

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA  
SANTÉ DE STRASBOURG

ANNÉE : 2021

N° 154

-----  
THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

Sarah EIVAZ-KHANI

Née le 24 décembre 1988 à Colmar

-----  
**Évaluation des nouveaux terrains de stage « santé de  
l'enfant » par les internes de médecine générale.**

**Étude qualitative par focus groups et entretiens  
individuels auprès des internes de médecine générale  
de la faculté de médecine de Strasbourg issus de la  
réforme du 3<sup>ème</sup> cycle.**

Président de thèse : Professeur Sylvie ROSSIGNOL-BERNARD

Directeur de thèse : Docteur Claire BREITWILLER-DUMAS





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

- **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
- **(2001-2011)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020  
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**  
**Directeur général :**  
M. GALY Michaël



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

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Généétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

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

BAHRAM Séiamak  
DOLLFUS Héléne

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
Généétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

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

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences 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	RP6 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 Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	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 Seiamak 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 Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	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)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	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	RP6 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 Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / 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 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / 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

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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
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
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-Traumatologie du Membre supérieur / HP	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 Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-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)
EHLLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / 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 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	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-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
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 - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• 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	NRP6 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
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• 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 P0201	NRP6 NCS	• 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 - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
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
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 II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
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
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
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 Haute-pierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
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	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	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)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 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	RP6 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 CS	• 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 - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	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 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - 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 Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	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 Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
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 - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	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 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald 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)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
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 - Service de Santé Publique / 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
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de HautePierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER 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 CS	• 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 HautePierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de HautePierre	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 / NHC	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 HautePierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• 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	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
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• 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 réadaptation gériatrique / 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 P0207	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 P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de HautePierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de HautePierre - 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

P6 : Pôle

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (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)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

---

**A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES**

---

<b>NOM et Prénoms</b>	<b>CS*</b>	<b>Services Hospitaliers ou Institut / Localisation</b>	<b>Sous-section du Conseil National des Universités</b>
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

---

<b>MO135</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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / 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
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
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 / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON 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
FILISSETTI Denis M0025	CS	• 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)
GANTNER Pierre M0132		• 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
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0038		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
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 Hautepierre	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
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
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 Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	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 Hautepierre 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)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
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)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
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 - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
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)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	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 Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	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)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie 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 Haute-pierre	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 BONAHE Christian	P0166	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

---

**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 GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr 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)

---

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

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

---

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

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		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	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

---

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- 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)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
  - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
  - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
  - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
  - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

**Lc**

---

## 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

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

### 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

### **À Madame le Professeur Sylvie ROSSIGNOL-BERNARD,**

*Vous me faites le grand honneur d'avoir accepté de présider ce jury.*

*Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté si rapidement à mon travail et votre disponibilité.*

*Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

### **À Madame le Docteur Ariane ZALOSZYC**

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.*

*Je vous remercie pour l'intérêt porté à mon travail et votre disponibilité.*

*Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

### **À Monsieur le Docteur Mathieu LORENZO**

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.*

*Je vous remercie pour l'intérêt porté à mon travail et votre disponibilité.*

*Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

### **À Madame le Docteur Claire BREITWILLER-DUMAS**

*Claire, je te remercie de m'avoir proposé ce beau travail et de m'avoir initié à la recherche qualitative. Merci pour ta disponibilité et ton soutien précieux pendant l'élaboration de cette thèse, mais aussi pendant mon stage de SASPAS.*

*Je suis honorée d'avoir travaillé avec toi !*

### **À Monsieur le Docteur Didier CHOIGNOT**

*Je vous remercie de m'avoir aidé à la mise en œuvre d'un focus group pour ce travail de thèse, mais aussi pour votre bienveillance et votre disponibilité quand j'étais interne dans votre service et que vous m'avez enseigné l'examen du nourrisson.*

### **À monsieur le Docteur Grégoire DE CHAZELLES et à Madame le Docteur Sara PIRODDI**

*Cher Grégoire et chère Sara merci pour l'accueil chaleureux, le soutien et la confiance que vous m'accordez depuis deux ans. Je suis fière et ravie de travailler avec vous.*

### **À Madame et Monsieur les Docteurs Crina et Lucian MURESAN**

*Vous avez été une source d'inspiration importante pour moi, par vos compétences et votre humanisme.*

### **À Docteur Sylvie ROOS-BERNARD**

*Merci pour la confiance que tu m'as donnée, ainsi que les échanges que nous avons pu avoir et qui ont nourri mon expérience de jeune remplaçante.*

### **À tous mes maîtres de stage universitaires**

*À tous les MSU auprès desquels j'ai appris mon beau métier, je vous remercie pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises.*

**À mes parents chéris**

*Je vous remercie pour tout l'amour avec lequel vous m'avez nourrie.*

*Je vous remercie beaucoup pour votre soutien sans faille dans mes longues d'études, je vous dois d'avoir toujours cru en mes capacités.*

*Vous êtes de merveilleux parents ! Je vous aime du fond du cœur !*

**Maman**, merci pour ton soutien, ton écoute, ainsi que ta douceur et ton parfum le temps d'une étreinte rassurante quand le stress devenait trop intense.

*Merci pour les heures passées à relire mon travail pour l'améliorer.*

*Merci pour tout ce que tu m'as transmis, nos précieux moments de complicité, à cuisiner, à créer, à débattre, à peaufiner et aussi à profiter simplement du plaisir d'être ensemble.*

*Merci pour les délicieuses victuailles avec lesquelles je rentrais à Strasbourg, à chaque fois, pour entamer une nouvelle semaine d'études.*

*Merci pour ta rigueur, ton exigence et pour ta force, mais aussi... pour ton grain de folie !*

**Papa**, je te remercie de m'avoir transmis le goût d'apprendre, les sciences, l'histoire et l'art.

*Merci pour tout ce que tu as investi, afin de me soutenir dans mes études.*

*Je te remercie aussi de m'avoir transmis l'amour des mots, le plaisir de philosopher à en perdre de fil. Merci pour les saveurs iraniennes, ta douceur, ta gentillesse, ta gourmandise, pour la magie et le mystère... !*

**À mes grands-parents adorés Monique et Gilbert**

*Vous me soutenez depuis toujours avec un amour inconditionnel, merci pour tout. Vous êtes une des grandes richesses de mon cœur. Je vous aime très fort.*

**À mes grands-parents d'Iran**

*J'aurais adoré vous connaître, sachez que je vous porte dans mon cœur depuis toujours et je suis sûre que nous partageons d'une manière ou d'une autre la joie des grands jours.*

**À Guillaume, mon amour**

*Je te suis extrêmement reconnaissante pour toute l'aide que tu m'as fournie dans ce travail de longue haleine qu'est la réalisation d'une thèse !*

*Je te remercie pour ton soutien quotidien et l'équilibre que tu m'apportes avec notre fils adoré. Merci pour ta patience pendant ces longues années d'études, maintenant j'ai hâte de vivre la suite des aventures à tes côtés !*

**À Gaspard, mon fils adoré**

*Je suis si fière et heureuse d'être ta maman. La vie avec toi est un tourbillon d'émotions !*

*Merci pour l'amour, la force et l'énergie que tu me donnes !*

*Vive l'amour et vive la vie mon grand garçon !*

**À mes frères et à ma sœur**

*Vous êtes mes grands-rayons de soleil, vous illuminez ma vie ! Je suis si fière de vous ! Je suis une grande sœur comblée !*

**À Paul**

*Mon petit frère chéri, je suis admirative de ton brillant parcours ! Je te remercie beaucoup pour ton soutien depuis toujours et pour ton aide précieuse dans la relecture de ce travail ! Quelle réactivité, tu m'as impressionné ! Je suis très fière de toi ! Je te souhaite de vivre heureux et épanoui !*

**À Flora**

*Ma tendre petite sœur chérie, merci pour ton soutien, notre belle complicité et ta douceur. Je te remercie aussi pour l'attention que tu portes à ton neveu, qui me permet d'avoir l'esprit tranquille quand il est avec « tata flo ». Je suis très fière de toi ma Flora, je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite !*

**À Matéo**

*Mon très grand petit frère chéri, je te remercie pour ton soutien, ta sensibilité et ton énergie débordante !! Tu m'impressionnes par ton aisance dans tous les domaines ! Je suis très fière de toi et je te souhaite de trouver la voie dans laquelle tu pourras t'épanouir tel un majestueux tournesol !*

**À Inès**

*Mille merci ma flamboyante Inès pour ton incroyable énergie, ta joie et ton amour de vivre qui rayonnent dans ma vie ! Tu es la preuve vivante, qu'il est possible de vivre à 100 à l'heure en menant 10 projets à la fois et de les réussir en toute décontraction avec beaucoup de plaisir !!*

**À Jean-François**

*Merci pour ton soutien et ta bienveillance à mon égard depuis 30 ans. Je te remercie aussi pour ta disponibilité, tu es toujours prêt à nous aider !*

**À mes cousins et à mes cousines, à mon oncle et à ma tante**

*Vous êtes un précieux soutien ! Je me sens plus forte et plus heureuse avec vous, vous comptez beaucoup pour moi !*

**À Annick, François, Olivier et Aurore**

*Je vous remercie pour votre soutien dans cette aventure de longue haleine. Merci de cultiver le bonheur de notre famille.*

**À Adriana y Juan, Miguel, Lucia, Violetta y Claudia**

*Merci pour votre gentillesse et l'accueil que vous m'avez fait parmi vous. Merci de rayonner autour de nous dans le système solaire magique d'Inès et Matéo.*

**À ma grande famille**

*À tous, merci pour votre soutien !!*

**À mes amis des bancs du lycée et de la fac et leurs merveilleux enfants**

**Florent, Léa, Marin et Henri, Tiffany, Kevin et Alexandre, Marine, Klauss et Wolfgang, Kevin, Fabien, Jean, Claire et Adèle, Mathieu, Estelle et Clarisse, Jonas, Marlène et Anouk**  
*Merci de rendre notre vie plus belle et joyeuse !*

**À Madame le Docteur Sarah EICHER**

*Ma chère amie, mon binôme de PCEM et DCEM, merci pour le soutien indéfectible que tu es depuis toutes ces années ! J'ai l'impression que nous avons vécu ensemble tellement nous avons travaillé et galéré ensemble. Il est temps que nous puissions profiter sereinement de la suite !! Maintenant et pour toujours, champagne !!*

**À Monsieur le Docteur Jonas MARTZLOFF**

*Mon cher ami, je me réjouis que notre amitié n'ait cessé de se bonifier avec le temps, comme un bon vin, et encore plus maintenant que tu es si bien accompagné par Anouk et Marlène.*

**À Madame le Docteur Clémence DUPERRET**

*Ma chère Clémence, à la beauté de la vie que nous aimons célébrer ensemble ! Merci pour ta bienveillance et ta joie de vivre qui me font du bien !*

**À Marine LUTZ**

*Ma chère et tendre amie, merci pour ta précieuse présence à mes côtés depuis les bancs de la fac. Merci pour tes esquisses que je garde précieusement, nos fous rires et notre belle complicité !*

**À David ROBERT**

*Mon cher David, un grand merci pour ton aide dans la réalisation de cette thèse ! Je te remercie aussi pour ton soutien dans nos vies bien chargées de jeunes parents actifs et tous les bons moments que nous partageons autour de l'art de la table !*

**À Madame le Docteur Gaëlle GRAFF**

*Merci pour la superbe co-interne que tu as été pour moi. J'ai grandi et appris avec toi ! Maintenant nous sommes grandes, tu es partie à l'aventure et tu me manques !*

**Au Docteur Marie-Hélène BALLAND**

*Chère Marie-Hélène merci pour ton sourire qui nous a accompagné pendant 6 mois à Obernai et le soutien que tu es depuis !*

**À mes co-internes des urgences d'Haute-pierre**

**Clémence, France, Cristina, Gaëlle, Marion et Cindy**

*Sans qui ce stage n'aurait pas été le même et n'aurait pas été si fondateur pour moi.*

**À Loïc, Lea et Clara**

*Merci pour votre indéfectible soutien depuis le Maroc et votre aide précieuse jusque dans mon travail de thèse ! Vous êtes vraiment trop forts et au top comme toujours ! Nous vous aimons et nous vous embrassons bien fort !*

**À la team EVJFG à destination de Rabat**

*On y va, maintenant ?*

# Table des matières

REMERCIEMENTS .....	15
ABREVIATIONS ET ACRONYMES .....	29
INTRODUCTION .....	30
I. Origines.....	30
II. État des lieux .....	31
II.A. Données démographiques .....	31
II.B. Suivi médical des enfants, prévu par la loi.....	32
II.C. La réforme du 3 <sup>ème</sup> cycle .....	32
II.D. L'application de la réforme en Alsace.....	35
III. Question de recherche .....	35
III.A. Objectif principal.....	35
III.B. Objectifs secondaires .....	36
MATERIELS ET METHODES .....	37
I. Bibliographie.....	37
II. Type d'étude.....	37
III. Formation à la recherche qualitative .....	37
IV. Choix de la méthode qualitative .....	38
V. Choix de l'échantillon.....	39
VI. Les entretiens.....	40
VII. Le modérateur.....	41
VIII. L'observateur .....	41

IX. Cadre réglementaire .....	42
X. Re transcription et codage des résultats .....	42
RESULTATS.....	44
I. LES ENTRETIENS.....	44
I.A. Deux séries d’entretiens .....	44
I.A.1. Les entretiens de début de stage.....	45
I.A.2. Les entretiens de fin de stage .....	46
I.B. Les effectifs .....	47
I.C. Analyse des entretiens : 3 axes principaux : .....	49
II. LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET LA SANTE DE L’ENFANT, ATTENTES CONCERNANT LES STAGES SANTÉ DE L’ENFANT .....	50
II.A. La définition de la santé de l’enfant par les internes de médecine générale .....	50
II.A.1. Une prise en charge globale .....	51
II.A.1.a. Suivi du développement psychomoteur de l’enfant .....	51
II.A.1.b. La prévention .....	52
II.A.1.c. Une mission de dépistage : Le médecin généraliste, le premier recours ...	52
II.A.1.d. Une attention particulière portée sur le bien-être de l’enfant .....	53
II.A.2. Une spécialité à part entière.....	53
II.A.2.a. Pathologies aiguës .....	54
II.A.2.b Pathologies chroniques.....	54
II.A.3. Enfant, parents, médecin.....	55
II.A.3.a. Une triade relationnelle .....	55
II.A.3.b. Appréhensions du rapport avec les enfants et leurs parents .....	56

II.A.3.c. Enjeux et objectifs de la triade enfant, parents, médecin .....	56
II.B. Le rapport des internes avec la santé de l'enfant.....	58
II.B.1. Expériences personnelles.....	58
II.B.1.a. L'expérience familiale .....	58
II.B.1.b. La parentalité .....	59
II.B.1.c. Le BAFA et autres formations extérieures au milieu médical.....	60
II.B.1.d. Forces et limites de ces expériences personnelles.....	61
II.B.2. Expériences professionnelles.....	61
II.B.2.a. Durant le premier cycle d'études médicales .....	61
II.B.2.b. Durant l'externat.....	62
II.B.2.c. Durant l'internat.....	63
II.B.2.d. Le DIU santé de l'enfant.....	64
II.B.3. Projections professionnelles .....	64
II.B.3.a. Le choix de la médecine générale libérale .....	64
II.B.3.b. Le souhait d'une pratique orientée vers la santé de l'enfant.....	64
II.B.3.c. Le suivi des enfants pas forcément une évidence .....	66
II.C. Les critères de choix du stage santé de l'enfant : Un choix de formation.....	67
II.C.1. Les critères de choix de stage .....	67
II.C.1.a. Les contraintes incompressibles .....	67
II.C.1.b. Qualités intrinsèques du stage.....	68
II.C.1.c. Le bon timing.....	69
II.C.2. Le choix de l'ambulatoire .....	70
II.C.2.a. La continuité avec le stage praticien de niveau 1 .....	70

II.C.2.b. Notre futur métier .....	70
II.C.2.c. Le choix d'un stage exclusivement ambulatoire .....	71
II.C.3. Le choix de l'hospitalier.....	74
II.C.3.a. La voix de la raison .....	74
II.C.3.b. En hospitalier la quantité et la répétition, gage d'assurance .....	74
II.C.3.c. Diversité des pathologies rencontrées, une formation auprès des pédiatres .....	75
II.C.3.d. Le stage hospitalier, oui mais sous conditions.....	76
II.C.4. Le choix d'un stage mixte, ambulatoire et hospitalier.....	77
II.D. Attentes concernant le stage santé de l'enfant .....	79
II.D.1. Attentes globales .....	79
II.D.1.a. Un stage spécifique, centré sur l'enfant.....	79
II.D.1.b. La recherche d'un exercice serein .....	81
II.D.1.c. Mettre en pratique la théorie .....	82
II.D.1.d. Recueillir des outils de travail.....	83
II.D.2. Attentes concernant le stage ambulatoire .....	83
II.D.2.a. Découvrir les consultations pédiatriques libérales.....	83
II.D.2.b. Apprendre l'examen du nourrisson, de l'enfant et leurs suivis .....	84
II.D.2.c. Se familiariser avec l'approche globale de la santé de l'enfant .....	84
II.D.2.d. Une attente particulière sur le compagnonnage .....	85
II.D.3. Attentes concernant le stage hospitalier.....	86
II.D.3.a. Définir la limite entre ambulatoire et hospitalier.....	86
II.D.3.b. Une formation 100% pédiatrique.....	86

II.D.3.c. Le travail en équipe .....	87
II.E. Impact imaginé du stage ambulatoire .....	89
II.E.1. Maîtriser une consultation de l'enfant : la sérénité.....	89
II.E.2. Savoir repérer la nécessité d'un recours spécialisé .....	89
II.E.3. Définir et affiner sa propre pratique médicale .....	90
II.F. Inquiétudes.....	91
II.F.1. Liées à l'enfant.....	91
II.F.1.a. L'angoisse de l'inconnu .....	91
II.F.1.b. Liées à la communication .....	92
II.F.1.c. Certains motifs de consultation.....	92
II.F.1.d. Les consultations avec les adolescents .....	93
II.F.1.e. La peur de passer à côté d'un diagnostic .....	93
II.F.2. Liées aux parents .....	94
II.F.2.a. Pression liée au regard d'une tierce personne.....	94
II.F.2.b. Gérer l'angoisse des parents .....	94
II.F.2.c. Répondre aux attentes des parents qui parfois sortent du cadre médical pur .....	95
II.F.3. Liées au stage hospitalier .....	95
II.F.3.a. Un milieu hostile.....	95
II.F.3.b. Des services de pédiatrie trop spécialisés.....	96
II.F.3.c. Une formation incomplète dans le cadre de stages exclusivement hospitaliers .....	96
II.F.4. Liées au stage ambulatoire.....	97

II.F.4.a. Volume insuffisant de pédiatrie .....	97
II.F.4.b. Connaissances acquises insuffisantes .....	97
II.F.4.c. Particularité du stage exclusivement ambulatoire.....	98
II.F.4.d. Supervision insuffisante .....	99
II.F.4.e. Une période trop courte.....	99
III. BILAN DES STAGES SANTE DE L'ENFANT .....	101
III.A. Contenus et bilan de la partie hospitalière des stages .....	101
III.A.1. Un stage formateur et nécessaire .....	102
III.A.1.a. Apprentissage des critères d'urgence.....	102
III.A.1.b. Des motifs de consultation variés.....	103
III.A.1.c. Une prise en charge complète .....	104
III.A.1.d. Un travail d'équipe de qualité .....	105
III.A.2. Une autonomie parfois trop rapide mais formatrice .....	106
III.A.3. Les limites rencontrées .....	107
III.A.3.a. Une séniorisation insuffisante .....	107
III.A.3.b. Prise en charge restreinte à l'aigu .....	107
III.A.3.c. Le travail en équipe, pas toujours évident.....	108
III.A.3.d. Des problèmes organisationnels .....	108
III.A.3.e. Le rythme de travail .....	109
III.A.3.f. Des services trop spécialisés.....	109
III.B. Contenus et bilan de la partie ambulatoire des stages .....	111
III.B.1. La santé de l'enfant en médecine générale.....	111
III.B.1.a. Un stage enrichissant .....	111

III.B.1.b. Apprentissage du suivi des enfants .....	112
III.B.1.c. Le médecin de famille .....	113
III.B.2. Des terrains de stage variés .....	115
III.B.2.a. La PMI, un atout dans les stages santé de l'enfant.....	115
III.B.2.b. SOS médecin : Une formation aux signes d'urgences pédiatriques .....	117
III.B.2.c. Le CAMSP .....	117
III.B.2.d. Des praticiens orientés santé de l'enfant .....	118
III.B.3. Particularités du stage exclusivement ambulatoire.....	118
III.B.4. Spécificités propres à l'ambulatoire .....	119
III.B.5. Les limites du stage ambulatoire .....	120
III.B.5.a. L'accompagnement pédagogique .....	120
III.B.5.b. Limites intrinsèques aux terrains de stage .....	122
III.B.5.c. Une marge de progression plus faible .....	123
III.B.5.d. Manque de formation aux critères d'urgence.....	124
III.C. Qualités communes aux stages hospitaliers et ambulatoires .....	125
III.C.1. Un gain en autonomie et en aisance .....	125
III.C.2. Avantage du stage mixte.....	126
III.D. Méthodes d'apprentissage .....	128
III.D.1. Le compagnonnage.....	128
III.D.1.a. Le mimétisme.....	129
III.D.1.b. Les limites de la supervision directe.....	130
III.D.1.c. Les limites de la supervision indirecte .....	131
III.D.2. La répétition est pédagogique .....	131

III.D.3. Trucs et astuces entre internes, voire transmission de savoir .....	131
III.D.4. L'autoformation en complément des stages.....	132
IV. CRITIQUES ET IMPACT DU STAGE SANTE DE L'ENFANT.....	133
IV.A. Critiques concernant les stages santé de l'enfant.....	133
IV.A.1. Application de la nouvelle réforme .....	133
IV.A.2. Les stages mixtes, un bon compromis.....	134
IV.A.3. Les stages exclusivement hospitaliers ou ambulatoires .....	135
IV.A.3.a. Qualité d'une formation exclusivement ambulatoire ? .....	136
IV.A.3.b. Qualité d'une formation exclusivement hospitalière ?.....	137
IV.A.4. Des problématiques liées à certains terrains de stages .....	138
IV.B. Des regrets .....	140
IV.B.1. Des terrains de stage convoités non explorés .....	140
IV.B.2. Des stages impactés par la pandémie de la COVID 19 .....	141
IV.C. Impact du stage.....	142
IV.C.1. Évolution de la pratique des internes.....	142
IV.C.2. Un projet professionnel affiné.....	144
IV.C.2.a. La santé de l'enfant dans la pratique future.....	144
IV.C.2.b. Des pratiques différentes envisagées.....	144
IV.C.2.c. Idées d'aménagement des conditions de travail .....	145
IV.C.2.d. Réflexion autour d'un sujet de thèse .....	146
IV.C.3. La volonté de continuer à se former.....	147
IV.D. Si c'était à refaire .....	148
IV.D.1. Bilan de satisfaction.....	148

IV.D.2. Des suggestions pour améliorer les terrains de stage .....	149
IV.D.2.a. Concernant les stages ambulatoires .....	149
IV.D.2.b. Concernant les stages hospitaliers .....	150
DISCUSSION .....	151
I. Rappel concernant la question de recherche .....	151
II. Forces et limites de l'étude .....	152
II.A. Les forces de l'études.....	152
II.A.1. La méthode qualitative .....	152
II.A.2. La diversité des entretiens .....	153
II.A.3. Les entretiens en deux temps.....	154
II.B. Les limites de l'études .....	155
II.B.1. Des disparités entre les entretiens de début et de fin de stage .....	155
II.B.2. Les stages mixtes surreprésentés .....	155
II.B.3. Internes ayant répondu à l'invitation, internes les plus impliqués .....	156
II.B.4. L'épidémie de coronavirus.....	157
II.B.5. Codage des entretiens et variation de l'échantillon .....	157
III. Bilan et réflexions autour des résultats .....	159
III.A. Rappel sur l'enseignement de la santé de l'enfant dans la réforme du 3 <sup>ème</sup> cycle.....	159
III.B. Le bilan .....	159
III.C. Entre supervision directe et indirecte.....	162
III.D. Le suivi des enfants en médecine générale.....	164
III.E. Le rôle central du médecin généraliste auprès des enfants renforcé par la crise sanitaire.....	166

III.F. La médecine générale en pleine évolution .....	167
III.G. La volonté de continuer à se former .....	168
III.H. La recherche d'une relation de qualité avec les enfants .....	169
CONCLUSION .....	170
ANNEXES.....	173
Annexe 1 : Calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent ...	173
Annexe 2 : Fiche d'information et de non-opposition à la participation de l'étude .....	175
Annexe 3 : Questionnaire de début de stage.....	176
Annexe 4 : Questionnaire de fin de stage .....	177
Annexe 5 : Évaluation de l'interne en stage santé de l'enfant .....	178
BIBLIOGRAPHIE.....	184
DECLARATION SUR L'HONNEUR.....	188
RESUME .....	189

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ARS : Agence Régionale de Santé

BAFA : Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DMG : Département de Médecine Générale

IMG : Internes de Médecine Générale

MDA : Maison des Adolescents

MSU : Maîtres de Stage des universités

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

# INTRODUCTION

## I. Origines

« L'avenir de toutes les sociétés repose sur les enfants, dont il faut absolument assurer la santé, la croissance et le développement. »

Organisation mondiale de la santé [\(1\)](#).

