; 2013. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4098\\_HAZAN\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4098_HAZAN_these.pdf)
41. Bejanin S. Analyse du recours au service des urgences pédiatriques de Clocheville par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Tours] Faculté de médecine de Tours ; 2016. Disponible sur: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016\\_Medecine\\_BejaninStephane.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_BejaninStephane.pdf)
42. Cassol E. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois: étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine [Thèse d'exercice] [Bordeaux] Université de Bordeaux ; 2015
43. Delvallé J. Être interne, devenir médecin : le vécu de l'internat de médecine générale à Lille : analyse qualitative par théorisation ancrée et entretiens compréhensifs individuels auprès de 12 internes et jeunes médecins en médecine générale [Thèse d'exercice] [Lille] : Université du droit et de la Santé de Lille ; 2017
44. Bagourd E. Evaluation du ressenti de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale, enquête nationale. [Thèse d'exercice]. [Clermont Ferrand] : Université Clermont I ; 2014
45. Delorme D. Soins primaires pédiatriques en ambulatoire : quelles justifications à la mise en place d'une formation spécifique ? [Thèse d'exercice] [Grenoble] Université Joseph Fourier (Grenoble) ; 2011

46. Mathieu S. Formation des médecins généralistes à la médecine de l'enfant : de l'enseignement théorique à la pratique quotidienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré Nancy 1. Faculté de médecine ; 2003. [Internet]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731949/document>
47. Porte Cazaux B. Évaluation 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]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2014. 26 [Internet]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/447/1/2014TOU31032.pdf>
48. Toty G. Évaluation de la progression des niveaux de compétences au cours du SASPAS : enquête auprès des internes entre novembre 2016 et novembre 2017 en Nouvelle Aquitaine [Thèse d'exercice] [Poitiers] Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2018
49. Manjarres C. Influence du stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes : étude comparative. [Thèse de médecine] [Paris] Université Paris-Est Créteil; 2012
50. Schneider-Clivet C. Les compétences à acquérir en stage de médecine générale : évaluation des attentes des internes de médecine générale de la faculté de Strasbourg. Enquête qualitative. [Thèse d'exercice] [Strasbourg]: Faculté de Médecine de Strasbourg; 2017.
51. Weinberg ER, Auerbach MA, Shah NB. The use of simulation for pediatric training and assessment. *Curr Opin Pediatr.* juin 2009;21(3):282-7.

52. Artufel-Meiffret M. La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans : enquête qualitative auprès de 16 parents dans les Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice] [Nice] Université de Nice Sophia Antipolis ; 2013
53. Smit G. Enseignement des compétences relationnelles : outils des DMG français : États des lieux des outils utilisés pour l'enseignement de la compétence Approche centrée patient, relation, communication (ACPRC) par les Départements de médecine générale (DMG) français en 2015- 2016 [Thèse d'exercice] [Saint Etienne] ; 2017
54. Dumot P. Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine : étude d'une cohorte prospective d'étudiants en médecine de diplôme de formation générale en sciences médicales 3 assistant aux enseignements dirigés de sciences humaines et sociales de la faculté de médecine de Tours [Thèse d'exercice] [Tours] ; 2017 ; Disponible sur: [http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2017\\_Medecine\\_DumotPierre.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2017_Medecine_DumotPierre.pdf)
55. Delacour C. Le jeu de rôle dans le cadre de la formation à la relation médecin-patient : quel vécu pour les internes de Médecine Générale ? Etude qualitative réalisée auprès d'internes de la Faculté de Médecine de Strasbourg. [Thèse d'exercice] [Strasbourg] ; 2013
56. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Thèse d'exercice] [Toulouse]. UNIVERSITÉ TOULOUSE III –Paul SABATIER ; 2018. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/1/2018TOU31001.pdf>