Se soucier de nos enfants, c'est prendre soin de notre société et de son avenir. En tant que médecins généralistes, médecins de famille, nous avons un rôle à prendre dans cet enjeu collectif. Comme en atteste la définition européenne de la médecine générale éditée par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) en 2002, « *elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.* » [\(2\)](#)

La santé de l'enfant fait partie intégrante de la médecine générale, et donc constitue un objectif de formation pour les jeunes médecins. Le suivi médical des enfants a ses propres caractéristiques, qui le différencient de celui des adultes. Aussi, investir dans la formation des médecins généralistes, c'est investir dans la qualité des soins et favoriser leur implication dans cette mission.

Pour la rentrée universitaire de 2017 la réforme du troisième cycle des études médicales [\(3\)](#), entrant en vigueur, faisant une place particulière au temps de formation consacré à la santé

de l'enfant, en le doublant par rapport à la précédente maquette et avec pour objectif de favoriser les stages en ambulatoires. De nouveaux terrains de stage en santé de l'enfant ont été ainsi créés pour la mise en application de la réforme, notamment en ambulatoire, augmentant la diversité des stages santé de l'enfant.

Ce travail a pour but d'évaluer la formation des médecins généralistes, en mettant en avant la parole des internes de médecine générale (IMG), concernant la qualité de leurs terrains de stage et d'un enjeu qui n'est pas des moindres, la santé de l'enfant.

## **II. État des lieux**

### **II.A. Données démographiques**

En 2019 l'Institut National d'Études Démographiques (INED) recensait, en France, 15 562 970 individus âgés de 0 à 19 ans [\(4\)](#) et l'INSEE dans son tableau de l'économie française de 2020 dénombrait au 1<sup>er</sup> janvier 2019, 102 200 médecins généralistes et 8 270 pédiatres [\(5\)](#).

**Il y a douze fois plus de médecins généralistes que de pédiatres en France.** Il en découle une implication évidente des médecins généralistes dans la santé de l'enfant, de plus en 2016 un communiqué de l'Académie Nationale de Médecine [\(6\)](#) affirmait que plus de 80% des enfants de 2 ans à 18 ans étaient suivis par un médecin généraliste.

## II.B. Suivi médical des enfants, prévu par la loi

Selon le Décret n° 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire (7), les enfants sont soumis à **20 examens médicaux obligatoires** (Annexe 1), pris en charge à 100% par l'assurance maladie, au cours des 16 premières années, dont 3 avec délivrance de certificats médicaux : le premier dans les 8 jours suivant la naissance, puis au 9ème mois et au 24ème mois (8).

La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (9) met l'accent sur la prévention, en incitant la déclaration d'un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans, afin de favoriser la coordination des soins. Ce médecin peut être un médecin généraliste, un pédiatre ou tout autre spécialiste qui suit l'enfant (10)

## II.C. La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle

En France, en 2007, le Ministre de la santé demandait un état des lieux concernant les « besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent pour améliorer leur prise en charge » (11). La situation était comparable à celle de 2016 (6), puisque le suivi primaire total ou partiel des enfants de moins de 16 ans était déjà assuré à 80% par les médecins généralistes, les enfants représentant 10 à 25% de leur patientèle. À l'évidence, les médecins généralistes sont amenés à assurer le même rôle que les pédiatres ambulatoires. **Bien que les formations de ces deux spécialités ne puissent être comparées, ce rapport insistait sur la nécessité de leur complémentarité.** Parmi les propositions avancées dans ce rapport, figuraient l'amélioration de la formation des médecins généralistes en renforçant la place des pédiatres dans leur enseignement, ainsi que la révision des connaissances nécessaires dans la complémentarité

de leur exercice avec les pédiatres ambulatoires et hospitaliers. Ceci dans le but de **mettre en place une politique de la santé de l'enfant et de l'adolescent en favorisant le dialogue entre les acteurs médico-sociaux.**

Neuf années plus tard, constatant la diminution constante des pédiatres libéraux et l'augmentation des besoins en santé de l'enfant en France avec la nécessité d'un médecin référent pour chaque enfant dès la naissance, l'Académie Nationale de médecine publiait un communiqué [\(6\)](#) sur l'urgence de réviser l'enseignement futur de la pédiatrie pour les internes de médecine générale, avec pour objectif de diversifier les terrains de stage en santé de l'enfant ambulatoires et hospitaliers, et en augmentant la durée de formation à 6 mois pour favoriser la rencontre avec différents acteurs de la santé de l'enfant.

En 2016 la formation des internes en médecine générale subissait une profonde réforme avec la parution du Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine, modifiant le code de l'éducation [\(12\)](#). Lors de la rentrée universitaire de 2017, la réforme du troisième cycle des études médicales [\(3\)](#) entrait en vigueur, avec l'application d'une nouvelle maquette de stages d'une durée totale de 3 ans, pour le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale, et constituée de deux phases :

« **La phase 1 dite phase socle** correspond à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession ».

Comprenant les compétences suivantes à acquérir [\(13\)](#) :

- Prise progressive des fonctions d'interne

- Acquisition des connaissances et compétences de base de la spécialité
- Acquisition des compétences et connaissances communes à tous les médecins

« **La phase 2 dite phase d'approfondissement** correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie. »

Comprenant les compétences suivantes à acquérir (13) :

- Consolidation des connaissances et des compétences propres à chaque spécialité
- Construction du projet professionnel
- Approfondissement des connaissances et des compétences relatives à la spécialité suivie

Ancienne maquette		
6 semestres à répartir dans les 3 ans d'internat sans ordre précis		
Stage médecine d'urgence Stage médecine adulte	Stage de Pédiatrie et/ou Gynécologie Stage libre	Stage en médecine générale Stage libre ou SASPAS



Nouvelle Maquette	
Phase socle 2 semestres	Phase d'approfondissement 4 semestres
Stage médecine d'urgence Stage praticien de niveau 1	Stage santé de l'enfant Stage médecine polyvalente (3 <sup>ème</sup> ou 4 <sup>ème</sup> semestre) Stage santé de la femme SASPAS (5 <sup>ème</sup> ou 6 <sup>ème</sup> semestre)

Cette nouvelle maquette a pour but d'augmenter la part de stages ambulatoires notamment pour les stages santé de l'enfant et santé de la femme. Elle augmente aussi le temps consacré à la formation des santés de l'enfant et de la femme.

#### **II.D. L'application de la réforme en Alsace**

**Le département de médecine générale de Strasbourg a fait le choix de proposer depuis novembre 2018 à tous les étudiants un semestre de stage "santé de l'enfant", selon une formule mixte (3 mois de stage hospitalier/3 mois de stage ambulatoire) pour 80% des terrains de stages, mais aussi des stages exclusivement hospitaliers ou ambulatoires pour les 20% restants. Ces modifications dans les schémas de stages proposés ont mené à la question de recherche suivante.**

### **III. Question de recherche**

**Les nouveaux terrains de stage en santé de l'enfant correspondent-ils aux attentes des internes de médecine générale ?**

**Préparent-ils à la pratique future de la santé de l'enfant en médecine générale ?**

#### **III.A. Objectif principal**

**L'objectif principal était de définir les attentes des internes de médecine générale concernant les stages santé de l'enfant et d'évaluer si ces stages ont répondu à leurs attentes.**

### **III.B. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires reposent sur la volonté d'impliquer les internes de médecine générale dans leur formation.

Mais aussi définir s'il existe un avantage à passer une partie du stage en ambulatoire pour la formation de médecins généralistes et s'il existe un schéma de stage plus performant qu'un autre.

Et enfin explorer l'impact du stage santé de l'enfant sur leur pratique et leur projet professionnel.

# MATERIELS ET METHODES

## I. Bibliographie

Une première recherche bibliographique a été faite en amont du projet aux mois de juillet 2019 et juin 2020, puis complétée au fur et à mesure des questionnements posés par l'étude. Les moyens de recherche utilisés sont les suivants : PubMed, Google Scholar, Google, sur les sites du Sudoc, du Conseil de l'Ordre des médecins, de la caisse d'assurance maladie AMELI, du service public de la diffusion du droit Légifrance et du Collège National des Généralistes Enseignants.

## II. Type d'étude

Il s'agit d'une **étude qualitative** organisée initialement en **entretiens collectifs « focus group »**. Mais **également en entretiens individuels** en raison de la difficulté à recruter les internes durant la période de changement de stage et secondairement par souci du respect des mesures barrières liées à l'épidémie de COVID-19, compliquant le recrutement et le déroulé des entretiens.

## III. Formation à la recherche qualitative

Afin de mener cette étude, j'ai participé le 24 mai 2019 à une formation optionnelle proposée par la faculté de médecine sur la méthodologie de la recherche qualitative, complétée par la lecture d'un guide méthodologique sur les focus group édité par le Département de Santé

Publique du CHU de Nice [\(14\)](#), d'une introduction à la recherche qualitative parue dans la revue *Exercer* en 2008 [\(15\)](#) et de l'ouvrage *Initiation à la recherche qualitative en santé* coédité par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants ) et Global Média Santé [\(16\)](#).

#### **IV. Choix de la méthode qualitative**

Dans cette étude, il s'agit d'explorer le ressenti et l'avis des internes de médecine générale concernant les stages santé de l'enfant : comprendre leurs attentes, leurs raisonnements en termes d'apprentissage, mais aussi le mode de fonctionnement de leurs interactions avec les professionnels de santé et les patients rencontrés durant leurs stages, ainsi que la façon dont ces stages participent à établir la base de leurs connaissances en santé de l'enfant.

« *La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer* » [\(15\)](#). Elle permet d'explorer le champ des émotions et des sentiments, répondre aux adverbes interrogatifs, « pourquoi » et « comment ». [\(15\)](#)

Ce qui s'inscrit dans une **démarche inductive**, dont le but est d'aboutir à un modèle explicatif en partant du terrain [\(16\)](#). De plus dans la recherche qualitative, « *les questions et les objectifs de recherche sont en lien avec la compréhension d'un phénomène social dans une population donnée, et avec le sens que donnent les participants à leur vécu, parcours ou situation de vie* » [\(16\)](#). Ici, le **phénomène social correspond aux stages santé de l'enfant dans la population des internes de médecine générale**, faisant du témoignage des internes, la matière première de ce travail.

**Par conséquent, le choix de la méthode qualitative s'imposait, avec des entretiens menés en deux temps en début et fin de stage pour suivre l'évolution de leurs réflexions.**

Cette étude, suivant une **démarche inductive**, se déroulera en deux phases :

**Une première phase de description des données recueillies, suivie d'une seconde phase d'interprétation de ces données.**

Afin de rendre ce travail le plus représentatif possible de l'offre de stage en Alsace, **l'objectif choisi est de constituer un échantillon varié concernant les terrains de stage** dans le but d'obtenir des témoignages diversifiés.

### **V. Choix de l'échantillon**

Les internes de médecine générale ont été recrutés dans leur deuxième ou troisième année d'internat après avoir choisi le stage santé de l'enfant pour le semestre d'hiver de novembre 2019 à mai 2020 ou le semestre d'été de mai à novembre 2020 en Alsace. Dans un premier temps les invitations à participer à l'étude ont été envoyées à tous les internes ayant choisi le stage « santé de l'enfant » indistinctement. Puis dans un second temps, devant la prédominance des entretiens concernant les stages mixtes, des invitations ont été volontairement envoyées, de façon ciblée, auprès d'internes ayant choisi des terrains de stage différents (stage exclusivement hospitalier ou stage chez un pédiatre en ambulatoire) afin de confronter différents avis et différentes expériences.

## **VI. Les entretiens**

**Deux séries d'entretiens semi-dirigés ont été programmées :**

- **Les entretiens de début de stage**, organisés d'Octobre à Novembre 2019 et de Juin à Août 2020, juste avant le début du stage santé de l'enfant ou en début de stage.
- **Les entretiens de fin de stage**, organisés de Mai à Août 2020 et en Novembre 2020, en fin de stage santé de l'enfant ou après avoir fini le stage.

**Un questionnaire a été élaboré pour chacune de ces deux séries d'entretiens ([Annexe 3](#) et [Annexe 4](#))**, explorant leurs attentes, leurs envies et leurs perspectives avant et après ce stage santé de l'enfant. Ces questionnaires ont évolué et se sont précisés au cours des entretiens selon le principe évolutif d'une étude qualitative.

Les internes ont été invités à participer à un focus group autour d'une collation, en s'inscrivant sur une plateforme Doodle, par emails, via les adresses e-mails de l'Unistra obtenues au moment des choix de stage.

Devant l'absence de retour des internes, leurs maîtres de stage des universités (MSU) ont été contactés par e-mail, par le Docteur Claire Breitwiller-Dumas, qui dirige cette thèse, afin de leur demander, si le planning leur permettait, de libérer leurs internes le temps de l'entretien. Ce qui a permis d'organiser la première série d'entretiens.

Malgré tout, devant la difficulté de recrutement des internes pour participer à un focus group, l'aide d'un chef de service de pédiatrie a été sollicitée et nécessaire pour organiser un focus group au sein même de l'hôpital avec les internes de médecine générale qui y étaient en stage. Ainsi en allant à la rencontre des internes en intra-hospitalier, un focus group constitué de 8 internes a pu être organisé.

Concernant la deuxième série d'entretiens, les internes ont été invités selon le même procédé, par e-mails, complété par une annonce via le réseau social Facebook sur un groupe privé d'internes de médecine générale. Cette fois-ci le recours aux maîtres de stage n'a pas été nécessaire. Mais le réseau social Facebook et le bouche-à-oreille ont permis de faire circuler les invitations auprès des internes.

À partir du mois de mars 2019, le déroulé des entretiens a été perturbé par la pandémie de COVID 19. Et afin de limiter les contacts, les entretiens ont été menés via l'application Skype.

### **VII. Le modérateur**

J'ai moi-même joué le rôle du modérateur en animant les entretiens, m'appuyant sur les questionnaires élaborés, en les relançant sur leurs déclarations et en recadrant la discussion si nécessaire vers le sujet de l'entretien.

### **VIII. L'observateur**

Pour la première série d'entretiens menée lors de rencontres réelles, les entretiens et focus groups étaient filmés à l'aide d'un iPad et enregistrés par un dictaphone, puis retranscrits secondairement via le logiciel Microsoft Word.

Ceci a permis de relever le **langage verbal** mais aussi le **langage non verbal**.

Pour la deuxième série d'entretien et focus groups, l'application Skype s'est avérée propice à l'exercice, permettant un enregistrement vidéo et sonore simultanés, téléchargeable. Cela a

permis de retranscrire les entretiens dans un second temps, tout en assurant l'intégrité du langage verbal et non verbal.

### **IX. Cadre réglementaire**

Après sollicitation du service informatique de l'Unistra, il s'avère que **cette étude est hors-champ de la loi Jardé**. Elle ne nécessite donc pas d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni de promoteur, ni d'assurance.

Un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été réalisé via le service informatique de l'Université de Strasbourg, m'engageant à respecter un cahier des charges précis dans la manière de collecter, traiter et conserver les données liées à cette étude. En conséquence, une fiche d'information et de non-opposition à la participation de l'étude ([Annexe 2](#)) a été créée et remise à chaque étudiant avant les entretiens, leur présentant le projet et les informant des conditions de confidentialité et de gestion des données.

Afin de garantir la sécurité des données générées, elles sont conservées sur l'espace de stockage protégé de l'Université de Strasbourg, Private Seafire, le temps de l'étude.

### **X. Retranscription et codage des résultats**

Chaque entretien a été retranscrit à l'aide du logiciel Microsoft Word. **Puis les verbatims ont été extraits des entretiens selon leur pertinence et leur similitude, organisés par thèmes et sous-thèmes**, en attribuant une couleur à chaque interne interrogé, de sorte à visualiser la diversité des propos, leur redondance et aussi leur singularité. Le langage non verbal était

retranscrit en italique et pour différencier les propos recueillis en début et en fin de stage, les propos recueillis en fin de stage étaient reportés en gras.

Enfin, **un double codage a été réalisé** par le Docteur Claire Breitwiller-Dumas, afin de réaliser une **triangulation des données**.

# RESULTATS

## I. LES ENTRETIENS

### I.A. Deux séries d'entretiens

ENTRETIENS DE DEBUT DE STAGE		ENTRETIENS DE FIN DE STAGE	
ENTRETIENS INDIVIDUELS	TEMPS	ENTRETIENS INDIVIDUELS	TEMPS
Interne 1	15 min	Interne 1	66 min
Interne 2	30 min	Interne 2	64 min
Interne 3	51 min	Interne 3	96 min
Interne 19	41 min	Interne 19	38 min
Interne 20	47 min	Interne 15	46 min
		Interne 16	68 min
		Interne 13	46 min
		Interne 17	44 min
		Interne 4	68 min
		Interne 18	59 min
FOCUS GROUP	TEMPS	FOCUS GROUP	TEMPS
<u>Focus group 1</u>	68 min	<u>Focus group 1'</u>	78 min
Interne 4 Interne 5 Interne 6		Interne 7 Interne 8 Interne 9	
<u>Focus group 2</u>	72 min		
Interne 7 Interne 8 Interne 9 Interne 10 Interne 11 Interne 12 Interne 13 Interne 14			
EFFECTIF TOTAL : 16 personnes	DURÉE MOYENNE ENTRETIENS : 46 minutes	EFFECTIF TOTAL : 13 personnes	DURÉE MOYENNE ENTRETIENS : 61 minutes

**En totalité cette étude représente 16 heures d'entretiens. La durée moyenne des entretiens est de 55 minutes**, plus précisément de 46 minutes pour les entretiens en début de stage et 61 minutes pour les entretiens de fin de stage.

#### I.A.1. Les entretiens de début de stage

**La première série d'entretiens a permis d'organiser 2 focus groups de début de stage d'Octobre à Novembre 2019 :**

- **Un premier focus group avec la participation de 3 internes**, qui s'est déroulé au Forum de la faculté de médecine de Strasbourg
- **Un second focus group réunissant 8 internes**, pour lequel je me suis déplacée à l'Hôpital Pasteur 2 de Colmar, sur le lieu de stage des internes.

Ces focus groups ont été complétés par **5 entretiens individuels de début de stage :**

- **3 entretiens individuels réalisés d'Octobre à Novembre 2019** (pour le semestre d'hiver 2019-2020) en raison des difficultés à réunir simultanément les internes pour un focus group. Ces entretiens se sont déroulés soit dans un lieu privé, soit dans une salle du Forum de la faculté de médecine de Strasbourg.
- Et **2 derniers entretiens individuels** de début de stage ont été réalisés de **Juin à Août 2020** (pour le semestre d'été 2020) dans la suite du premier confinement de mars à mai 2020, relatif à la pandémie de la COVID-19, ce qui a motivé le choix de passer par l'application Skype, afin de respecter les mesures barrières.

### I.A.2. Les entretiens de fin de stage

**La deuxième série d'entretiens s'est tenue de Mai à Août 2020 ainsi qu'en Novembre 2020,** toujours dans la suite du premier confinement, relatif à la pandémie de la COVID-19. Ces circonstances exceptionnelles ont prolongé d'un mois les stages des internes en semestre d'hiver, de Novembre 2019 au 31 mai 2020, et raccourci les stages des internes en semestre d'été, du mois de Juin 2020 au 31 Octobre 2020. Toujours dans le souci de respecter les gestes barrières, le choix a été fait de mener les entretiens de fin de stage via l'application Skype. La pandémie a profondément impacté les internes tant sur le plan organisationnel que personnel. Nombre d'entre eux ont participé à l'effort hospitalier de lutte contre l'épidémie de coronavirus. Ces circonstances ont largement contribué à compliquer le recrutement d'internes pour réaliser des focus groups.