57. Pelaccia T, Tardif J. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2016
58. Toothaker R, Taliaferro D. A phenomenological study of millennial students and traditional pedagogies. *J Prof Nurs.* oct 2017;33(5):345-9.
59. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proc Natl Acad Sci USA.* 10 juin 2014;111(23):8410-5
60. Van de Ridder JMM, Peters CMM, Stokking KM, de Ru JA, Ten Cate OTJ. Framing of feedback impacts student's satisfaction, self-efficacy and performance. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* août 2015;20(3):803-16
61. Giroux, M. et Girard, G. (2009). Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale*, 10, pp. 193-210
62. Van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, et al. Paediatric primary care in Europe : variation between countries. *Arch Dis Child.* oct 2010;95(10):791-5
63. Završnik J, Stiris T, Schrier L, Russell RR, del Torso S, Valiulis A, et al. Basic training requirements for health care professionals who care for children. *European Journal of Pediatrics.* sept 2018;177(9):1413-7
64. Melville C, Wall D, Anderson J. Paediatric training for family doctors: principals and practice. *Med Educ.* mai 2002;36(5):449-55
65. La pédiatrie doit être enseignée aux internes en médecine générale pour l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur : <https://www.caducee.net/actualite-medicale/13167/la-pediatrie-doit-etre-enseignee-aux-internes-en-medecine-generale-pour-l-academie-de-medecine.html>





**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**Document avec signature originale devant être joint :**  
- à votre mémoire de D.E.S.  
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DENNI Prénom : Marion

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir  
connaissance des suites disciplinaires ou pénales  
que j'encours en cas de déclaration erronée  
ou incomplète*

Signature originale :

A Strasbourg, le 7/9/19

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

## RESUME

**Introduction** : En 2018, près de neuf familles sur dix se tournent vers un médecin généraliste pour le suivi de leur enfant, et l'exercice de la pédiatrie représente une part importante de l'activité en médecine générale. La formation des futurs médecins généralistes à la pédiatrie ambulatoire est de ce fait primordiale. L'objectif de ce travail est de rechercher et d'analyser les difficultés des jeunes médecins concernant leur exercice de la pédiatrie, ainsi que leurs attentes concernant une formation en pédiatrie, afin de proposer des pistes de réflexion pour le perfectionnement de la formation « Santé de l'enfant » organisée par le Département de Médecine Générale de Strasbourg.

**Matériel et Méthode** : Une étude qualitative par analyse inductive généralisée a été réalisée auprès de jeunes médecins généralistes exerçant depuis moins de trois ans dans la région Grand-Est. Pour ce faire, des entretiens individuels semi-directifs et collectifs ont été organisés.

**Résultats** : Deux entretiens collectifs et onze entretiens individuels ont été analysés. Une appréhension des sujets quant à l'exercice de la pédiatrie a été mise en évidence, ainsi que des difficultés quant à la prise en charge des questions du quotidien de l'enfant : alimentation, sommeil, pleurs. La gestion de la relation triangulaire médecin-parents-enfant semblait également poser un problème aux jeunes praticiens. Plusieurs pistes d'amélioration de la formation des internes ont été identifiées, notamment une aide au développement des compétences relationnelles, un renforcement du couple théorie-pratique, et un développement du sentiment d'être prêt à exercer.

**Conclusion** : La réforme récente de la formation en pédiatrie des internes en médecine générale de Strasbourg montre une volonté d'approfondir cette dernière. La formation « Santé de l'enfant » s'inscrit dans cette démarche, et propose une aide complémentaire pour les futurs soignants désireux de développer leurs compétences dans l'exercice de la pédiatrie si important pour leur pratique future.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT** : Médecine Générale

**MOTS-CLES** : pédiatrie, formation, compétence, médecine générale

**PRESIDENT** : Professeur Thierry PELACCIA

**ASSESEURS** : Dr Laurent BONNEMAINS

Dr Cédric LENORMAND

Dr Claire DUMAS

**DIRECTRICE** : Dr Elise FRAIH

**ADRESSE DE L'AUTEUR** : 19 rue des Foulons, 67200 Strasbourg