Ainsi c'est dans ce contexte particulier que se sont déroulés **les entretiens de fin de stage :**

- **1 focus group de fin de stage réalisé avec 3 internes via l'application Skype en mai 2020**
- **10 entretiens individuels de fin de stage via l'application Skype : 9 entretiens réalisés entre les mois de mai à juillet 2020 et 1 entretien réalisé au mois de novembre 2020.**

À noter qu'une des internes interrogées en entretien individuel de fin de stage était en stage surnombre non validant en pédopsychiatrie, service qui a fermé lors du premier confinement.

À la place, elle a travaillé en secteur COVID. Elle a alors basé son témoignage sur son premier stage santé de l'enfant qu'elle avait réalisé au semestre d'hiver 2018-2019.

### I.B. Les effectifs

**20 internes ont été recrutés pour cette étude, 18 femmes et 2 hommes**, interrogés indifféremment en fonction de leur disponibilité, pour les entretiens de début de stage, de fin de stage ou les deux.

#### Entretiens de début de stage :

16 internes ont répondu à l'invitation, dont **14 femmes et 2 hommes**.

- Deux focus groups de 3 et 8 personnes
- 5 entretiens individuels

#### Entretiens de fin de stage :

13 internes ont répondu à l'invitation, dont **11 femmes et 2 hommes**.

- 1 focus group de 3 personnes
- 10 entretiens individuels

Afin de personifier les verbatims choisis et garantir l'anonymat des internes recrutés, **un pseudonyme a été attribué arbitrairement à chaque interne selon l'ordre alphabétique.**

Internes	Pseudonymes	Age	Année internat	Stage mixte	Stage 100% ambulatoire	Stage 100% hospitalier
Interne 1	Aline	27 ans	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 2	Betty	26 ans	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 3	Charles	35 ans	2 <sup>ème</sup>		X	
Interne 4	Diane	26 ans	3 <sup>ème</sup>	X		
Interne 5	Eve	26 ans	3 <sup>ème</sup>	X		
Interne 6	Félicia	25 ans	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 7	Gaëlle	26 ans	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 8	Hortense	26 ans	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 9	Iris	25 ans	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 10	Justine	*	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne11	Karine	26 ans	3 <sup>ème</sup>	X		
Interne 12	Lisa	*	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 13	Marc	28 ans	2 <sup>ème</sup>			X
Interne 14	Nadia	26 ans	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 15	Olympe	25 ans	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 16	Pauline	28 ans	3 <sup>ème</sup>		X	
Interne 17	Rose	27 ans	3 <sup>ème</sup>	X		
Interne 18	Sonia	28 ans	3 <sup>ème</sup>	X		
Interne 19	Tiffany	25 ans	2 <sup>ème</sup>	X		
Interne 20	Zoé	26 ans	2 <sup>ème</sup>		X	
TOTAL				16	3	1

\* Le focus group composé de 8 personnes a été réalisé pendant la pause déjeuner des internes, certains internes sont arrivés au compte-goutte selon leurs disponibilités, ce qui explique que cette donnée ait pu ne pas être recueillie, malgré des relances par mail pour pouvoir la compléter.

Pour différencier les verbatims recueillis pendant les entretiens de début de stage et de fin de stage les pseudonymes des internes sont soulignés avec un trait continu pour les entretiens de début de stage et avec un trait en pointillé pour les entretiens de fin de stage.

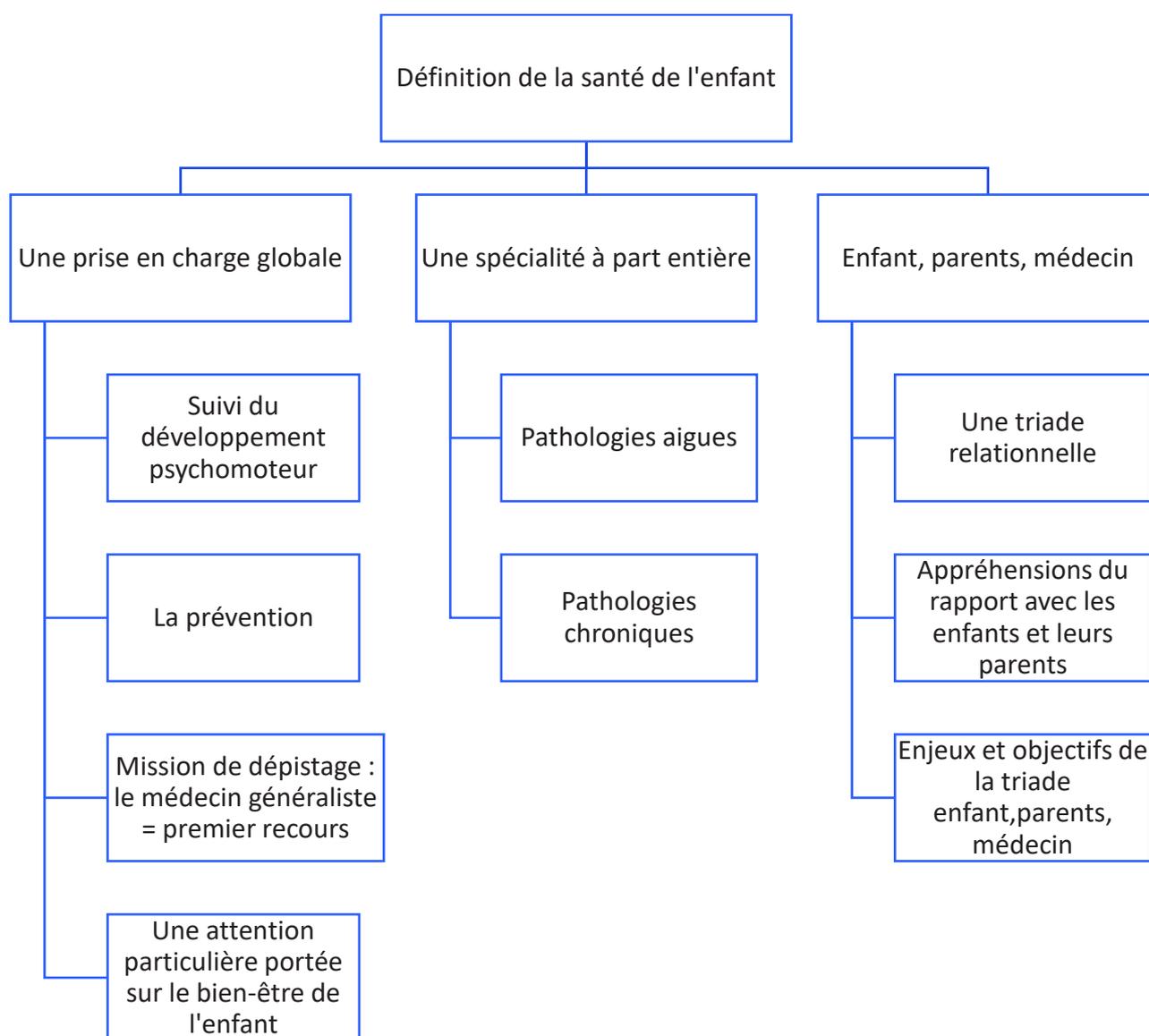
### **I.C. Analyse des entretiens : 3 axes principaux :**

L'analyse des entretiens révèle trois axes principaux, autour desquels les résultats s'articuleront :

- Tout d'abord les entretiens de début de stage ont permis d'explorer **la vision de la santé de l'enfant par les IMG**, puis de développer **leurs attentes concernant ces stages**.
- Dans un deuxième temps, durant les entretiens de fin de stage les internes ont pu dresser **le bilan de leurs stages**.
- Enfin, les internes ont émis des **critiques concernant leurs stages, puis réfléchi à l'impact du stage santé de l'enfant sur leur pratique**.

## II. LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET LA SANTE DE L'ENFANT, ATTENTES CONCERNANT LES STAGES SANTÉ DE L'ENFANT

### II.A. La définition de la santé de l'enfant par les internes de médecine générale



Une des premières questions posées aux internes était de donner **leur définition de la santé de l'enfant**. Pour certains il n'est pas évident d'en donner la définition de prime abord devant l'étendu du champ de compétences qu'elle inclut :

Tiffany : « C'est difficile de donner une définition précise je trouve parce que c'est très vaste. »

### II.A.1. Une prise en charge globale

Tout d'abord, beaucoup s'accordent sur le fait qu'il s'agisse d'**une prise en charge globale de la naissance à l'adolescence**, comprenant une attention portée durant la grossesse :

Charles : « Ça doit sûrement, être plus que pour l'adulte, englober la prévention et la surveillance de sa croissance, de son développement et bien sûr les démarches diagnostiques si nécessaire et thérapeutiques derrière quoi. Enfin bon je vois ça comme un truc un peu global »

Tiffany : « En médecine générale c'est bien parce qu'on a vraiment un suivi de lorsqu'il est nouveau-né jusqu'à l'adolescence voire au passage à l'âge adulte. », « C'est la prise en charge déjà globale de l'enfant. »

Diane : « Pour moi ça s'étale de 0 à... même un peu avant la naissance, mais surtout de 0 à 15-16-18 ans. »

Olympe : « Pour moi ça sonne comme quelque chose de global »

#### II.A.1.a. Suivi du développement psychomoteur de l'enfant

Cette prise en charge globale inclut, en premier lieu, **le suivi du développement psychomoteur de l'enfant** :

Betty : « Le suivi de l'enfant et des grandes étapes de l'évolution de l'enfant jusqu'à l'adolescence ».

Aline : « Respecter les âges charnières, le développement »

### II.A.1.b. La prévention

Dans leur définition, **la prévention occupe une place importante dans le suivi des enfants.**

Iris : « *Surtout une mission de prévention* »

Tiffany : « *Voir son environnement, son évolution, voilà le dépistage, la prévention, la vaccination.* »

Cette mission de prévention comprend pour les IMG : **la vaccination, les examens obligatoires, l'hygiène de vie** (l'alimentation, le sommeil, les écrans, l'hygiène bucco-dentaire) **et la prévention des maladies sexuellement transmissibles.**

### II.A.1.c. Une mission de dépistage : Le médecin généraliste, le premier recours

Le médecin généraliste incarne **le médecin de famille**, un des premiers interlocuteurs dans le système de soin. Il porte une responsabilité dans le dépistage précoce des pathologies, d'autant plus importante chez les enfants.

Betty : « *C'est super important en médecine générale on est quand même un des premiers recours.* »

Hortense : « *Le médecin généraliste est le mieux placé pour le voir parce que c'est lui qui va le voir, ben normalement le plus fréquemment l'enfant* »

Il porte aussi une attention particulière sur **le dépistage des troubles du développement et le dépistage des violences faites aux enfants.**

Pauline : « *Dépister les retards de développement* »

Eve : « *Repérer les situations à risque.* »

Félicia : « *Leurs relations avec les autres, à l'école, voir s'ils sont victimes de harcèlement ou des choses comme ça* »

Tiffany : « *Dépister est-ce qu'il y a de la maltraitance au sein de l'environnement familial* »

#### II.A.1.d. Une attention particulière portée sur le bien-être de l'enfant

**S'enquérir de l'épanouissement de l'enfant et juger de la qualité de son environnement** fait partie de leurs objectifs de prise en charge.

Marc : « *À chaque consultation lui demander s'il est bien dans sa peau, s'il a des complexes, s'il souffre de quelque chose, s'il se sent bien ?* »

Diane : « *Savoir un petit peu l'histoire de la famille, savoir dans quel contexte arrive cet enfant. Je pense que c'est quelque chose d'important à connaître, pour le bien-être et l'épanouissement de l'enfant, euh sans qu'il y ait de norme.* »

#### II.A.2. Une spécialité à part entière

D'autre part, **la santé de l'enfant a ses propres particularités qui diffèrent de la santé de l'adulte, justifiant un apprentissage ciblé.**

Charles : « *Dans le sens qu'on ne pouvait pas raisonner avec un enfant comme on raisonne avec un adulte* », « *Parce qu'ils ne sont pas faits pareils et que l'enfant n'est pas un mini-adulte quoi. Et que physiologiquement et anatomiquement et voilà physiquement et ils ne sont pas pareils et qu'on ne rencontre pas les mêmes maladies.* »

Karine : « T'as l'impression de débiter ton internat puisque tout doit être réfléchi, tout doit être mesuré, calculé et t'appréhendes à chacune, à la moindre prescription tu te dis mince est-ce que je ne vais pas surdoser. »

L'examen clinique évolue avec la croissance de l'enfant. **À chaque tranche d'âge son examen, ses repères et ses traitements.**

Rose : « C'est hyper particulier, l'enfant il se développe tous les mois et il évolue et puis on n'a pas les mêmes problématiques, mois par mois »

Aline : « Entre le nouveau-né, le nourrisson jusqu'aux ados c'est complètement différent. »

#### II.A.2.a. Pathologies aiguës

**La santé de l'enfant comprend la prise en charge des pathologies aiguës**, dont certaines propres aux enfants :

Charles : « Parce qu'ils ne sont pas faits pareils et que l'enfant n'est pas un mini-adulte quoi. Et que physiologiquement et anatomiquement et voilà physiquement et ils ne sont pas pareils et qu'on ne rencontre pas les mêmes maladies. »

Gaëlle : « Après en aigu, c'est des choses qui sont relativement faisables, en général, en cabinet de médecine générale. »

#### II.A.2.b Pathologies chroniques

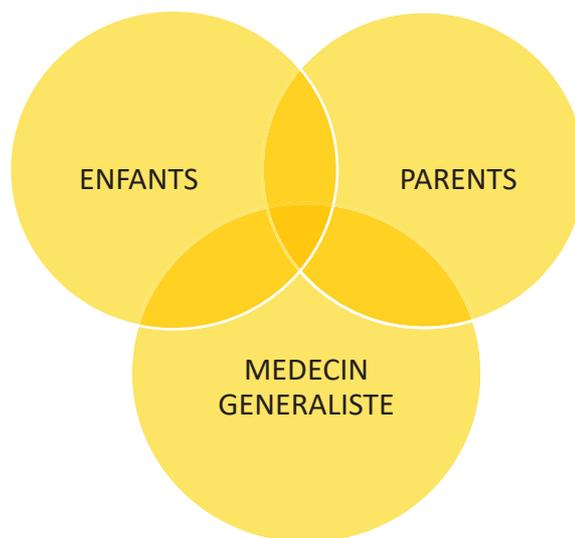
**Les enfants peuvent aussi présenter des maladies chroniques** nécessitant un dépistage et un suivi :

Betty : « Tout ce qui touche déjà à la pathologie de l'enfant, que ce soit infectieux aigu, mais aussi pathologie chronique »

### II.A.3. Enfant, parents, médecin

#### II.A.3.a. Une triade relationnelle

La consultation avec un enfant implique l'interaction de trois protagonistes : Le médecin, l'enfant et ses parents, formant ainsi une **triade**.



Marc : « Ouais c'est un triangle, faut savoir apprivoiser l'hypoténuse. »

Betty : « Ce n'est pas que le patient, c'est aussi les parents quoi. Donc c'est aussi pour ça que je trouve que c'est un peu plus complexe la pédiatrie par rapport à ça. »

Cette **relation triangulaire** nécessite une capacité d'adaptation du médecin face au duo intime et complice que forment les parents avec leur enfant. D'une part avec l'enfant, d'autre part avec ses parents.

### II.A.3.b. Appréhensions du rapport avec les enfants et leurs parents

**Cette relation triangulaire est source d'inquiétude** pour les internes débutant en pédiatrie :

Aline : « *C'est les parents, les enfants ceux qui pleurent alors que tu ne les as même pas approchés ou qui sont encore dans la salle d'attente alors que t'as rien fait, t'as même enlevé ta blouse... et du coup c'est un peu difficile à gérer encore.* »

### II.A.3.c. Enjeux et objectifs de la triade enfant, parents, médecin

L'un des premiers enjeux de cette triade relationnelle est **d'établir une relation de confiance avec l'enfant** :

Gaëlle : « *Je pense aussi qu'on peut les éduquer là-dessus sur ce qu'est notre rôle, notre fonction, leur apprendre ce que c'est un médecin généraliste, quand on peut être là pour eux* »

Aline : « *Qu'ils n'aient pas peur d'aller chez le médecin.* »

Une fois cette relation établie, **arriver à donner la parole à l'enfant** :

Marc : « *Idéalement en fin de consultation, quelques minutes avec lui, peut-être voilà, 2 à 5 minutes, juste avec lui tout seul, pour le considérer en tant qu'individu en tant que tel, et éviter que les parents soient tout le temps là à écouter la réponse.* »

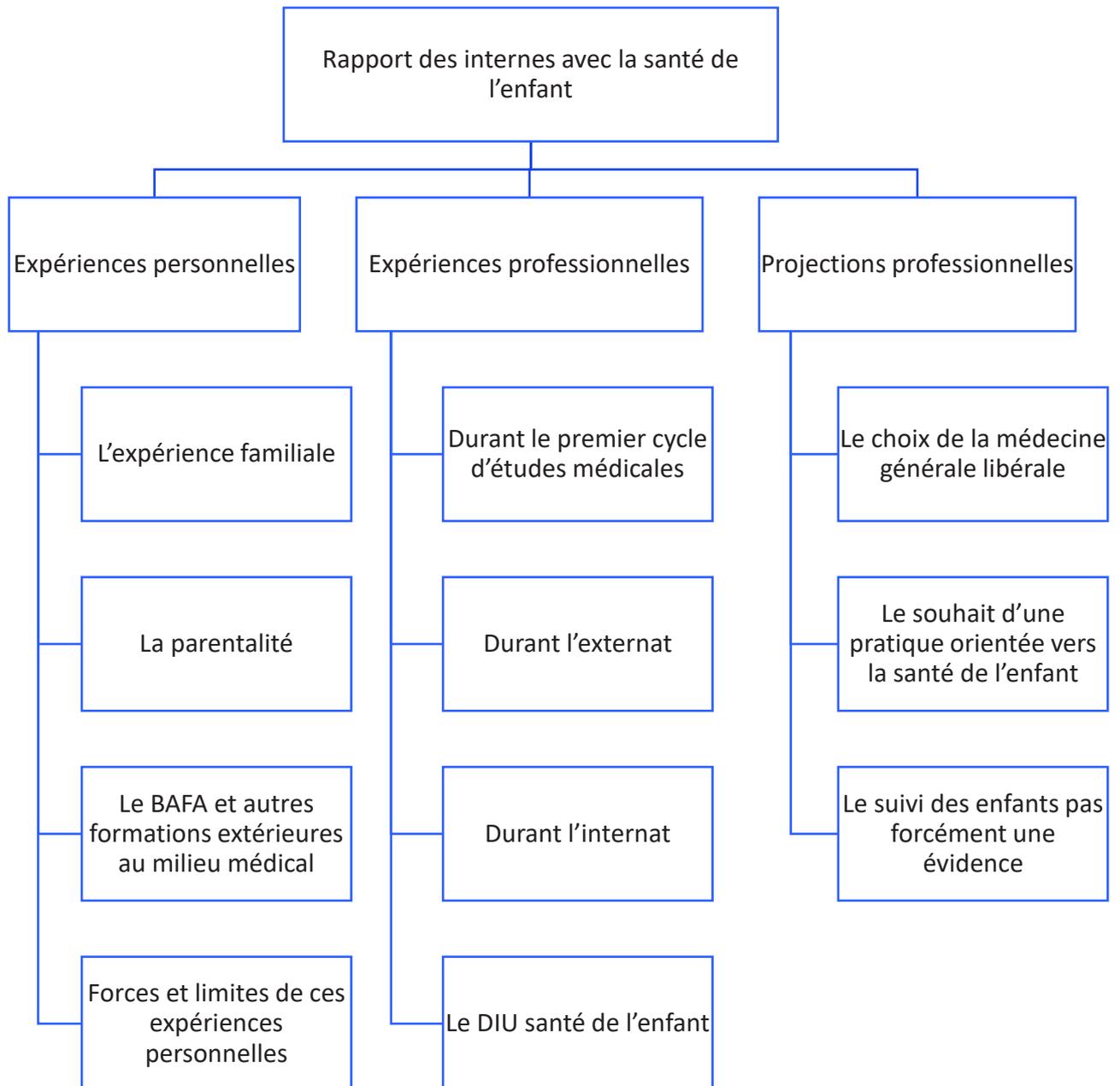
Karine : « *Vers 11 ans genre, je leur demandais est-ce qu'ils voulaient me voir seul ou avec la maman, et si la maman ou le papa étaient d'accord. Parce que, enfin c'est vrai que les consultations des ados de 15 ans qui viennent pour des choses voilà en rapport avec les relations sexuelles ou doute sur IST, machin, t'as pas forcément envie d'avoir ta mère à côté. Et tu ne réponds pas forcément aux questions aisément.* »

S'ensuit **un temps d'écoute et d'accompagnement des parents** :

Diane : « *Je pense qu'on a vraiment un rôle prépondérant pour accompagner les parents, enfin dans le bon épanouissement avec leur enfant.* »

Tiffany : « *Et puis accompagner aussi les parents qui ont souvent beaucoup de questions par rapport à leurs enfants. Je pense que ça c'est prépondérant dans l'exercice du médecin généraliste.* »

## II.B. Le rapport des internes avec la santé de l'enfant



### II.B.1. Expériences personnelles

#### II.B.1.a. L'expérience familiale

Le plus souvent la première expérience personnelle avec les enfants a lieu **au sein de la famille.**

Betty : « J'ai un petit frère (rire) que j'ai vu grandir, donc euh qui a 9 ans (..) on a 17 ans d'écart. Donc voilà j'ai vu de bébé, jusqu'à voilà...toute l'évolution. »

Eve : « : Moi y a eu un avant/après mon neveu », « Oh ben enfin avant j'étais gauche comme tout, maintenant je n'ai pas trop peur de les manipuler. »

### II.B.1.b. La parentalité

**La parentalité est une expérience inédite qui complète la formation en santé de l'enfant :**

Rose : « Moi maintenant je suis maman donc je suis un peu biaisée, maintenant je sais mieux »

Charles : « Parce que particularité, j'ai deux enfants. », « Ils ont 2 ans et demi et 8 ans. Donc j'ai un panel. »

Les internes interrogés, qu'ils soient parents ou non, s'accordent à l'unanimité, sur le fait qu'être parent est un atout pour l'apprentissage de la santé de l'enfant, voire permettrait de pallier aux carences de formation.

Rose : « Alors le mieux c'est d'avoir un enfant soi-même pour pouvoir répondre à la plupart des questions »

Aline : « Et puis toi tant que t'as pas eu d'enfant, c'est compliqué de donner des conseils, sur l'alimentation, les coliques, alors que tu n'y connais rien du tout, enfin t'es quand même moins légitime je trouve. »

Diane : « Souvent les médecins qui ont déjà des enfants eux-mêmes sont peut-être plus à même de répondre à toutes ces interrogations. »

Pour les internes interrogés qui sont parents, **la parentalité augmenterait l'empathie et la tolérance envers les parents :**

Rose : « *Je vais encore revenir, encore une fois, sur la maternité, l'anxiété des parents maintenant je comprends différemment* », « *Ouais mon rapport aux parents est différent parce que je suis maman, pas parce que j'ai fait forcément ces stages.* »

Zoé : « *Je pense que tant qu'on ne l'a pas été vraiment on ne peut pas forcément s'imaginer ce que c'est de venir en consultation pour son enfant, s'inquiéter pour sa santé.* »

Charles : « *Déjà je pense qu'en tant que père ou parent en général, je crois qu'on est quand même beaucoup plus sensible de façon générale, encore plus sensible à ce qui se passe avec les enfants (...). Et puis surtout on comprend beaucoup mieux les parents ou alors on ne les comprend pas, ça dépend (Rires).* »

#### II.B.1.c. Le BAFA et autres formations extérieures au milieu médical

**Le BAFA (Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur) et autres formations permettant d'encadrer des enfants constituent des expériences relationnelles auprès des enfants, cependant éloignées du milieu médical.**

Eve : « *Il y a longtemps j'avais fait mon BAFA, donc j'ai déjà travaillé avec des enfants dont des petits mais bon ce n'est pas pareil. Enfin ce n'est pas la même approche.* »

Marc : « *Ouais moi j'ai le BAFA, je suis moniteur de tennis aussi.* »

### II.B.1.d. Forces et limites de ces expériences personnelles

**Ces expériences personnelles, peuvent donner un avantage dans le relationnel avec les enfants :**

Karine : « Manipuler un enfant ça ne m'inquiète pas »

Justine : « Le fait d'être plus à l'aise, je pense que les enfants ressentent vachement ça quand on est à l'aise ou pas à l'aise avec eux, et le fait d'en avoir déjà porté, c'est bête, mais ils le sentent »

**Cependant il s'agit d'expériences éloignées du rapport médecin-enfant, soignant-patient :**

Félicia : « Et puis c'est ce que je disais aussi avant, entre être avec un enfant et examiner un enfant et le voir d'un côté médical, ce n'est pas la même chose, et ce n'est peut-être pas ce que je recherche non plus. »

Nadia : « Mais c'est bizarre de parler de pédiatrie dans un contexte personnel, parce qu'on n'est pas médecin généraliste de je ne sais pas...de notre famille. »

### II.B.2. Expériences professionnelles

#### II.B.2.a. Durant le premier cycle d'études médicales

Certains internes, ont pu **dès le premier cycle de leurs études médicales**, acquérir une expérience en santé de l'enfant :

Nadia : « J'avais assisté à des consultations entre les 1ère-2ème année et 2ème-3ème année ben en CHU. »

Lisa : « J'avais fait 1 mois de pré-externat déjà en réanimation néonatale, autant dire que ça ne m'avait pas apporté grand-chose pour ma pratique actuelle. »

### II.B.2.b. Durant l'externat

**L'externat** a permis à certains une introduction à la santé de l'enfant :

Betty : « Après j'avais aussi l'expérience pendant mon externat. Dernière année d'externat on avait ce stage à faire où j'étais dans un cabinet avec 3 médecins chacun avait une spécialité dont un qui faisait de la pédiatrie, mais vraiment que de la pédiatrie. Donc c'était super bien »

Charles : « Alors santé de l'enfant, un stage d'externe (...). Donc moi j'étais à Paris, donc en pédiatrie générale, donc en hospitalier pur, observation, visite classique, staff. »

**L'acquisition de connaissances en santé de l'enfant a été variable en fonction des terrains de stage :**

Eve : « Pendant l'externat du coup j'étais pendant 6 semaines aux urgences pédiatriques (...). J'ai vu quand même pas mal de choses mais c'est vrai que, enfin, peut mieux faire quoi. Ça ne suffira pas ! »

Marc : « 3 mois, stage d'externe, 1 mois d'urgence, 1 mois de néonate et 1 mois de je sais plus quoi. C'était vraiment très formateur. »

Charles : « Toujours est-il que mon stage en pédiatrie générale, quand j'étais externe, m'avait fait balayer à peu près, sauf adolescent, à peu près tous les items du collège de pédiatrie, donc j'avais trouvé ça particulièrement formateur. »

II.B.2.c. Durant l'internat

Certains IMG interrogés ont, durant leur phase socle, pu s'initier à la santé de l'enfant. **Notamment au cours du stage praticien de niveau 1 avec un pourcentage de pédiatrie variable d'un praticien à l'autre :**

Aline : « Les quelques enfants que j'ai vu chez les praticiens au premier semestre, mais il n'y en avait pas tellement, tellement »

Charles : « Je pense que les praticiens chez qui j'étais, n'étant pas vraiment orientés enfants, on n'en a pas plus discuté que ça et du coup ça ne m'a pas apporté plus que, voilà. »

Diane : « Et mon premier stage praticien je l'ai fait chez 3 praticiens dont une qui est devenue santé de l'enfant (...). Donc là tout ce qui était suivi c'était bien. »

Pour d'autres, **durant leur stage aux urgences adultes, certains services prenaient en charge également les enfants :**

Betty : « En plus aux urgences, là où je suis en ce moment, on a aussi des urgences pédiatriques », « On est bien aiguillé, y a des fois le pédiatre qui venait pour réexaminer l'enfant ensemble. Donc ouais déjà une petite approche »

Charles : « Seule expérience qu'on peut parler pour l'internat. C'est juste d'avoir vu beaucoup d'enfants pendant le stage d'urgence, qui était à X. Donc on reçoit les enfants pour la traumato. »

Lisa : « Mes premiers 6 mois d'internat j'étais aux urgences de Z où on accueille aussi des urgences pédiatriques »

### II.B.2.d. Le DIU santé de l'enfant

**Le DIU (Diplôme interuniversitaire) santé de l'enfant est un complément de formation théorique facultatif sur la santé de l'enfant, proposé par la faculté de médecine de Strasbourg :**

Tiffany : « *J'ai fait le DU de santé de l'enfant, mais bon ça reste très théorique* »

Pauline : « *Moi je fais le DU santé de l'enfant aussi à côté, donc j'ai aussi, enfin, ce complémentaire, par rapport à ma formation.* »

### II.B.3. Projections professionnelles

#### II.B.3.a. Le choix de la médecine générale libérale

**Le projet d'une pratique libérale est plébiscité par les internes :**

Diane : « *J'aimerais exercer en ambulatoire* »

Zoé : « *Je pense que je vais faire du libéral* »

Pauline : « *Je me prédestine à m'installer en cabinet de ville* »

#### II.B.3.b. Le souhait d'une pratique orientée vers la santé de l'enfant

Le choix de certains internes a évolué, **de l'idée d'une spécialisation en pédiatrie au choix final de la médecine générale, en raison de sa diversité.**

Betty : « *La pédiatrie je me suis rendu compte que c'était quand même très, très spécifique et que tous les stades me plaisaient, je n'avais pas envie d'être que dans une spécialité. Donc je me suis dit la médecine générale, voilà ça permet de voir un peu de tout, même des enfants.* »

Félicia : « *Quand j'ai commencé médecine c'était pour faire pédiatre, parce que j'avais fait mon BAFA et que j'adorais les enfants. Et en fait je me suis rendu compte que j'étais pas du tout à l'aise avec les enfants. Du coup j'ai abandonné l'idée !* »

Zoé : « *En fait moi j'ai bossé pour le concours de l'internat comme si je voulais faire de la pédiatrie, enfin dans le but de faire de la pédiatrie. J'ai...je, je pouvais choisir de la pédiatrie avec mon classement à l'ECN et euh...mais en fait ce n'était pas le mode de vie que je voulais, enfin je ne voulais pas refaire 5 ans d'internat, je ne voulais pas travailler en hospitalier, je voulais travailler en libéral. Et donc pour moi la médecine générale c'était le bon compromis, en fait, pour tout ça. On peut très bien suivre des enfants, voire beaucoup d'enfants en médecine générale.* »

De ce fait, **le suivi des enfants en médecine générale est une évidence pour eux :**

Diane : « *Moi je sais que j'aimerais avoir pas mal de santé de l'enfant dans ma patientèle.* »

Olympe : « *J'aime bien les enfants. Donc j'espère que ça fera partie de ma pratique plus tard, la pédiatrie, enfin que j'en aurais dans ma patientèle.* »

Zoé : « *J'ai très envie de m'orienter, d'orienter plutôt vers de la pédiatrie parce que c'est vraiment ce qui me plaît.* »

**Suivre des enfants en médecine générale, c'est s'assurer une pratique variée et ludique :**

Betty : « *Donc je me suis dit la médecine générale voilà ça permet de voir un peu de tout même des enfants.* »

Olympe : « *Mais en médecine générale les pratiques elles sont quand même hyper variées, on peut faire vraiment beaucoup de choses.* »

Gaëlle : « *Et puis avec les enfants, (...) il y a toujours cette ambiance particulière, qu'il n'y a pas quand on est juste entre adultes. Enfin pour moi il y a toujours de côté un peu tendresse avec les enfants et j'ai bien aimé le contact, enfin ça apporte beaucoup à la pratique. »*

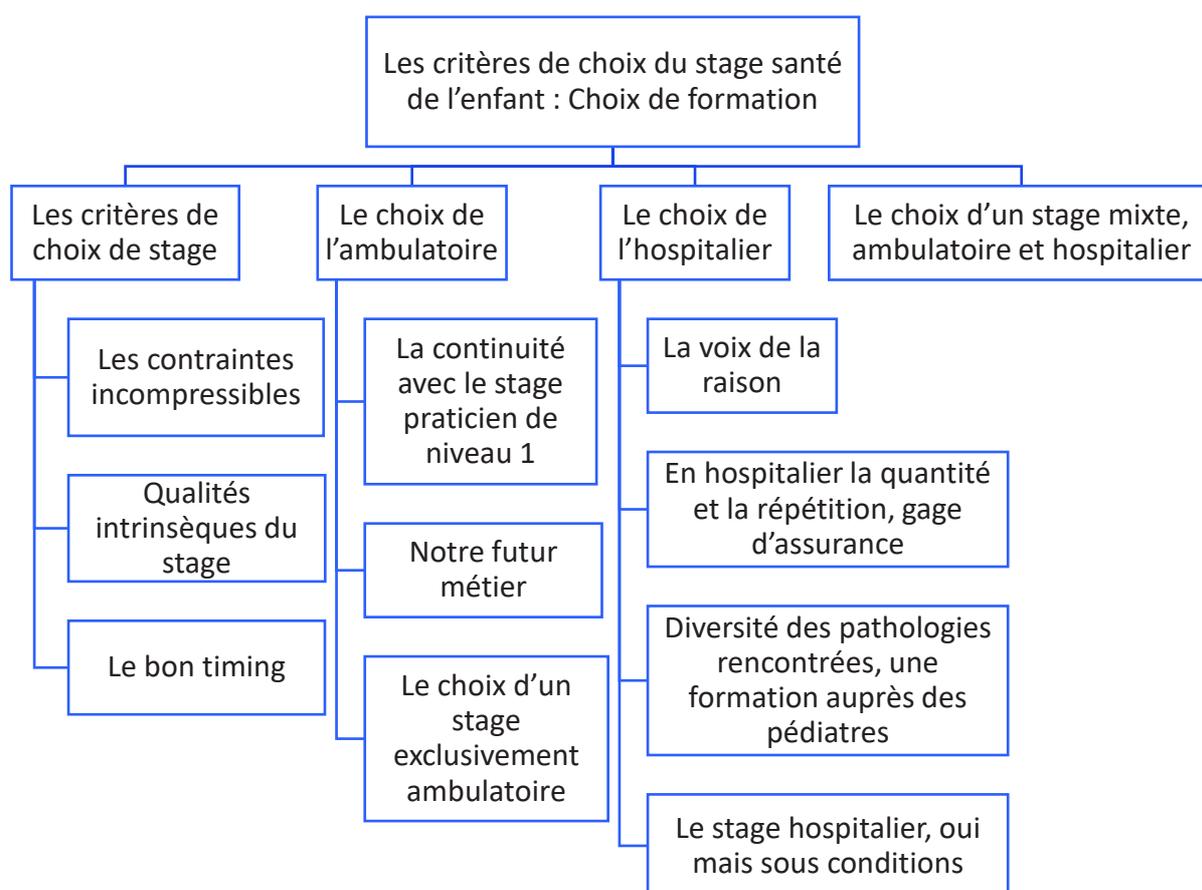
### II.B.3.c. Le suivi des enfants pas forcément une évidence

Mais pour d'autres internes, **le suivi des enfants n'est pas forcément une évidence au départ** :

Charles : « *Je ne tiens pas forcément à en voir beaucoup (rires), mais bon je pense que c'est par méconnaissance du sujet, pour l'instant. Enfin j'espère qu'à la fin du stage j'aurais peut-être une vision différente. »*

Aline : « *En stage de pédiatrie en externat ça ne m'a pas plu, je ne me suis pas dit je veux faire ça tous les jours et tout. »*

## II.C. Les critères de choix du stage santé de l'enfant : Un choix de formation



### II.C.1. Les critères de choix de stage

#### II.C.1.a. Les contraintes incompressibles

Les IMG choisissent leurs stages selon des contraintes incompressibles, **selon leur rang de classement au concours de l'internat et selon les terrains de stage proposés et disponibles au moment de choisir.**

Charles : « Il se trouve que ce stage 100% ambulatoire que je convoitais beaucoup était encore disponible. »

Hortense : « Il ne restait plus des choses qui me plaisaient donc je suis allée en santé de l'enfant. »

Zoé : « J'ai la chance de plutôt être bien classée, de pouvoir choisir, donc c'est clair, (rires), c'est clair, ça fait clairement partie du truc »

Nadia : « C'est le seul stage qui restait à Colmar entre gynéco et médecine adulte, et... enfin les stages qui m'intéressaient et donc la pédiatrie, du coup ce n'est pas forcément par choix. »

### II.C.1.b. Qualités intrinsèques du stage

Pour orienter leurs choix, les internes sont attentifs aux qualités intrinsèques des stages.

**La renommée du stage est un critère majeur**, notamment grâce aux évaluations des stages réalisées par les internes :

Charles : « Sachant que les retours étaient positifs sur ces stages. C'est mon premier critère ! »

Diane : « Moi j'ai choisi mon stage avec les évaluations de stage des derniers stages (acquiescement de l'interne 5 en opinant du chef) en priorisant sur les médecins généralistes pour être sûr d'avoir des médecins généralistes qui faisaient pas mal de pédiatrie. L'hospitalier bon, c'est...enfin je m'étais dit, bon allez c'est 3 mois, peu importe où c'est avec ces généralistes-là. »

Zoé : « Oui, oui clairement c'est quelque chose que je regarde les évaluations de stage et voir si on peut compter sur quelqu'un pour nous aider face à nos doutes et sur la formation qu'on peut en avoir en fait. »

**Le temps de travail est également un critère de sélection :**

Zoé : « Et le critère de ...de...vraiment de temps...de temps de stage, enfin c'était hors de question pour moi de prendre un stage où je finissais à 20h et où j'avais trois gardes par semaine, enfin. »

Charles : « Parce que ça permet en général d'avoir des horaires plus souples surtout le matin, et c'est le matin qui est compliqué avec les enfants, le soir aussi mais moins que le matin. »

Les IMG sélectionnent aussi les stages pour **la cohérence avec leur projet professionnel**, c'est l'opportunité de personnaliser leur formation.

Tiffany : « J'aime bien plutôt le Haut-Rhin parce que c'est là où je veux m'installer. »

#### II.C.1.c. Le bon timing

Le semestre d'hiver, pour le stage santé de l'enfant, est parfois préféré pour **se former aux pathologies hivernales pédiatriques**.

Diane : « Je voulais faire santé de l'enfant en hiver. Donc du coup ça s'est déroulé comme ça quoi. »

Eve : « Pour voir notamment des pathologies hivernales des bronchiolites, avoir l'affluence des urgences hivernales. »

Lisa : « Moi c'était parce que je voulais aller en pédiatrie en hiver pour voir toutes les pathologies, type bronchiolite, les choses comme ça. »

Le stage santé de l'enfant est parfois choisi **pour accompagner le DIU santé de l'enfant** :

Pauline : « *J'ai choisi mon stage de pédiatrie avant mon SASPAS parce que je voulais que ça ait lieu en même temps que pour mon DU santé de l'enfant.* »

## II.C.2. Le choix de l'ambulatoire

### II.C.2.a. La continuité avec le stage praticien de niveau 1

**Un stage en ambulatoire est considéré aussi comme la continuité avec le stage praticien de niveau 1.**

Charles : « *Là c'est sûr qu'on va voir des enfants et des adultes. Bah à la limite pourquoi pas, parce que ça permet aussi de garder un peu le raisonnement adulte.* »

Félicia : « *Après je me suis dit que là je viens de sortir de mon stage praticien et du coup c'était la continuité pour être un peu plus à l'aise avec les enfants parce que ce n'est pas forcément le cas pour le moment* »

### II.C.2.b. Notre futur métier

**Les stages en ambulatoire se rapprochent plus du métier de médecin généraliste, de la temporalité et des conditions de la consultation.**

Charles : « *Peut-être d'aborder l'enfant en consultation au cabinet, ça ne me semble pas tout à fait la même chose qu'aux urgences. En termes de relation de temps qu'on peut prendre, le temps qu'on peut prendre pour échanger avec les parents, et en l'occurrence on est amené à travailler pas aux urgences, donc c'est peut-être plus proche du futur exercice* »

Félicia : « C'est aussi important de le voir en ambulatoire vue que de toute façon ce sera la pratique qu'on aura. »

Betty : « De voir un peu l'image que sera mon métier, mon travail en ambulatoire à ce niveau-là, donc pour la pédiatrie en ambulatoire »

### II.C.2.c. Le choix d'un stage exclusivement ambulatoire

#### II.C.2.c.α. Des terrains de stage exclusivement ambulatoires recherchés

**Certains internes convoitent les stages santé de l'enfant qui se déroulent exclusivement en ambulatoire.**

Pauline : « En fait je voulais vraiment faire de la pédiatrie de ville. », « L'hospitalier ça a été assez compliqué, 6 mois en médecine interne, donc j'avais aussi besoin de ce côté ville, avec le lien famille, enfin... qu'à l'hôpital on n'a pas toujours »

Betty : « Je voulais faire 6 mois ambulatoires. Ouais vraiment je voulais faire 6 mois en ambulatoire, je voulais même aller en PMI »

#### II.C.2.c.β. Des pratiques variées

**Les terrains de stage 100% ambulatoires permettent de découvrir différentes pratiques de la médecine générale, en cabinet, en Protection Maternelle et Infantile (PMI), à la maison des adolescents (MDA), au Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) et peut-être d'ouvrir des perspectives professionnelles.**

Betty : « Je ne suis pas encore fixée même par rapport au projet professionnel, donc je disais par rapport au cabinet et comment j'aimerais bien fonctionner. Et je sais que c'est possible d'avoir une permanence en PMI ce genre de chose. C'est quelque chose où je me dis pourquoi pas, donc du coup j'aurais bien aimé voir comment ça se passait. »

Charles : « C'est par exemple ce qu'on voit là au CAMSP, quoi. C'est de sortir de l'aspect médical et de dire ben l'enfant il a aussi son évolution familiale et que si effectivement il y a des problèmes familiaux ça peut se répercuter sur la santé de l'enfant. »

Zoé : « Donc j'attends là-dessus sur comment adresser, comment s'orienter, savoir que la MDA existe et qu'on puisse les envoyer là-bas et savoir quoi en attendre quand on les envoie là-bas. »

Ces terrains de stage ambulatoires permettent d'**explorer les champs médico-psychologiques et sociaux liés à la santé de l'enfant.**

Betty : « Je voulais même aller en PMI. Il y avait des stages en PMI. (...). Je trouvais ça super intéressant parce qu'il y avait aussi tout ce qui est niveau social. »

Zoé : « J'ai choisi la maison des ados, enfin j'avais déjà fait un stage en pédopsychiatrie quand j'étais externe, j'aime beaucoup la pédiatrie et je pense que c'est un plus dans la pratique d'être à l'aise avec ce genre de chose »

Charles : « Toute l'approche multidisciplinaire et sociale, c'est quand même un monde un peu obscur et je pense que c'est assez intéressant, voilà d'en avoir un peu touché ça, pour ensuite mieux comprendre ça auprès des parents. Et pas faire des grands yeux à chaque fois qu'on parle d'un truc, en tant que médecin c'est quand même pas mal »

### II.C.2.c.γ. Quitte à se passer de la formation hospitalière

Les internes faisant le choix de se former uniquement en ambulatoire sont prêts à **se passer d'une formation hospitalière**.

Betty : « *Disons que j'aurais pu faire une croix dessus malgré tout.* »

Pauline : « *Je ne me voyais pas à l'hôpital, enfin je voulais faire de la médecine de ville.* », « *Je n'avais pas l'envie ou le besoin de passer aux urgences pédiatriques pour ma pratique future.* »

### II.C.2.c.δ. Compatibilité avec les contraintes personnelles

Les stages entièrement ambulatoires offrent **une souplesse concernant l'emploi du temps professionnel, un atout pour concilier vie personnelle et vie professionnelle**. Ce qui est apprécié par les internes ayant des enfants.

Charles : « *Parce que particularité, j'ai deux enfants. Donc l'ambulatoire est pour moi très pratique dans ma vie quotidienne.* », « *Parce que ça permet en général d'avoir des horaires plus souples* », « *C'est plus simple de s'arranger je trouve en ambulatoire. D'autre part, il n'y a pas de gardes.* »

Zoé : « *Et ben j'ai un bébé (rires) et du coup pour des raisons pratiques enfin si je pouvais ne pas avoir un stage avec des gardes et voilà c'était la principale raison. C'est plutôt pour des raisons pratiques que pour des raisons de ne pas vouloir aller aux urgences.* », « *Mais ce n'est pas facile quand on veut...de choisir des terrains de stage quand on a une vie familiale et que tout ne tourne pas autour de nos études.* »

### II.C.3. Le choix de l'hospitalier

#### II.C.3.a. La voix de la raison

**Les stages hospitaliers ne sont peut-être pas les plus faciles, mais ils permettent d'acquérir un bagage de compétences conséquent.**

Betty : *« C'est quand même bien de pouvoir avoir ces compétences-là. Et voilà prendre sur soi »*

Félicia : *« Je pense que, même si on ne se sent pas nécessairement à l'aise à l'hôpital, enfin moi c'est pareil, comme ce que disait Diane, je n'y vais pas ...de bon cœur (soufflé par Félicia) à la base. Mais après au final quand on en sort on se dit bon ben effectivement ce n'était peut-être pas simple, mais enfin y a quand même des stages qui apportent quand même, même si sur le coup ce n'était pas simple quoi. »*

#### II.C.3.b. En hospitalier la quantité et la répétition, gage d'assurance

En effet, les stages hospitaliers de par la forte affluence de patients permettent **un apprentissage rapide et conséquent**. Les internes gagnent en assurance au fil des situations rencontrées et répétées dans un court laps de temps, en l'occurrence dédié uniquement à la santé de l'enfant.

Félicia : *« C'est vrai que du coup de faire 3 mois en hospitalier ça rassure aussi, dans le sens où enfin je me dis que pendant 3 mois je vais vraiment voir que des enfants et du coup si j'en vois un peu moins du coup pendant mon stage ambulatoire, ben je me rattraperais peut-être après »*

Betty : *« Je me suis dit que peut être justement par rapport à toutes ces pathologies-là que je n'aurais peut-être pas forcément pu... euh...Après voilà on peut aussi les gérer en ambulatoire,*

*mais voilà je pense pouvoir être plus à l'aise, le fait d'en voir pas mal plutôt que de temps en temps. »*

Les IMG voient dans le stage aux urgences pédiatriques l'occasion de **gagner en aisance sur les situations d'urgence :**

Félicia : *« Peut-être que l'avoir vu à l'hôpital on repère plus facilement les signes, ben graves, à chercher justement parce qu'on les voit plus à l'hôpital »*

Diane : *« Donc 6 mois en ambulatoire ça me gênait un peu du fait qu'il n'y ait pas tout ce qui est prise en charge hospitalière, les urgences en hospitalier, les prises en charge, et les pathologies un peu plus, ah on parlait des épidémies hivernales. Voir aussi la prise en charge hospitalière, aussi pour voir les enfants qui doivent être hospitalisés. Je trouve que c'est important même si nous on ne le fera pas, ça permet aussi de savoir quand nous on doit en cabinet faire appel à l'hospitalier quoi. »*

### II.C.3.c. Diversité des pathologies rencontrées, une formation auprès des pédiatres

Le stage en service de pédiatrie permet **une formation auprès des pédiatres**, donc de bénéficier de leurs connaissances. Il permet d'**être confronté à une grande diversité de pathologies et de découvrir leur prise en charge hospitalière.**

Diane : *« En hospitalier c'est aussi intéressant parce qu'on voit plus de pathologies et on sera avec des spécialistes en pédiatrie. »*

Félicia : *« À l'hôpital on voit les cas qui sont un peu plus graves, ou un peu plus poussés et avancés dans la maladie, rien que les épidémies, enfin je veux dire les épidémies hivernales ou même en été tout ce qui est les gastro ce genre de chose on en voit beaucoup »*

Tiffany : « L'hospitalier c'est quand même important parce qu'on voit des choses qu'on ne voit pas forcément en cabinet de ville. Et puis ça nous permet aussi de savoir, enfin, d'avoir un peu un aperçu de ce qu'il se passe à l'hôpital et de savoir quand est-ce qu'il faut adresser un enfant à l'hôpital. »

#### II.C.3.d. Le stage hospitalier, oui mais sous conditions

**Les stages hospitaliers sont recherchés mais sur une période restreinte**, en raison du rythme hospitalier soutenu et de l'éloignement avec la pratique ambulatoire.

Diane : « Et...Enfin je pense que c'est intéressant de le voir mais seulement sur 3 mois, sur 6 mois c'est des stages plus difficiles, souvent avec des gardes et je trouve ça bien de les voir aussi en ambulatoire quoi. »

Gaëlle : « Je me suis habituée au cabinet et je me suis dit oh là 6 mois à l'hôpital ça ne va pas le faire donc je préfère couper 3 mois à l'hôpital et 3 mois en cabinet. »

Zoé : « Je trouve que ça fait long pour des futurs médecins généralistes d'être de nouveau 6 mois en hospitalier. Donc ça nous permet de remettre un pied en ambulatoire. »

**La renommée du stage hospitalier est déterminante pour le choix du stage :**

Zoé : « Pour les stages hospitaliers qu'on puisse avoir peut-être des cours et qu'on sache que les chefs de services et assistants etc... soient là pour nous épauler. C'est vraiment un critère important pour moi de savoir qu'on n'est pas tous seuls quoi. Et pour la formation et pour le reste. »

Tiffany : « J'ai un ami aussi qui était aux urgences de W en pédiatrie, juste avant et qui m'avait vraiment conseillé ce stage-là. »

De même, **le nombre de gardes** peut être un critère de choix concernant les stages hospitaliers :

Zoé : « *Toujours pour des raisons pratiques, moi les critères c'était le nombre de gardes par semaine. »*

#### II.C.4. Le choix d'un stage mixte, ambulatoire et hospitalier

Les stages mixtes, 3 mois en ambulatoire et 3 mois en hospitalier, offrent **un champ de compétences diversifiées**.

Diane : « *Donc le modèle du mixte c'est vraiment ce qui me tentait le plus (acquiescement de Eve et Félicia en opinant du chef) pour avoir un compromis entre quand même avoir un peu d'hospitalier pour ne pas se retrouver en carence de ce côté-là mais voir aussi l'ambulatoire vue que c'est ce que je veux faire après, quoi. (Acquiescement de Eve et Félicia en opinant du chef) »*

Félicia : « *C'est important de voir l'hospitalier, mais c'est aussi important de le voir en ambulatoire vue que de toute façon ce sera la pratique qu'on aura. »*

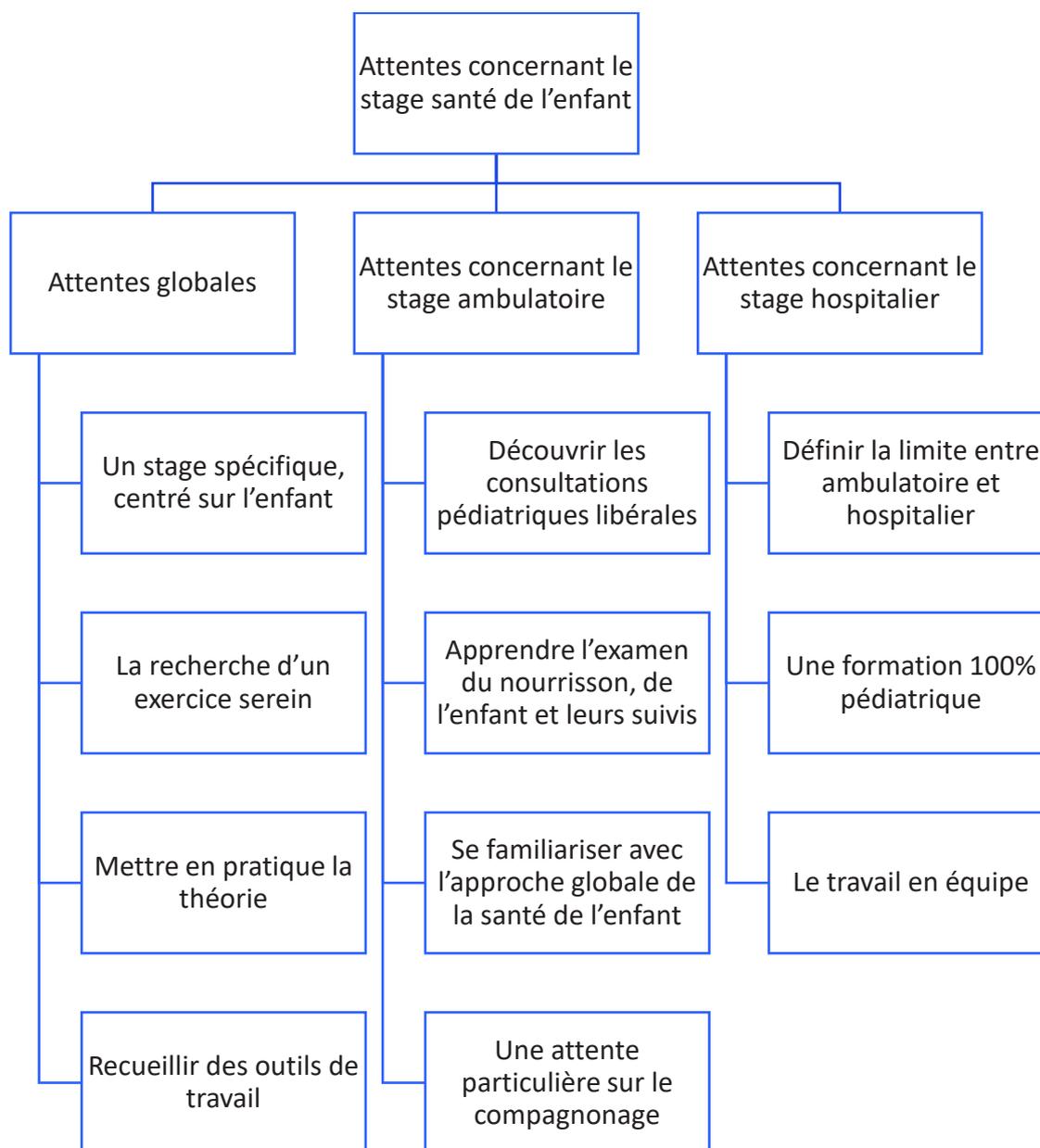
Eve : « *Je trouve ça pas mal qu'on commence en ambulatoire parce qu'on a effectivement cet aspect de cocon bienveillant pour après dans un second temps, ben on va avoir un peu plus d'autonomie à l'hôpital »*

Betty : « *De voir un peu l'image que sera mon métier, mon travail en ambulatoire à ce niveau-là, donc pour la pédiatrie en ambulatoire et puis en hospitalier de voir et de pouvoir proposer aux familles et leur expliquer ce qu'il se passe éventuellement s'il y a nécessité. »*

**La préférence des IMG pour les stages mixtes est peut-être induite par leur formation à la médecine adulte**, alliant formations ambulatoire et hospitalière ainsi qu'un passage obligatoire aux urgences adultes.

Félicia : « *C'est peut-être aussi par mimétisme parce qu'on a l'habitude de faire ça avec les adultes, côté urgences, côté ambulatoire. Et on n'arrive peut-être pas, enfin je n'arrive peut-être pas à me dire que j'aurais assez de compétences si je ne fais pas les deux, mais c'est peut-être faux. »*

## II.D. Attentes concernant le stage santé de l'enfant



### II.D.1. Attentes globales

#### II.D.1.a. Un stage spécifique, centré sur l'enfant

**Les IMG attendent particulièrement de ces stages de voir beaucoup d'enfants.** Ils souhaitent profiter de cet allongement du temps de formation pour acquérir des connaissances spécifiques à l'enfant durant ces 6 mois de stage.

Nadia : « *C'est bien de voir je pense beaucoup, beaucoup d'enfant* »

Betty : « *Donc voilà que ça soit vraiment bien spécifique, je pense que ça soit bien d'avoir les deux hospitalier et ambulatoire.* »

En commençant par apprendre **l'examen du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent** :

Betty : « *Tout ce qui est examen du tout petit, que ça soit nourrisson ou un peu plus grand.* »

Hortense : « *Voir un peu tous les âges aussi* »

Tiffany : « *Déjà savoir examiner vraiment correctement un enfant. Euh ça c'est vrai qu'on n'est pas forcément confronté dans les stages précédents. Donc ça c'était déjà un premier point.* »

Puis, **maîtriser les pathologies aiguës courantes de pédiatrie et leurs traitements** :

Charles : « *Balayer la plupart des pathologies qu'on rencontre de l'enfant, les pathologies aiguës de l'enfant qu'on puisse avoir à traiter en médecine générale.* », « *Être à l'aise pour les choses courantes, sur les posologies des médicaments courants, autre chose que le Doliprane justement* »

Justine : « *Savoir un peu les thérapeutiques de base* »

En toute cohérence ils souhaitent **apprendre à dépister et à reconnaître les signes d'alerte en pédiatrie** :

Betty : « *Bien dépister justement tout ce qui est vraiment dépistage, bien reconnaître un petit peu ce qui doit vraiment inquiéter en pédiatrie pour vite pouvoir orienter.* »

Tiffany : « *Essayer de savoir qu'est-ce qui relève de...qu'est-ce qui est grave, qu'est-ce qui ne l'est pas* »

Les internes souhaitent aussi **s'initier à des prises en charge plus spécifiques, comme le handicap chez l'enfant :**

Charles : « Être un peu à l'aise pour les choses un petit peu spécifiques à l'enfant comme les, comme les PAI, comprendre un peu comment ça s'intègre, toutes ces choses ouais, plus spécifiques. Approcher un peu l'enfant handicapé »

#### II.D.1.b. La recherche d'un exercice serein

Ce que recherchent les internes dans cette formation, c'est **acquérir un exercice serein, ne plus avoir d'appréhension en consultation avec un enfant :**

Aline : « Que je finisse et que je n'ai plus peur d'avoir un enfant, que de gérer cette inconnue de n'avoir pas de parole en fait, c'est ça qui me fait le plus peur je pense. »

Diane : « Donc me servir de ce stage pour ... pour enfin, pour pouvoir acquérir cet objectif pour...Je pense que si on est serein ben après les gens le savent aussi, ont confiance en nous en tant que médecin généraliste pour leur enfant »

Karine : « Être à l'aise pour les motifs de consultation qu'on verra au cabinet finalement »

Charles : « Mais non, non je ne dirais pas que je suis à l'aise. J'espère l'être à la fin du stage. »

Pour cela, ils souhaitent **lever les inquiétudes par la pratique, les formations et l'échange avec les maîtres de stage universitaires.**

Eve : « Le mimétisme, le fait de refaire et d'avoir la façon dont fait notre praticienne, ce contrôle ultérieur ça conforte à la fois nous-même, ça conforte les parents qui voient que ce n'est pas seulement l'interne qui a examiné »

Charles : « Ah je pense le pratiquer, le pratiquer et voilà pour être plus sûr, et voilà plus à l'aise, plus habitué », « Après pratiquer et en parler, en discuter, je ne sais pas, avec mes maîtres de stage. Bon il y avait aussi des formations, enfin y avait plein de trucs. »

Grâce à la pratique, les IMG attendent de leur stage, d'apprendre à **maîtriser la place des parents et gérer la pression liée à leur regard**, en gagnant en assurance.

Tiffany : « La relation triangulaire avec les parents aussi donc il faut savoir les rassurer leur expliquer ce qu'il se passe. Ce n'est pas toujours évident. »

Betty : « On en a parlé en formation de la place un peu des parents pendant la consultation vis-à-vis d'un adolescent. Ce n'est pas forcément évident à gérer, quoi. »

Justine : « Savoir de quoi on parle en fait, s'ils voient qu'on est paumé, ils s'angoissent, s'ils voient qu'on est bien carré ben en général ça se calme tout de suite. »

Enfin, au décours de ces stages, ils souhaitent arriver à **définir leur propre pratique avec les enfants et leurs parents**.

Eve : « Après avoir un schéma de façon systématique, je pense que c'est très confortable après. Donc d'avoir observé régulièrement des examens et après de pouvoir les reproduire par mimétisme, puis dans un second temps nous d'avoir notre propre style évidemment quoi »

Félicia : « Voir comment mon maître de stage fait et de moi pouvoir adapter moi derrière ma façon de faire. »

#### II.D.1.c. Mettre en pratique la théorie

**Les internes ont besoin d'appliquer la théorie acquise** pour définir leur pratique.

Hortense : « Là je réapprends des choses plus concrètes. »

Charles : « Mais je pense quand même que la pratique reste le plus important pour prendre des habitudes quoi. »

Félicia : « De pouvoir appliquer tout ce qu'on aura appris. Ce que ça nous apporte et de pouvoir voir des enfants en étant serein. »

#### II.D.1.d. Recueillir des outils de travail

Pour les IMG, le stage est l'occasion d'**acquérir des schémas de réflexion et d'action, ainsi que des outils qui constitueront des repères d'apprentissage et leur permettront de fluidifier leur travail.**

Diane : « Mais aussi peut-être connaître des outils informatiques ou autre qui nous permettent de trouver plus facilement des professionnels qui ont l'habitude avec les enfants. »

Zoé : « J'attends là-dessus sur comment adresser, comment s'orienter, savoir que la MDA existe et qu'on puisse les envoyer là-bas et savoir quoi en attendre quand on les envoie là-bas.»

#### II.D.2. Attentes concernant le stage ambulatoire

##### II.D.2.a. Découvrir les consultations pédiatriques libérales

Concernant les stages en ambulatoire, les internes attendent de **se familiariser avec la temporalité et le champ d'action de la médecine ambulatoire** dans les consultations pédiatriques :

Betty : « Comme je veux faire du libéral. C'est vraiment de voir comment ça se passe en libéral les consultations pédiatriques. »

Hortense : « Les explications aux parents, la diversification, les conseils, le lien en fait avec, le lien privilégié avec l'enfant et ses parents quoi, avec un suivi au long cours. »

#### II.D.2.b. Apprendre l'examen du nourrisson, de l'enfant et leurs suivis

En ambulatoire, à travers les consultations, les internes espèrent s'approprier **l'examen clinique des enfants**.

Betty : « Tout ce qui est examen du tout petit, que ça soit nourrisson ou un peu plus grand. »

Diane : « La clinique et le suivi de l'enfant qui n'a pas de pathologie particulière à priori. »

Eve : « De connaître les différentes problématiques à chaque âge »

#### II.D.2.c. Se familiariser avec l'approche globale de la santé de l'enfant

Les internes espèrent trouver en ambulatoire **une approche globale de la santé de l'enfant**, prenant en compte les dimensions médico-psychologiques et sociales.

Charles : « Considérer l'enfant uniquement dans sa partie organique, c'est quand même un peu limité »

**Se familiariser avec des prises en charge pluridisciplinaires :**

Charles : « Toute l'approche multidisciplinaire et sociale, c'est quand même un monde un peu obscur et je pense que c'est assez intéressant, voilà d'en avoir un peu touché ça, pour ensuite

*mieux comprendre ça auprès des parents. Et pas faire des grands yeux à chaque fois qu'on parle d'un truc, en tant que médecin c'est quand même pas mal »*

**La prévention est considérée comme une partie intégrante du travail du médecin généraliste.**

Eve : *« La prévention aussi surtout qui ça, est plus compliquée, enfin qu'on ne voit pas en fait tout simplement si on passe 6 mois aux urgences pédiatrique, on n'abordera pas du tout ces aspects-là. Donc c'est quand même indispensable. »*

Sans oublier de se familiariser avec **la part administrative, propre à la médecine ambulatoire**

Justine : *« Remplir le carnet de santé, enfin des trucs, de l'administratif »*

#### II.D.2.d. Une attente particulière sur le compagnonnage

Dans les stages ambulatoires, **les internes espèrent créer une relation de confiance avec leurs maîtres de stages pour favoriser la transmission de savoir-faire :**

Marc : *« Observation, partenariat, pratique, puis après pratique seul, débrief après chaque consultation. »*

Eve : *« Donc y a vraiment un climat en fait de confiance qui s'instaure. Enfin on n'est pas jugé, enfin elle ne passe pas derrière parce qu'elle ne nous fait pas confiance mais plus pour qu'on prenne confiance en nous, au contraire c'est vraiment bienveillant donc, c'est très valorisant de travailler comme ça dans ce contexte »*

### II.D.3. Attentes concernant le stage hospitalier

#### II.D.3.a. Définir la limite entre ambulatoire et hospitalier

Durant leur passage en hospitalier, **les internes souhaitent apprendre à maîtriser les critères d'hospitalisation chez l'enfant :**

Marc : « *L'hôpital nous apprend à diagnostiquer l'aigu, à adresser aux urgences* »

Tiffany : « *L'hospitalier c'est quand même important parce qu'on voit des choses qu'on ne voit pas forcément en cabinet de ville. Et puis ça nous permet aussi de savoir, enfin, d'avoir un peu un aperçu de ce qu'il se passe à l'hôpital et de savoir quand est-ce qu'il faut adresser un enfant à l'hôpital.* »

#### II.D.3.b. Une formation 100% pédiatrique

Les internes voient dans le stage hospitalier l'avantage d'occuper la totalité du temps de travail à l'apprentissage de la pédiatrie :

**Ils en attendent de découvrir les pathologies courantes des enfants.**

Aline : « *Avoir l'habitude de voir un peu des pathologies qu'on est susceptible de voir en cabinet* »

Charles : « *Après l'hospitalier c'est super bien, parce qu'il y a plein de pathologies qu'on rencontre.* »

**L'hospitalier représente pour les IMG une formation spécialisée avec un temps d'enseignement ciblé.**

Lisa : « Des cours pratiques d'installation d'un aérosol tout ça, juste savoir brancher dans la chambre, enfin l'aérosol le préparer. »

Tiffany : « La prise en charge de la douleur aussi chez l'enfant qui est importante. »

Betty : « C'est aussi très, très formateur avec des professionnels de santé très calés dans le domaine donc c'est bien de passer par là. »

L'hôpital représente aussi pour les IMG **un grand volume de patients et une grande diversité de pathologies rencontrées.**

Diane : « En hospitalier c'est aussi intéressant parce qu'on voit plus de pathologies et on sera avec des spécialistes en pédiatrie. »

Tiffany : « Ce qui est bien aux urgences pédiatriques, c'est qu'on voit vraiment « que » des enfants toute la journée. Ce qui n'est pas forcément le cas dans les cabinets de médecine de ville où il y a forcément aussi des adultes. Donc là l'examen de l'enfant il devient automatique »

La structure hospitalière permet de **suivre l'évolution des pathologies lors d'hospitalisations** et de **découvrir ainsi les différents stades d'une pathologie et ses traitements :**

Hortense : « C'est bien aussi d'avoir les étages pour voir la pathologie une fois qu'elle est gérée, comment ça évolue, comment il y a un suivi qui peut se mettre en place et être initié et continué ».

#### II.D.3.c. Le travail en équipe

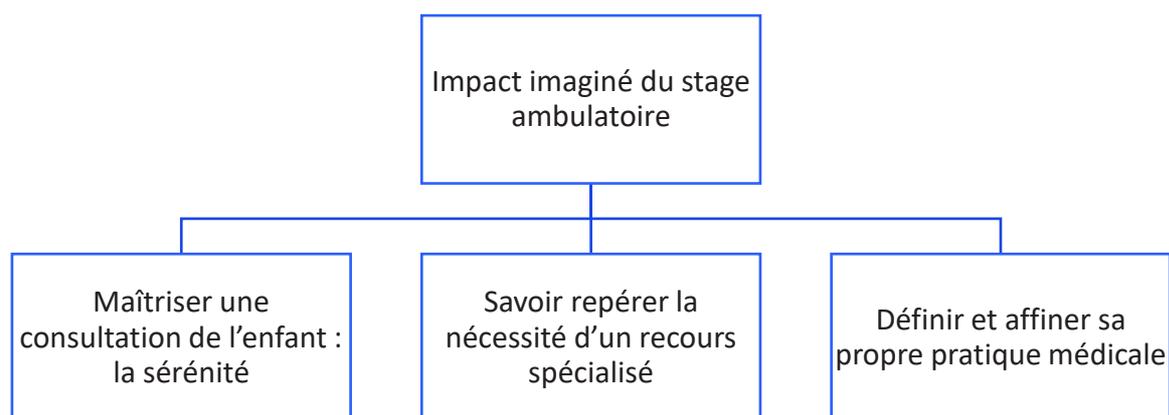
Un atout de la pratique hospitalière est d'offrir **l'expérience d'un travail en équipe :**

Justine : « C'est stimulant, quand même parce qu'il y a une équipe, une dynamique. »

Lisa : « Ça me rassure d'être dans un milieu où je peux demander des avis à des gens, comparer la pratique un petit peu. »

Hortense : « D'avoir des infirmières pour apprendre aussi des choses pratiques »

## II.E. Impact imaginé du stage ambulatoire



### II.E.1. Maîtriser une consultation de l'enfant : la sérénité

Parmi les internes faisant le choix d'un passage en ambulatoire, ils imaginent, grâce à l'expérience tirée de ce stage, **gagner en sérénité dans la consultation avec un enfant ;**

Aline : « *Savoir gérer une consultation de l'enfant comme une consultation de l'adulte. Vraiment être formée aux enfants qu'on va rencontrer tous les jours. Du nourrisson à l'adolescent.* »

Eve : « *De pouvoir voir des enfants en étant serein.* »

### II.E.2. Savoir repérer la nécessité d'un recours spécialisé

De la formation ambulatoire les internes pensent **apprendre à repérer puis à adresser les enfants quand un avis spécialisé est requis.**

Nadia : « *Connaître aussi les possibilités, les limites quand on est médecin généraliste finalement de la prise en charge et dire, ah bah ça par contre, ça relève de l'hôpital et j'en suis sûre* »

Aline : « *Que ce soit la pathologie de tous les jours et puis si c'est un truc plus important savoir l'envoyer en milieu hospitalier ou chez un pédiatre. »*

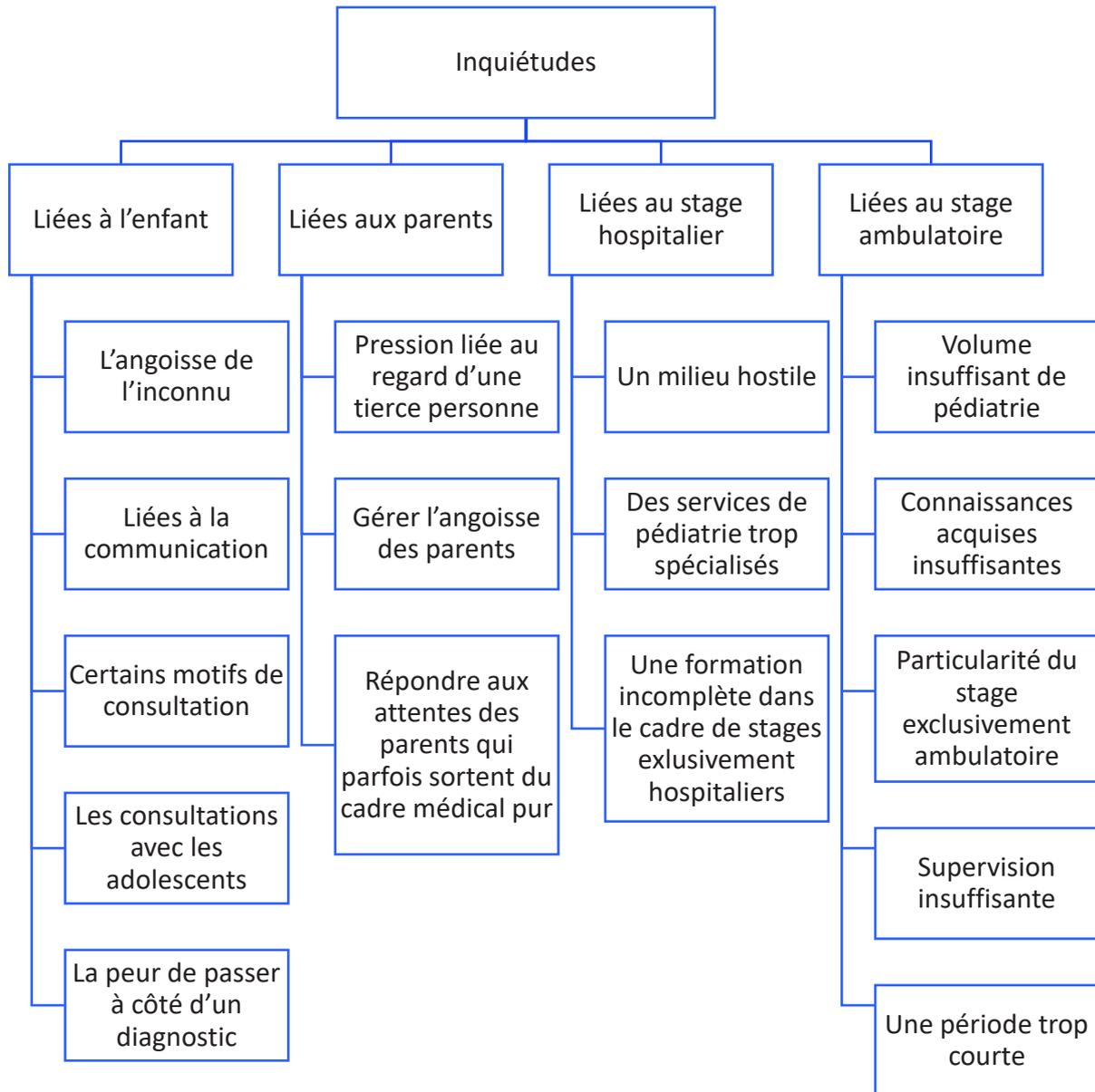
### II.E.3. Définir et affiner sa propre pratique médicale

**Les stages en ambulatoire constituent une ouverture vers leur propre pratique future.** Ils leur donnent l'occasion d'expérimenter le suivi des enfants en consultation de médecine générale et de trouver leur façon de pratiquer.

Betty : « *Voilà c'est une expérience à prendre quoi. L'impact c'est de prendre les choses qui m'intéressent, par rapport à, j'aime bien comment il mène la consultation, comment il arrive à amener l'enfant à parler de certaines choses ou comment il arrive à dépister certaines choses. Voilà ce genre de choses, j'en tirerai des points positifs pour ma pratique future. »*

Eve : « *Après avoir un schéma de façon systématique, je pense que c'est très confortable après. Donc d'avoir observé régulièrement des examens et après de pouvoir les reproduire par mimétisme, puis dans un second temps nous d'avoir notre propre style évidemment quoi »*

## II.F. Inquiétudes



### II.F.1. Liées à l'enfant

#### II.F.1.a. L'angoisse de l'inconnu

**Les enfants sont source d'inquiétudes pour les internes** car on n'aborde pas un enfant en consultation de la même manière qu'un adulte.

Tiffany : « Au début j'appréhendais un peu, je pense que j'étais angoissée par rapport à un enfant qui pleure, un enfant qui se débat, un enfant qui n'a pas envie qu'on l'examine. »

Betty : « Après l'enfant c'est toujours un peu inquiétant parce que bah voilà c'est un petit »

#### II.F.1.b. Liées à la communication

**La première barrière entre le médecin et un enfant réside dans la communication**, soit en raison de l'absence de parole chez le nourrisson, soit en raison de difficulté d'expression chez l'enfant qui n'a pas encore toutes les capacités nécessaires pour échanger avec un adulte dans le temps restreint de la consultation, nécessitant ainsi l'intervention d'un tiers.

Aline : « Du coup c'est un peu difficile à gérer encore (...). Surtout quand ils ne parlent pas, ils ne s'expriment pas. »

Diane : « D'une part il y a le parent qui le rapporte mais qui n'a pas toutes les réponses puisque ce n'est pas la personne qui a les symptômes et l'enfant qui n'arrive pas forcément à le dire à le décrire et du coup ça, c'est assez compliqué. »

#### II.F.1.c. Certains motifs de consultation

**Certains motifs de consultation sont source d'inquiétudes** : L'obésité, la bronchiolite, l'examen du nourrisson...

Zoé : J'appréhende un peu l'examen du nourrisson parce que ce n'est pas quelque chose que j'ai fait avant. »

Eve : « Aborder le surpoids des enfants, des fois aussi, ce n'est pas simple »

Diane : « *Moi la bronchiolite, je ne sais pas pourquoi mais (...) c'est quelque chose que j'appréhende parce que, enfin justement il faut repérer les signes de gravité et aussi après expliquer pourquoi on n'a pas forcément de traitement miracle à donner alors que des fois on a l'impression que c'est ce qu'ils demandent. »*

#### II.F.1.d. Les consultations avec les adolescents

La communication et les relations avec les adolescents peuvent aussi être difficiles. **Les consultations qui en résultent peuvent constituer un défi pour les médecins généralistes.**

Betty : « *La tranche adolescence, ça c'est la tranche aussi où c'est un peu plus compliqué. »*

Olympe : « *Question d'être à l'aise c'est plus les ados. Parce qu'ils sont, enfin en âge concrètement ils ne sont pas très loin de moi non plus. Et c'est un peu l'attitude à avoir avec, histoire de le mettre à l'aise mais sans non plus faire copain-copine. »*

#### II.F.1.e. La peur de passer à côté d'un diagnostic

Passer à côté d'un diagnostic inquiète les internes en raison des potentielles conséquences chez un enfant en voie de développement.

Betty : « *Ce serait de louper quelque chose par rapport au développement de l'enfant. Parce que si c'est plus tard, ben c'est un peu dommage quoi. »*

Pauline : « *Peur de passer plus tard quand je serai toute seule, à côté de troubles du développement et qu'après ce soit fini ou même un strabisme »*

## II.F.2. Liées aux parents

### II.F.2.a. Pression liée au regard d'une tierce personne

**Le regard des parents est une pression supplémentaire ressentie par les internes.** En effet, examiner un enfant demande une attention et des compétences particulières. Ajouter à cela le regard exigeant des parents, rend l'exercice complexe.

Eve : « *Parce qu'il y a aussi le regard des parents à côté* »

Karine : « *C'est aussi une angoisse de gérer les parents je pense, pour le coup.* »

Félicia : « *Je pense que ce que tu disais sur le regard des parents, c'est assez vrai parce que, en fait quand on n'est déjà pas sûr forcément de soi parce qu'on n'a pas l'habitude et qu'en plus on sait qu'on a un regard extérieur, c'est encore plus angoissant* »

### II.F.2.b. Gérer l'angoisse des parents

**Savoir gérer l'angoisse des parents** fait partie de la consultation de pédiatrie. Car les parents consultent souvent en étant inquiets pour la santé de leur enfant.

Betty : « *Et on a aussi à gérer éventuellement l'angoisse des parents, l'anxiété.* »

Rose : « *Les parents ils sont anxieux de tout, ils ne savent pas ce qui est normal ou pas, quand c'est le premier enfant ou même s'il y en a eu plusieurs, tous les enfants sont différents.* »

### II.F.2.c. Répondre aux attentes des parents qui parfois sortent du cadre médical pur

Les parents ont parfois des attentes qui sortent du cadre médical pur, auxquelles il est difficile de répondre.

Diane : « Des fois j'ai l'impression qu'ils nous posent des questions auxquelles, enfin, nous on n'a pas forcément les réponses dans nos études »

Rose : « Et ils viennent en cabinet pour des problématiques qui des fois, si on n'est pas un minimum formé, nous dépassent totalement. »

### II.F.3. Liées au stage hospitalier

#### II.F.3.a. Un milieu hostile

Le milieu hospitalier est considéré par certains internes comme **un cadre de travail et d'apprentissage difficile** et certains en ont l'appréhension.

Betty : « Bon moi je sais que je fuis l'hôpital (...). Je n'aime pas du tout la façon de travailler, l'organisation, c'est vrai que c'est super de travailler en équipe, mais il y a tellement de tension à l'hôpital que, je l'ai vécu de par le passé dans plusieurs terrains de stages. Donc voilà j'ai envie de vite me diriger dans le libéral. »

Iris : « Alors moi je trouve que l'hôpital est un milieu très hypocrite. »

Eve : « Enfin on est plus quand même laissé en autonomie, je pense qu'on va être plus bazardé à l'hôpital »

II.F.3.b. Des services de pédiatrie trop spécialisés

Certains terrains de stage sont considérés comme non appropriés à l'apprentissage de la santé de l'enfant en médecine générale, car **trop spécialisés et éloignés de la pratique de la médecine générale** :

Hortense : « Il faut juste faire la part des choses dans quel stage en hospitalier on nous envoie. C'est sûr que si on va faire 3 mois d'onco-hémato pédiatrie à Hautepierre, ça ne sert pas à grand-chose. »

Zoé : « Je crois qu'il y a des stages où on se retrouvait en néonatalogie, enfin je ne vois pas l'intérêt en médecine générale de se retrouver en secteur de néonatalogie, pour le stage santé de l'enfant »

II.F.3.c. Une formation incomplète dans le cadre de stages exclusivement hospitaliers

**La part de formation ambulatoire dans la santé de l'enfant manquerait dans un stage exclusivement hospitalier.**

Marc : « Ça me manquera forcément, mais faut continuer à se former »

Gaëlle : « Avant y avait exclusivement des stages hospitaliers et pourtant les médecins généralistes en libéral ils, en général je pense qu'ils n'ont pas beaucoup, pas beaucoup d'enfant, donc je pense que ça n'a pas forcément porté ses fruits là cette formation. »

Pauline : « Il y en a dans l'autre sens qui préfèrent faire de l'hospitalier, 100% hospitalier. Mais je pense que du coup il y a moins de préparation à la médecine de ville »

#### II.F.4. Liées au stage ambulatoire

##### II.F.4.a. Volume insuffisant de pédiatrie

La crainte des internes concernant les stages en ambulatoire, en cabinet de médecine générale, c'est de **ne pas voir assez d'enfants** en consultation pour satisfaire leurs besoins de formation.

Karine : « Ça dépend sur quel praticien tu tombes aussi. », « on sait tous qu'il y a des praticiens qui ne font absolument pas de pédiatrie et ils sont quand même, et on a beau l'avoir dit »

Félicia : « Après c'est vrai qu'avec mes maîtres de stages que j'avais là j'avais quand même déjà pas mal de pédiatrie. Donc j'espère en avoir au moins autant que j'en avais déjà là, pas moins. »

Eve : « Mais parce qu'ils ne voient pas assez de gamins enfin honnêtement. Enfin on a eu des retours de, sur les évaluations de stages qui ne sont clairement pas satisfaisantes, pour certains de nos collègues »

##### II.F.4.b. Connaissances acquises insuffisantes

De ce fait, **les IMG redoutent de ne pas acquérir suffisamment de connaissances en santé de l'enfant durant leur stage en ambulatoire** :

Gaëlle : « C'est toujours le fait d'avoir potentiellement moins de connaissances acquises, mais je pense qu'en médecine générale on a toujours ce sentiment »

Hortense : « Et moi tous les enfants que j'ai eus ce n'était jamais un truc exceptionnel, c'était toujours de la virose, des vaccins, des certificats. »

D'autre part, **les pratiques en ambulatoire peuvent parfois être éloignées des recommandations.**

Lisa : « *Quand je vois la perte de connaissances qu'on peut avoir parfois au cabinet alors parce qu'on est seul et qu'on s'auto-forme et que ben parfois on préfère faire autre chose que s'auto-former. Comparé à l'hôpital où ben parfois t'as pas le choix, tu te retrouves dans des formations parce qu'on te dit d'y aller, et en fait ce n'est pas plus mal.* »

Félicia : « *On peut avoir deux avis différents, enfin peut-être aussi par habitude de pratique pour lui et nous parce qu'on a appris plus récemment* »

#### II.F.4.c. Particularité du stage exclusivement ambulatoire

Avec la formule exclusivement ambulatoire, **les IMG craignent de ne pas acquérir suffisamment de connaissances en santé de l'enfant**, notamment en raison d'une proportion d'enfants vus en consultation plus faible qu'en hospitalier.

Charles : « *Mon inquiétude ce serait de pas en apprendre assez. (...) Ben de sortir du stage en me disant ouais je ne me sens finalement pas plus à l'aise avec les enfants. Ça c'est un peu mon inquiétude. (...) Ben ça pour le coup, je pense que c'est un peu, justement en lien avec le fait que ce soit du 100% ambulatoire et que je me dis, peut-être que du coup je verrai moins d'enfants.* »

Zoé : « *J'ai un peu peur de ne pas avoir d'urgences entre guillemets, enfin de, de...et de savoir quand, pour apprendre à savoir quand orienter aux urgences, enfin mais bon, je ne sais pas.* »

**Le stage aux urgences pédiatriques, considéré comme très formateur, manquerait dans un terrain de stages exclusivement ambulatoires.** Ceci en raison du nombre important d'enfants vus aux urgences et de l'enseignement des critères d'urgence en pédiatrie.

Zoé : « *Mais de ne pas faire de stage aux urgences, je pense que ça enlève quand même quelque chose pour la pratique en fait.* »

Félicia : « *En fait ce n'est pas en hospitalisation, en hospitalisation de jour ou ce genre de chose où on va apprendre le plus pour notre pratique. Mais plus aux urgences en fait. Et je pense qu'il manquerait l'aspect des urgences dans ce genre de stage.* »

#### II.F.4.d. Supervision insuffisante

**Une autre crainte concernant les stages en ambulatoire est le manque de supervision.** Les IMG attendent de leur maître de stage qu'ils les accompagnent dans leur apprentissage et non qu'ils les laissent en autonomie dès le départ :

Hortense : « *Si les stages sont bien choisis et que les praticiens ne nous laissent pas totalement en autonomie dès le premier jour.* »

Gaëlle : « *C'est quelque chose qu'on ressent, honnêtement, c'est un peu comme à l'hôpital où ben enfin on se sent exploité, en cabinet de médecine générale enfin ça se voit aussi.* »

#### II.F.4.e. Une période trop courte

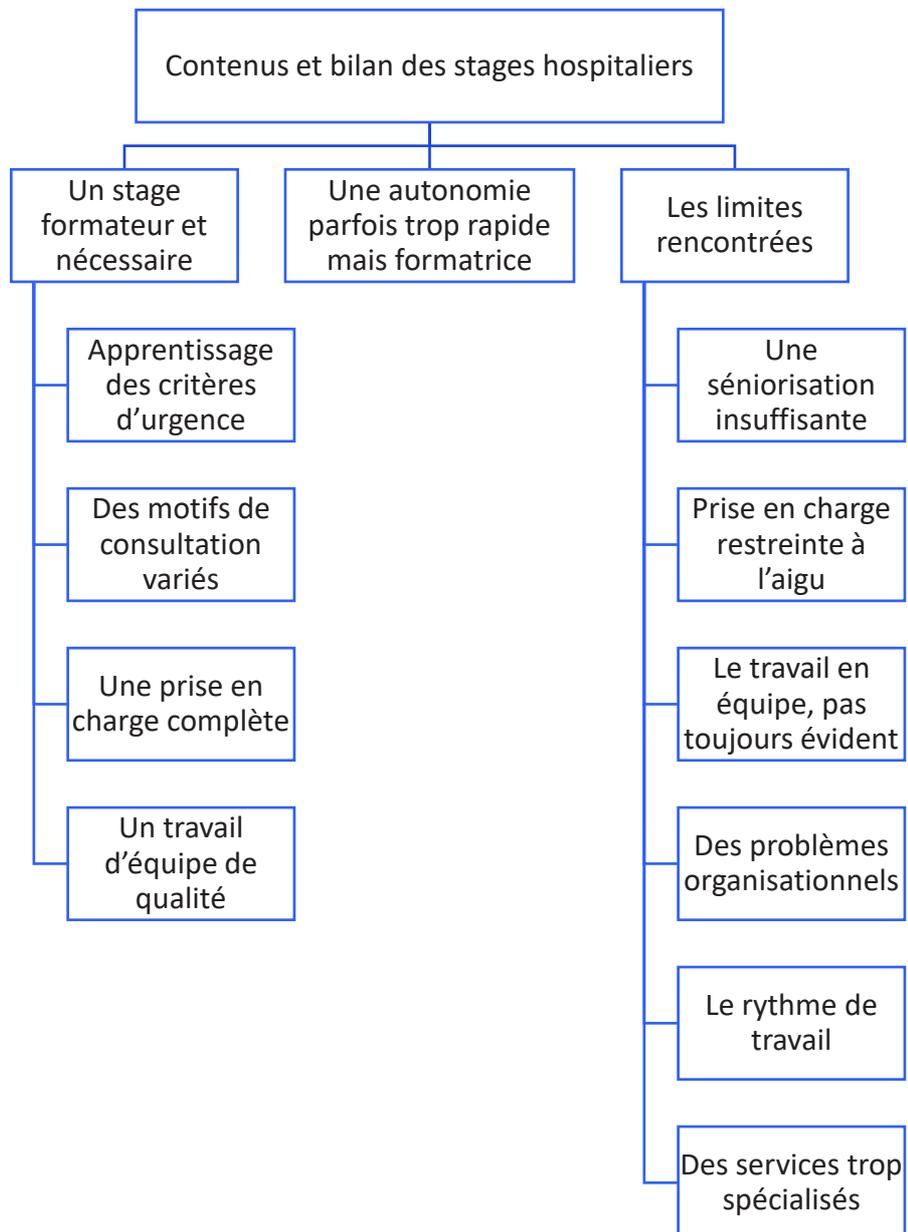
Un stage de trois mois en ambulatoire est **une période courte pour découvrir le suivi des enfants au long cours** et connaître la finalité d'investigations initiées lors du stage.

Hortense : « En médecine générale, ou alors on se serait accroché à un suivi, soit on aurait dépisté quelque chose et on ne l'aurait pas revu après parce qu'on s'en va rapidement quand même en 3 mois. Soit on aurait repris le suivi alors qu'il y a tout qui aurait déjà été fait, on n'aurait pas forcément compris. »

### III. BILAN DES STAGES SANTE DE L'ENFANT

Verbatims issus des entretiens de fin de stage.

#### III.A. Contenus et bilan de la partie hospitalière des stages



### III.A.1. Un stage formateur et nécessaire

**Certains IMG interrogés étaient très satisfaits de leur stage hospitalier.**

Olympe.: « L'hospitalier m'a énormément plu. Et limite quand j'ai commencé, je me suis dit, mince, pourquoi je n'ai pas pris les 6 mois à X, je m'y plais vraiment. », « Je pense que l'hospitalier il faut, je ne dis pas ça forcément sur mon expérience, mais je pense qu'il ne faut vraiment pas l'enlever. Parce qu'on apprend (réfléchit)...on apprend énormément. Enfin, concrètement c'est vraiment des consultations de médecine générale aux urgences pédiatriques. C'est énormément beaucoup de réassurance aussi et c'est clairement aussi le travail du médecin généraliste. »

Betty.: « Je suis passée de « j'ai peur » à « c'était génial et je serai bien restée 6 mois finalement quoi ! » »

#### III.A.1.a. Apprentissage des critères d'urgence

Les stages hospitaliers leur ont permis d'**acquérir rapidement les critères d'hospitalisation des enfants malades en raison du flux important de patients.**

Aline.: « Les urgences, c'est quand même de la médecine générale la plupart, donc savoir ce que tu peux faire en cabinet et à quel moment il faut faire un bilan un peu plus poussé »

Tiffany.: « On voyait beaucoup, beaucoup d'enfants sur une journée, donc on savait, je pense qu'au bout de quelques semaines on sait quel enfant peut rentrer à la maison et être réévalué si besoin par le médecin traitant ou voilà les consignes de re-consultation des urgences et quels enfants doivent être hospitalisés. »

III.A.1.b. Des motifs de consultation variés

Les stages hospitaliers en raison du nombre important d'enfants vus quotidiennement, notamment aux urgences pédiatriques, leur ont permis d'être **confrontés à des motifs de consultation multiples et ainsi de gagner en expérience.**

Olympe.: « Et j'ai vraiment adoré car les motifs de consultations étaient variés, malgré que ce soit l'hiver, j'avais un peu peur de voir que des bronchiolites. »

Rose.: « Des problématiques très différentes, des bronchiolites, des gastros ben comme dit des suivis au plus long cours, des patients qui venaient d'onco-hémato d'Haute-pierre. »

Tiffany.: « C'est hyper, hyper varié. La prise en charge de la douleur aussi qui a une place centrale aux urgences. Et puis ensuite on voit des motifs qu'on pourrait tout à fait voir en cabinet de ville, tout ce qui est infectio, dermato. »

**Dans les services hospitaliers de pédiatrie, les IMG ont confirmé le fait qu'ils sont confrontés exclusivement à la santé de l'enfant.** Ce qui leur a garanti l'acquisition d'un volume de connaissances important et spécialisé auprès des pédiatres.

Marc.: « L'hôpital nous a permis de faire vraiment que ça pendant 3 mois et donc de voir quand même beaucoup de choses. »

Diane.: « Le fait d'avoir des pédiatres en face de nous, ben ils ont quand même des choses un peu plus précises quoi. Donc surtout sur les prises en charge urgentes et hospitalières, c'est là où je pense que le stage m'a apporté le plus quoi. »

Sonia.: « Après il y a des pathologies que je voulais absolument voir et que j'ai vues. (...) Enfin il y a vraiment tout un panel de maladies qu'on a vu et ça je trouve que c'est vraiment intéressant. »

III.A.1.c. Une prise en charge complète

Certains IMG ont constaté avec satisfaction que **la prise en charge aux urgences pédiatriques se voulait globale, en dépit de l'urgence :**

Olympe : « *Malgré que ça soit un service des urgences, on prend l'enfant un peu dans sa globalité sur une consultation courte* »

Les stages hospitaliers sont décrits comme formateurs pour **maîtriser l'examen clinique de l'enfant.**

Rose : « *Et ouais pour l'examen du nouveau-né c'est top hein, j'en ai fait et refait, tous les matins on les examinait. Et on allait en maternité pour faire les J3, les troisièmes jours des enfants, pour voir s'ils vont bien. Donc ça c'était hyper sympa parce qu'en médecine générale on fait souvent quand même l'examen du 8ème jour.* »

Tiffany : « *Ce qui est bien aux urgences pédiatriques, c'est qu'on voit vraiment « que » des enfants toute la journée. Ce qui n'est pas forcément le cas dans les cabinets de médecine de ville où il y a forcément aussi des adultes. Donc là l'examen de l'enfant il devient automatique* »

**L'enseignement hospitalier y est décrit comme centré sur la clinique** avec des examens complémentaires dont la pertinence est discutée :

Rose : « *Alors le moins possible, c'était le plus possible clinique. Surtout pour les tout petits.* »

Betty : « *C'était intéressant finalement il y avait une discussion qui se créait et de se dire ben qu'est-ce que tu veux en fait, faire comme prise de sang et qu'est-ce que ça va t'apporter ? Donc je trouvais qu'il y avait une réflexion qui se faisait et je trouvais ça super bien* »

Et un apprentissage sur la gestion des relations avec les enfants et leurs parents est également rapporté :

Rose : « Le fait d'être à l'aise avec les parents pour leur expliquer les choses et pour les rassurer, ça je l'ai appris entièrement pendant mon stage hospitalier »

Betty : « Des compétences communicationnelles avec l'enfant et puis avec les parents aussi »

#### III.A.1.d. Un travail d'équipe de qualité

Le travail en hospitalier consiste en un travail d'équipe. Certains IMG ont pu profiter d'une certaine **bienveillance collective**.

Olympe : « Puis les relations avec l'équipe étaient vraiment superbes, donc ça, ça joue aussi pour un stage. »

Betty : « C'était une équipe vraiment jeune, dynamique et bienveillante. »

Pour certains, la formation hospitalière a favorisé l'**apprentissage collectif entre internes**.

Olympe : « On apprend aussi de la pratique des uns et des autres. »

Iris : « Donc j'ai montré à chacun des internes comment il fallait examiner un nouveau-né. »

**Un compagnonnage actif et présentiel** des médecins seniors auprès des internes est rapporté.

Rose : « J'ai fait beaucoup d'observation et après j'ai pu faire de la pratique rapidement hein, il nous a montré 2-3 fois l'examen et après on fait nous, sachant que c'est refait par le pédiatre juste après »

Tiffany.: « *Le chef est constamment présent.* », « *dès qu'on a une question ou une prise en charge dont on n'est pas sûre, il est à côté et on peut lui poser toutes les questions qu'on souhaite.* »

Les IMG semblent satisfaits de cette **séniorisation présenteielle et bienveillante** qui leur a permis d'acquérir une autonomie progressive.

Olympe.: « *J'ai beaucoup aimé parce qu'on est très seniorisé, dans le sens où on est, ils ne sont pas non plus sur nous, mais ils sont hyper disponibles si on veut un avis et ils valident toutes les sorties, et la nuit aussi ils sont tous hyper présents. Et donc c'est bien parce que du coup on est autonome tout en ayant un filet accessible et qui nous rassure si besoin.* »

Betty.: « *Ouais les chefs étaient super présents tout le temps en fait, après progressivement ils nous laissaient de l'autonomie, donc ça c'était vraiment super bien.* »

Sonia.: « *Ça s'est vraiment fait progressivement en fait, c'est surtout ça.* ». Et je trouve que j'ai gagné en autonomie et en assurance au fur et à mesure du stage. »

### III.A.2. Une autonomie parfois trop rapide mais formatrice

Pour certains il a été question d'une **autonomie concédée, parfois trop rapidement, mais les poussant cependant à réfléchir par eux-mêmes.**

Gaëlle.: « *C'est vrai que ça apprend quand même du coup à se débrouiller seul et à réfléchir seul avant d'appeler. Mais quand t'es fatigué c'est un peu compliqué.* »

Hortense.: « *Aux urgences personne ne nous demandait de compte. Donc d'un côté c'était un peu, un peu angoissant au début, mais après ça permet, quand on est tout seul de réfléchir différemment et de se former d'autant plus vite.* »

Diane.: « *En hospitalier on est aussi un peu plus autonome, ben parce qu'il n'y a pas le chef toujours en binôme en consultation. Et donc c'est peut-être là où on va prendre un peu plus de décision nous-même, on va essayer de s'affirmer* »

### III.A.3. Les limites rencontrées

#### III.A.3.a. Une séniorisation insuffisante

En revanche pour d'autres IMG, en stage hospitalier, **la séniorisation était jugée insuffisante**, les mettant parfois dans des situations de travail inconfortables.

Aline.: « *Je trouvais qu'on n'était pas assez encadré au niveau sénior, donc du coup ça s'est vu dans mon évaluation de stage, quoi. Mais après ce n'était pas catastrophique, on n'était pas non plus livré à nous même, mais ça dépendait vraiment des chefs. Et j'ai trouvé ça dommage parce que moi je sortais des urgences adultes où il n'y avait pas un patient qui sortait sans un avis ou au moins être vu par un chef et on ne faisait rien tout seul. Alors que là on nous disait, tu peux aller le voir, si t'as pas de question, on te fait confiance.* »

Iris.: « *Pour la pouponnière, j'ai eu quelques sueurs froides les premiers jours. Parce qu'ils m'ont montré l'examen, enfin ils m'ont montré un J1, ils m'ont fait, voilà il faut que tu fasses ça, ça et ça. Voilà maintenant c'est à toi.* », « *Mais donc du coup j'ai été supervisé une fois quoi, parce que j'avais demandé et après je me suis débrouillée toute seule.* »

#### III.A.3.b. Prise en charge restreinte à l'aigu

Certains IMG ont fait état de la limite d'une **prise en charge hospitalière restreinte à l'aigu**, ne permettant pas de se former sur le suivi au long cours des enfants.

Betty.: « On ne prend parfois pas forcément le temps, parfois de pousser des choses. On s'attache au motif d'hospitalisation et souvent on dit vous verrez ça avec le médecin traitant pour des choses qui ne sont pas forcément urgentes. »

Tiffany.: « Aux urgences, par exemple, tout ce qui est vaccination, alimentation, le sommeil, le développement psychomoteur, le développement staturo-pondéral on le fait moins, en tous cas on le suit moins et on l'accompagne moins. Donc ça c'est des choses, où je trouve qu'on est moins formés »

### III.A.3.c. Le travail en équipe, pas toujours évident

Le travail en équipe a aussi ses limites sur le plan relationnel, **des tensions pouvant émerger entre collègues.**

Diane.: « Tous les problèmes inhérents aux stages hospitaliers, comme la gestion des relations avec les co-internes, les chefs et tout ça »

Félicia.: « Les relations entre médecins, c'est des fois c'est dur de voir que ben en façade ça se passe bien, et puis au final ça se tire dessus. »

### III.A.3.d. Des problèmes organisationnels

Les IMG ont fait état de **problèmes organisationnels** durant leur stage concernant la gestion du planning des internes et leur affectation dans les différents services :

Gaëlle.: « Voilà comme par exemple pour remplacer dans les étages, on ne nous disait pas les choses clairement au début, après on a dû se débrouiller, puis après ils critiquaient un peu la

*manière dont on avait organisé les choses. Autant dire clairement les choses dès le début, pour qu'après nous on trouve nos marques. »*

*Gaëlle :* « *Les gardes j'aurais pu vraiment mieux les vivre si les choses étaient plus claires. Tout en ayant la même autonomie. Mais ça c'était gênant. »*

#### III.A.3.e. Le rythme de travail

**Le rythme de travail hospitalier est décrit comme intense** avec de grandes amplitudes horaires et des gardes éprouvantes. Le temps d'échange avec les séniors en est parfois restreint.

*Sonia :* « *Certaines fois, on sentait que les PH ils n'avaient pas trop le temps de vraiment tout nous expliquer sur une pathologie et que c'était ben voilà « fais d'abord ce que je te dis et puis après on en reparle ». Et finalement des fois on n'en reparlait pas. »*

*Sonia :* « *Les horaires ce n'est pas possible, enfin c'est du 08h30, bon sur le papier c'est 18h30 mais bon c'est plutôt 19h30 voire 20h00 »*

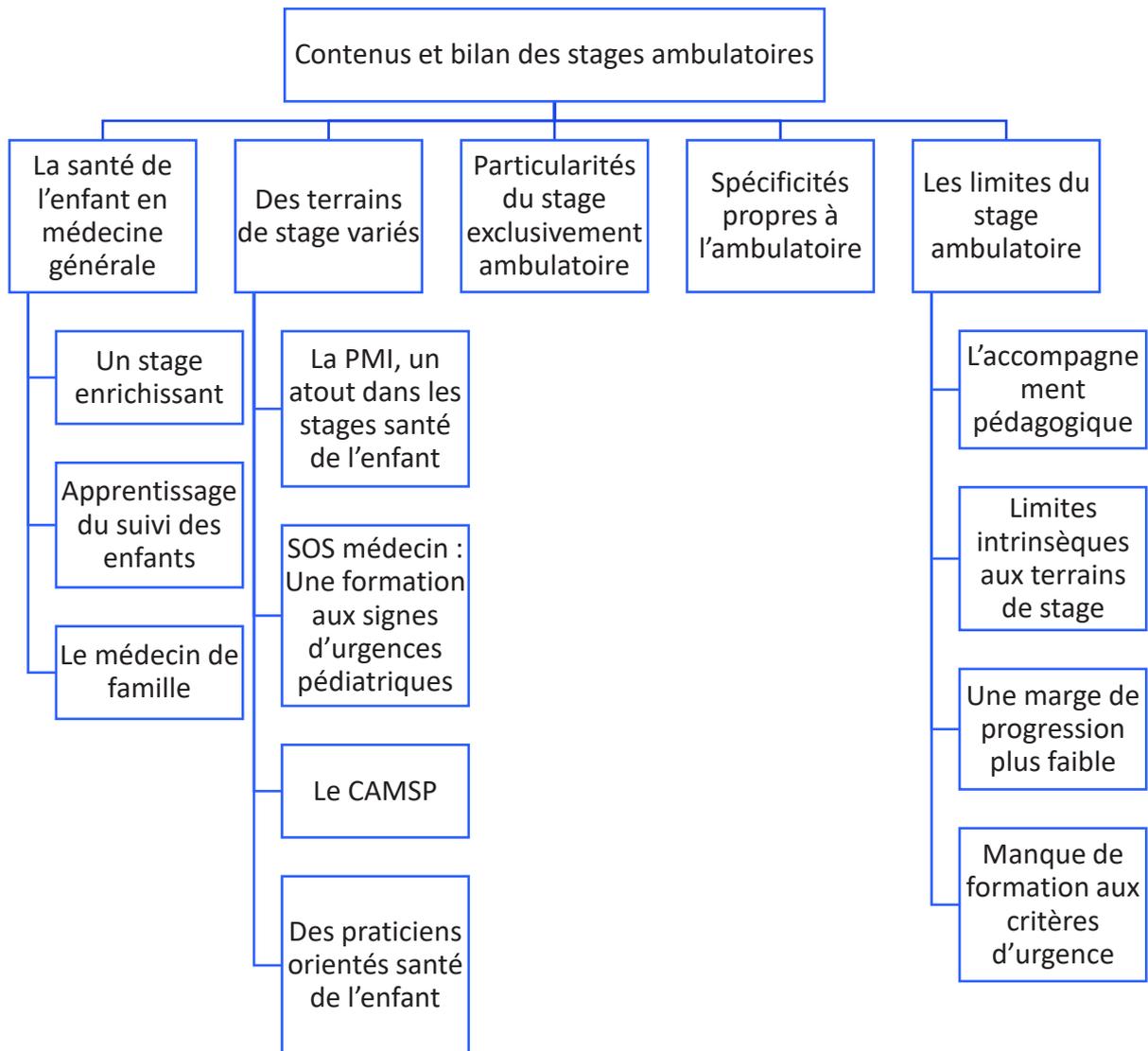
#### III.A.3.f. Des services trop spécialisés

Les IMG déplorent le fait que certains **stages hospitaliers soient trop spécialisés** :

*Hortense :* « *Et on s'est retrouvé un peu avec des trucs horribles dans le secteur qu'on n'était pas du tout aptes à gérer parce qu'on nous avait pas du tout formé à ce genre de pathologie, des bronchiolites sous CIPAP. »*

*Diane.: « Au CHU il n'y a plus les urgences pédiatriques et je reste persuadée que c'est aux urgences pédiatriques qu'on est plus, pour la médecine générale c'est le plus intéressant à mon avis »*

### III.B. Contenus et bilan de la partie ambulatoire des stages



#### III.B.1. La santé de l'enfant en médecine générale

##### III.B.1.a. Un stage enrichissant

**Les IMG considèrent les stages ambulatoires comme enrichissants et nécessaires.**

*Tiffany. : « C'était enrichissant et je pense que si je ne l'avais pas fait, il m'aurait manqué des connaissances en santé de l'enfant. »*

Betty.: « Le côté ambulatoire, voilà vue qu'on veut faire médecin généraliste, c'est bien de voir aussi une activité ambulatoire, le suivi de l'enfant, là où on a plus le temps de réévaluer les enfants, de les revoir, de les vacciner selon le protocole et puis de voir l'évolution de la croissance. Donc ça c'était intéressant aussi. »

### III.B.1.b. Apprentissage du suivi des enfants

Les stages ambulatoires ont permis aux IMG de se former à la santé de l'enfant concernant :

#### **L'examen clinique de l'enfant.**

Charles.: « J'ai appris, ouais pour l'enfant, à être systématique dans l'examen »

Betty.: « Par contre, là où c'est bien, c'est qu'on a quand même du suivi d'enfant, notamment nourrissons, où j'en avais peut-être quand même moins en hospitalier étant aux grands enfants, même si j'en voyais sur mes gardes. »

#### **L'apprentissage du développement psychomoteur de l'enfant.**

Aline.: « Suivre... le langage, le développement psychomoteur, voilà à partir de quel moment il faut plus ou moins s'inquiéter, quand est-ce qu'on les redirige juste vers l'orthophoniste ou bien le CAMSP. »

Pauline.: « C'était avoir des repères, comme je te disais sur le développement psychomoteur selon l'âge de l'enfant, ça c'est plutôt en PMI plus qu'en médecine générale, bien que en fait je pense que les deux se recourent. »

### **Le suivi global des enfants (prévention, vaccinations, prescriptions).**

Betty.: « *Donc je suis aussi plus à l'aise sur les vaccins. Ça c'est une compétence que j'ai plus acquise par contre en cabinet, donc ça c'est quand même le point positif* »

Pauline.: « *Dans les choses à prescrire, dans les prescriptions, forcément je suis plus à l'aise en voyant plus d'enfants, il y a des choses qu'on a l'habitude de prescrire. Telle que la vitamine D .* »

Charles.: « *Je pense que pour aborder l'enfant sereinement sur la pathologie infectieuse aiguë et sur plein de petits problèmes et puis sur la prévention, sur la vaccination, la surveillance des courbes, les conseils. Je pense que ce stage apporte déjà beaucoup de choses.* »

### **Ils ont ainsi gagné en aisance dans le suivi des enfants en médecine générale.**

Diane « *Être beaucoup, enfin être plus à l'aise dans tout ce qui est conseil, puériculture, des conseils et suivi, prévention et vaccination. Toutes les petites questions que les parents peuvent avoir.* »

Charles.: « *Je suis un peu plus à l'aise ouais, aussi bien sur le suivi que la pathologie aiguë, je suis un peu plus serein on va dire pour répondre, voilà aux motifs courants de consultation.* »

Pauline.: « *Savoir examiner un enfant sans appréhender quoique ce soit.* »

#### III.B.1.c. Le médecin de famille

Les internes confirment la continuité de la formation de ces stages ambulatoires avec le stage praticien de niveau 1, explorant le **rôle du médecin de famille** toutes générations confondues.

Iris.: « *Je trouve ça bien de coupler parce que ça permet aussi de voir la pédiatrie en dehors de l'hôpital, et puis de continuer à se former sur la médecine générale globale* »

Betty.: « Ça permet voilà de se remettre dans le bain de la médecine générale et de voir de tout, et puis finalement de s'adapter comme ça, de faire de l'adulte et puis hop on a un enfant, bon ben ça change un petit peu forcément »

Rose.: « J'ai vu de la médecine générale tout venant. »

Les stages en ambulatoire permettent aux IMG de **se préparer au rôle du médecin de famille.**

Diane.: « J'ai vu ce que c'était de rester médecin généraliste et de voir des enfants au milieu des autres adultes quoi. Donc j'ai beaucoup aimé et j'ai aussi beaucoup aimé de pouvoir voir en pratique dans un cabinet ambulatoire la pédiatrie, les pathologies pédiatriques qui sont quand même différentes de celles qu'on voit à l'hôpital et le suivi aussi hein que je n'ai pas fait du coup du tout à l'hôpital ; suivi vaccination et tout ça, aux urgences pédiatriques on ne fait pas. »

Pauline.: « Globalement c'est ça en fait, d'avoir d'un côté un peu le suivi, les connaissances de l'enfant, un peu dans sa globalité avec l'environnement qu'il a, en fait le fait d'être le médecin de famille. »

D'autant plus que ces stages leur ont permis de **gagner en fluidité dans la relation avec les enfants et leurs parents.**

Hortense.: « L'accompagnement on va dire parent-enfant aussi, où là je pourrais être plus à même de les conseiller et de les accompagner vraiment. Parce qu'en dehors de ça, vraiment je ne savais pas plus que ce que les livres disaient. »

Pauline.: « Je pense que je pose peut-être des meilleures questions et je donne peut-être des meilleurs conseils aux parents. Et notamment par rapport à tout ce qui est prévention. Enfin je pense surtout aux écrans. »

Par conséquent, ces stages sont l'occasion pour les IMG d'**affiner leur propre pratique et leur façon d'envisager la santé de l'enfant dans leur projet professionnel futur.**

Betty.: « *C'est bien de voir différentes façons de faire et de faire ton schéma à toi. »*

Hortense.: « *Multiplier les terrains de stage, ça permet aussi de voir ce qu'on veut faire, ce qu'on ne veut pas faire. »*

Tiffany.: « *Je pense que tous les médecins chez qui on va, nous apportent des choses. Alors ça peut être des choses positives ou que nous on voit de façon négative. Et du coup, je pense que ça influence forcément un peu notre pratique. Donc voilà je pense qu'il y a des choses forcément où je vais m'en inspirer pour ma pratique future. »*

### III.B.2. Des terrains de stage variés

#### III.B.2.a. La PMI, un atout dans les stages santé de l'enfant

La PMI permet de **se former à l'examen clinique de l'enfant en dehors de pathologie aiguë.**

Hortense.: « *J'étais en PMI donc les enfants ils ne sont pas malades, c'est surtout de la vaccination, des conseils sur les écrans, le brossage des dents, le suivi, les envoyer vers le spécialiste si on détecte quelque chose. »*

Le stage en PMI est décrit par certains IMG comme un **stage accueillant et modulable selon les objectifs de formation.**

Pauline.: « *C'est hyper souple pour le coup, ils sont vraiment, ils sont pour le coup très accueillants, très arrangeants »*

Aline.: « *Elle m'avait fait tout un programme pour que je vois beaucoup de chose. »*

Il constitue une ouverture sur les structures dédiées à l'enfance et **les approches pluridisciplinaires.**

Pauline : « Avec le pan de la PMI j'avais d'autres ouvertures, j'ai pu aller au CAMSP, enfin voilà, on peut participer à des réunions disciplinaires, enfin multidisciplinaires pour parler d'un enfant qui a des soucis. Enfin, il y a pas mal de choses comme ça hyper intéressantes. »  
« De voir le point de vue de l'assistante sociale, de la sage-femme, de la puéricultrice, enfin voilà c'était assez constructif »

Aline : « Ce que je n'attendais pas, c'était beaucoup plus de découverte d'autres choses. Enfin d'autres métiers autour de l'enfant et la femme. »

Et il permet de sensibiliser les IMG au **dépistage des violences faites aux enfants.**

Sonia : « Je pense que je serai plus sensibilisée du coup à tout ce qui est ben maltraitance, accompagnement, enfin la relation enfant-parent, des choses comme ça. Du fait que je sois passée en PMI »

Pauline : « Avant ce stage, tu sais comment ça se passe, mais pas dans le détail et tu ne t'imagines pas toujours qu'est-ce qu'il y a derrière, les informations, qu'est-ce qu'il se passe, les réunions et c'est vrai que d'y participer c'était assez intéressant »

La PMI est un **terrain de stage ambulatoire entièrement dédié à la santé de l'enfant**, garantissant une formation exclusivement centrée sur l'enfant tout en étant en ambulatoire.

Tiffany : « C'était intéressant dans le sens où ça nous faisait voir plus d'enfants en une matinée. Après je suis...enfin globalement les consultations ça reste des consultations de pédiatrie comme on peut en voir en cabinet. »

Aline : « Je trouve que c'est vraiment bien pour voir l'enfant qui va bien, et du coup comme on n'en voit pas assez souvent du coup quand on est en urgence ou en service. »

Pauline : « Avoir ce versant PMI qui m'apportait encore plus de pédiatrie »

### III.B.2.b. SOS médecin : Une formation aux signes d'urgences pédiatriques

Le stage chez SOS médecin a pour avantage, de par sa cadence de consultations soutenues, de **former rapidement les IMG à un examen clinique de l'enfant systématisé et au repérage des signes de gravité.**

Charles : « En tous cas ça exerce, ça exerce à l'examen et aux signes de gravité »

« Mais en tous cas le fait qu'il y ait SOS dans ce stage initial apporte beaucoup en termes de quantité d'examen et même au niveau de quantité de cas. »

### III.B.2.c. Le CAMSP

Le CAMSP est un terrain de stage ambulatoire qui permet la **découverte d'une structure souvent méconnue** et pourtant utile dans la réalisation de bilans de troubles du développement chez l'enfant.

Charles : « Ça m'a apporté de connaître un CAMSP, parce que j'en ai souvent entendu parler mais je n'en avais jamais vu et surtout de savoir comment ça s'organisait. », « Ça m'a quand même donné des bases. Savoir un peu de quoi on parle, juste ne pas être surpris et puis de commencer des bilans simples, sans effrayer les parents. »

### III.B.2.d. Des praticiens orientés santé de l'enfant

Certains IMG ont apprécié leur stage en cabinet de médecine générale pour leur **proportion importante d'enfants suivis dans la patientèle et les compétences de leurs maîtres de stage en santé de l'enfant.**

Hortense.: « Aux vues de la patientèle variée qu'il y a eu, oui quand même entre le foyer et la PMI, il y a quand même pas mal d'enfants. Enfin je comprends que ce stage fasse partie du stage de la santé de l'enfant. »

Diane.: « Elle était vraiment très calée en santé de l'enfant, elle a fait plusieurs formations complémentaires, DU de santé de l'enfant, DU urgences pédiatriques. C'était vraiment, elle voyait 70 à 80% d'enfants. »

### III.B.3. Particularités du stage exclusivement ambulatoire

**Les stages exclusivement ambulatoires sont décrits riches en santé de l'enfant et diversifiés.**

Charles.: « Il y a trois choses très différentes, le CAMSP qui est très spécifique, peut-être un peu trop, mais d'un autre côté, ça permet d'approcher autre chose, la maison de santé du M, où on fait surtout de la prévention et un peu de pathologie aiguë et SOS où on fait énormément de pathologie aiguë, d'infectieux, beaucoup de visites parfois dans des conditions un peu difficiles parfois. »

Pauline.: « Moi le fait que ce soit, que la médecine de ville soit complétée avec la PMI, ça a totalement répondu à mes attentes. Si je n'avais pas eu ce côté PMI, je pense que j'aurais quand même trouvé que ce n'était pas assez suffisant, je n'aurais pas vu assez d'enfants. »

La PMI est décrite comme un **stage déterminant pour le choix du stage exclusivement ambulatoire, garantissant une formation à la pédiatrie**, en complément d'un stage en médecine de ville.

Pauline : « *Le fait d'avoir eu le complément de la PMI c'était essentiel.* », « *D'ailleurs je n'aurais pas pris ce stage si c'était, je ne sais pas, que de la médecine de ville parce que ça revient à faire mon stage praticien en fait.* »

#### III.B.4. Spécificités propres à l'ambulatoire

La médecine ambulatoire offre un **rythme de travail agréable** et une **pratique pluridisciplinaire** notamment dans les maisons de santé.

Charles : « *Ça montre aussi qu'on peut apprendre sans forcément passer des nuits blanches ou des choses comme ça.* »

Pauline : « *Donc y a eu ce côté pluridisciplinaire mais que je connaissais aussi en médecine de ville* »

Les IMG qui ont eu l'opportunité d'évoluer en autonomie supervisée durant leurs stages ambulatoires ont pu **incarner la fonction du médecin généraliste**.

Rose : « *Il était dans le bureau à côté, du coup il me laissait en semi-autonomie, et là pour le coup c'était bien plus intéressant.* »

Gaëlle : « *J'ai adoré (affirmative). Franchement c'est vraiment là que je me sens bien. Parce qu'il y a quand même à la fin le débrief, donc il y a quand même cette partie formation. Et en même temps ça me permet d'être moi-même en consultation* »

Le stage chez le médecin généraliste est l'occasion de **découvrir un logiciel médical**.

*Rose :* « Il m'a tout de suite laissé l'ordinateur, il m'a dit installe toi-là, pour m'expliquer comment fonctionnaient les choses en fait, donc au bout d'une semaine je pense que j'étais quasiment déjà opérationnelle avec le logiciel, ce qui est vraiment super bien de faire comme ça. »

Les stages ambulatoires permettent de découvrir **la médecine à travers différents milieux sociaux :**

*Rose :* « La gestion de patients un peu plus compliqués, ben dans les camps de gitans. On se débrouille sans les antécédents, sans rien, on fait avec ce qu'on a »

*Sonia :* « Il y avait vraiment des situations, surtout sociales, qui étaient intéressantes. »

*Diane :* « Pour un même problème de santé ou une même indication de visite médicale pour un enfant ça va être très différent entre des gens qui vivent à la campagne ou qui n'ont pas forcément un accès à 2 minutes chez leur médecin traitant ou chez des milieux défavorisés, où l'accès aux soins est peut-être, des fois, un peu plus compliqué. »

### III.B.5. Les limites du stage ambulatoire

#### III.B.5.a. L'accompagnement pédagogique

##### III.B.5.a.α. Un manque d'autonomie

**Parfois le manque d'autonomie** dans les cabinets de ville est mentionné.

Betty.: « J'avais pris vachement d'autonomie sur les 3 mois justement et là j'ai senti une régression. », « Le praticien il a du mal à laisser de l'autonomie »,

Gaëlle.: « Bon je pense que c'est quand même un passage obligatoire, mais parfois je me sens quand même freinée dans la relation que j'ai avec les patients. Le fait d'être observée, ça a quand même tendance à m'inhiber. Je ne me sens pas aussi à l'aise de dire ce que je pense et toujours cette tendance à référer au praticien qui est à côté »

### III.B.5.a.β. Un manque de supervision

Et au contraire, c'est parfois le **manque de supervision** qui est décrit, limitant l'apprentissage des internes.

Hortense.: « Ben moi je suis arrivée et vue que c'est un cabinet qui tourne à fond avec une patientèle pas possible. Hé ben elle m'a mise tout de suite dans le bureau, elle m'a demandé si je savais me servir du logiciel. J'ai dit non. Elle m'a montré pendant 10 secondes. Et j'ai pris des patients. », « Déjà en stage niveau 1 j'avais l'habitude d'être toute seule. Mais le problème c'est que si je fais des erreurs, je les répète à chaque fois, parce que personne ne me corrige. On fait le débrief à la fin de la journée un peu comme un SASPAS, même si elles sont sur place. »

Pauline.: « C'est vrai qu'au bout d'un moment ben tu fais tes consultations et tu te dis, ah mince ben là je n'apprends plus rien puisqu'il n'y a personne pour me corriger ou pour me donner des infos complémentaires »

**La supervision indirecte est critiquée** en raison de ses limites dans son application à la santé de l'enfant où le droit à l'erreur est moins bien toléré.

« Avec les enfants moi je pense qu'il n'y a aucun risque à prendre, donc je ne suis pas sûr de l'utilité, tu vois. Même pour le maître de stage, tu vois. C'est quand même un enfant »

### III.B.5.b. Limites intrinsèques aux terrains de stage

Des internes rapportent des stages ambulatoires avec **une proportion d'enfants vus en consultation, trop faible pour un stage intitulé « santé de l'enfant »**.

Rose.: « Un stage de santé de l'enfant on s'attend quand même à avoir un bon bagage de médecine générale pour prendre en charge en ambulatoire les enfants. Ce qui n'était pas, je n'ai pas vu assez d'enfants en ambulatoire. »

Gaëlle.: « Je vois des enfants, pas énormément par rapport à la patientèle globale, ce n'est pas comparable par rapport au stage hospitalier. »

Parfois, les IMG ont relevé des **pratiques en ambulatoire éloignées des recommandations officielles**.

Diane.: « Les praticiens en cabinet, ne sont pas toujours à fond, enfin ils ne sont pas toujours au courant sur les recommandations, les pédiatres nous ont quand même expliqué pourquoi avant 6 mois par exemple, pour eux il n'y a vraiment aucune indication à mettre de la Ventoline dans une bronchiolite, parce qu'en fait apparemment il n'y a même pas les capteurs bêta2 au niveau pulmonaire, donc voilà c'est des petites choses qu'en cabinet on n'avait pas forcément appris. »

Parfois, le **mode de travail** en ambulatoire ne correspond pas à l'idée de sa propre pratique médicale :

Betty.: « Il exerce tout seul, c'est des consultations de 10 minutes, pour les enfants c'est 20 minutes. Pour moi ce n'est pas assez quoi, je trouve quand on veut vraiment faire les choses bien. »

Concernant la PMI, il lui est fait le reproche de consister en **un travail très répétitif**.

Hortense.: « Il y avait une à deux demi-journées de PMI par semaine, donc au début ça faisait un peu, enfin ça faisait même beaucoup, parce que c'est hyper répétitif. Une fois qu'on sait les vacciner et qu'on sait gérer le carnet de santé et la prévention, c'est toujours la même chose qui revient. »

Concernant le stage chez SOS médecin, il lui est reproché une **tendance à surmédicaliser et un temps de consultation très court**.

Charles.: « Ça m'a permis d'examiner beaucoup et de surprescrire mais dans le sens être vraiment vigilant et ne pas prendre de risque. C'est ça. Je ne pense pas que tout soit à transposer en cabinet classique. »

### III.B.5.c. Une marge de progression plus faible

**Certains IMG disent avoir moins progressé durant leur stage ambulatoire que durant leur stage hospitalier.**

Betty.: « Finalement j'ai l'impression d'avoir moins appris, d'avoir même un peu régressé et il y a des choses où je ne suis peut-être pas forcément en accord aussi avec mon praticien »

Olympe.: « En fait sur une journée, j'apprenais beaucoup plus sur l'enfant, aux urgences pédiatriques que sur une journée en ambulatoire »

III.B.5.d. Manque de formation aux critères d'urgence

**Pour certains IMG, le stage ambulatoire ne serait pas assez formateur concernant les critères d'hospitalisation des enfants.**

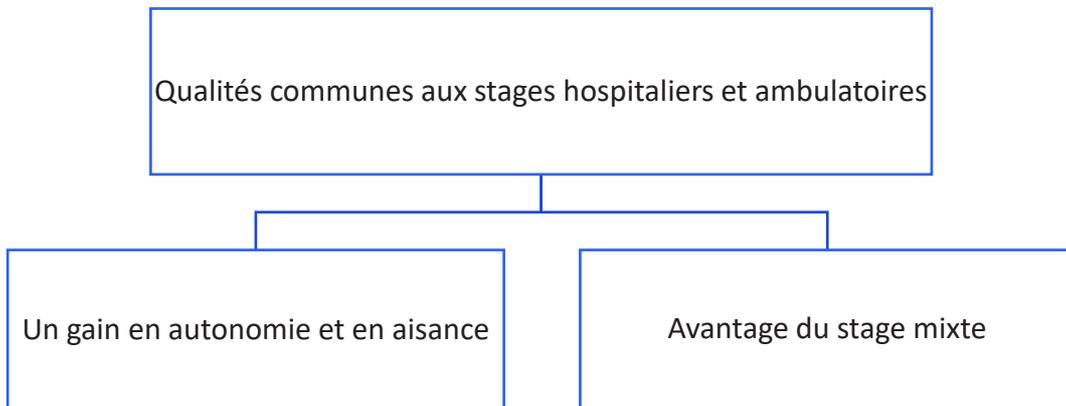
Tiffany : « *Quels sont les critères d'hospitalisation, quand envoyer un enfant aux urgences, ça je l'ai un peu moins vu en ambulatoire. »*

**Des IMG ayant fait des stages exclusivement ambulatoires s'interrogent sur le fait que la formation hospitalière puisse manquer à leur formation.**

Pauline : « *Je pense qu'il y a des choses quand même qu'on voit aux urgences ou des diagnostics qu'on ne ferait pas en médecine de ville ou une prise en charge... enfin... en fait avoir les gestes d'urgence pour la population pédiatrique, je pense que c'est pas mal de... au final de passer aux urgences, je pense que ça t'apprend beaucoup de choses. »*

Charles : « *Voilà je ne sais pas ce que le stage hospitalier m'aurait apporté de plus, est-ce que j'aurais vu plus d'enfant, je ne sais même pas. J'aurais peut-être plus appréhendé la prescription d'examens complémentaires »*

### III.C. Qualités communes aux stages hospitaliers et ambulatoires



#### III.C.1. Un gain en autonomie et en aisance

Les internes interrogés ayant effectué un stage mixte se disent **plus autonomes et à l'aise avec les enfants.**

*Betty :* « *Oui j'ai plus d'armes, on va dire, pour faire face et je me sens plus à l'aise.* »

*Tiffany :* « *Je me sens à l'aise. Ouais je me sens vraiment à l'aise, que ce soit avec l'enfant ou avec les parents. Ça ne me pose pas de soucis ou d'appréhension particulière donc.... Je suis satisfaite de mon stage, ça c'est sûr.* »

Que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier, **les médecins séniors ont fait preuve de pédagogie.**

*Olympe :* « *Je trouve que les chefs que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier étaient, avaient la même attitude pédagogique, dans les deux stages.* »

**Ainsi les IMG ont pu apprendre à réaliser un examen clinique de l'enfant systématisé.**

Betty.: « *J'ai mon plan je sais comment faire l'examen pour que ce soit global, mais vraiment d'aller dans un sens précis pour ne rien louper. Je suis un peu plus systématique. »*

Tiffany.: « *Au niveau de l'examen, au niveau du contact avec les enfants, avec les parents. Je pense que ça m'a fait...je pense que ça m'a fait évoluer. »*

Ensuite l'accompagnement des parents dans la santé de leur enfant en est devenu plus aisé.

Diane.: « *Mais j'ai quand même l'impression que quand on sait pourquoi on fait les choses et quand on leur explique, en général ça se passe plutôt bien. Et il faut aussi savoir les écouter s'ils ont vraiment quelque chose à dire sur la prise en charge ou sur leur enfant. Je pense que c'est important de les écouter. »*

### III.C.2. Avantage du stage mixte

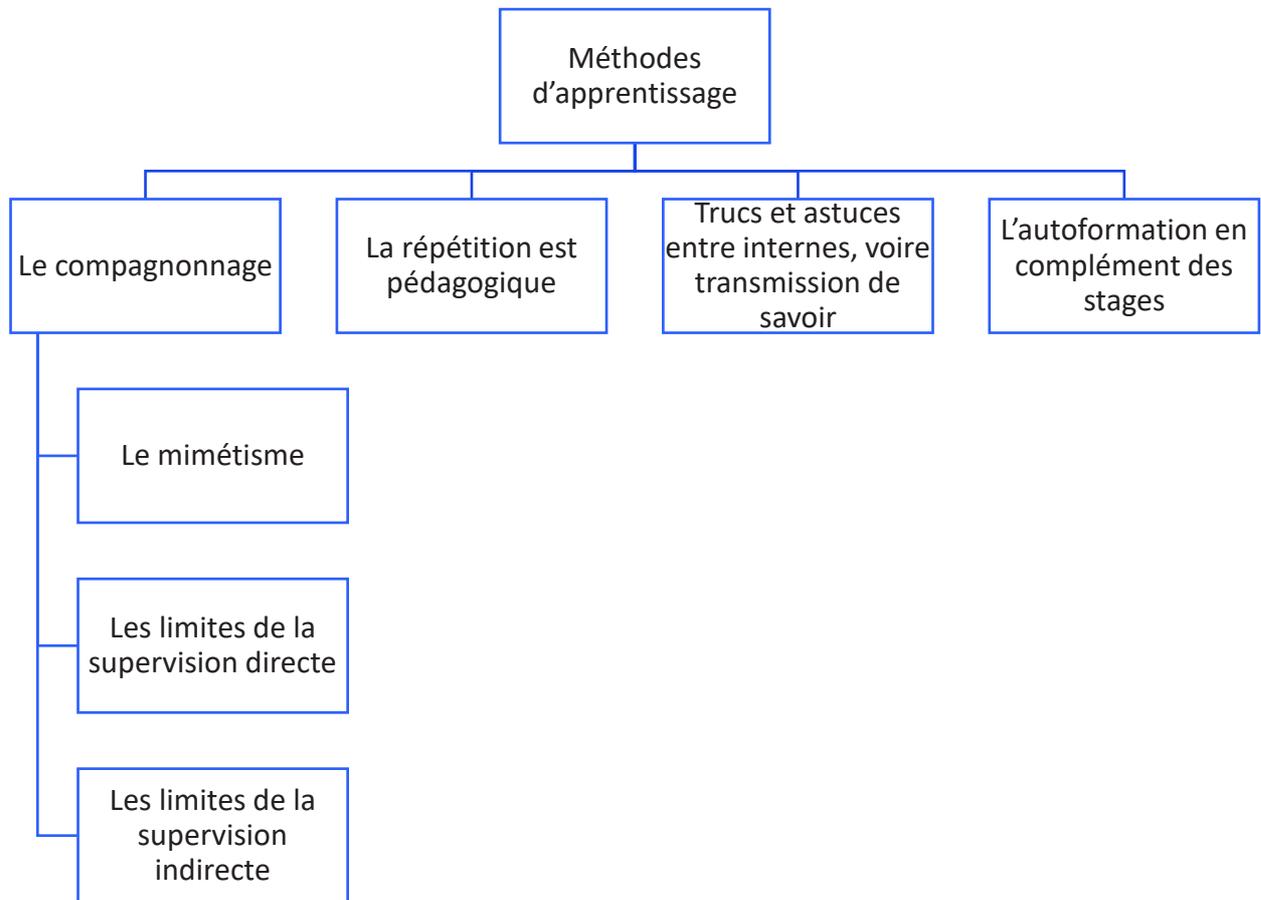
Le stage mixte permet de cumuler l'apprentissage des deux terrains, hospitalier et ambulatoire. Ainsi **les internes interrogés après un stage mixte, se disent bien préparés à assurer leur travail en ambulatoire après une formation complète et variée grâce aux deux versants, formant aux critères de recours hospitalier quand cela est nécessaire.**

Olympe.: « *On n'apprend pas la même chose aux deux endroits, donc ça se complète bien, l'ambulatoire et l'hospitalier. »*

Diane.: « *Voilà c'est toujours plus facile si on est en cabinet de dire voilà il va se passer ça quand vous allez aller à l'hôpital parce que là je n'ai plus assez, enfin je n'ai plus les moyens de suivre. »*

*« Mais de suivre au cabinet, le plus longtemps possible, enfin tout ce qui est faisable en cabinet, le faire au maximum quoi. Donc je pense que c'est vraiment super, super complémentaire et je suis vraiment très contente d'avoir pu le faire. »*

### III.D. Méthodes d'apprentissage



Pour les IMG interrogés, l'apprentissage passe par le compagnonnage, la répétition des actes ainsi que la transmission de savoir entre internes et l'autoformation.

#### III.D.1. Le compagnonnage

**Le compagnonnage semble être un mode d'apprentissage important pour les IMG, entre supervision directe et indirecte. Les IMG attendent de leurs maîtres de stage qu'ils soient présents et bienveillants pour les guider dans leurs apprentissages.**

*Zoé : « Si on ne nous montre pas une première fois, on ne peut pas le savoir », « Une relation d'égal à égal, avec qui on peut discuter des prises en charge si on a des doutes, qui nous apprennent beaucoup de choses »*

En discutant des prises en charge pour **acquérir un raisonnement médical**.

Olympe.: « Aux urgences pédiatriques, on réfléchit aussi beaucoup à l'utilité des examens et du coup je trouve qu'on réfléchit un peu plus. (...) donc pour la pratique de médecine générale c'est hyper intéressant, parce qu'on se met aussi un peu en situation de, comme si on n'avait pas forcément tout sous la main »

Tout en les menant **progressivement à l'autonomie**.

Betty.: « Je pense qu'en effet une autonomie progressive, une supervision directe mais en lâchant un peu plus de lest et toujours avec du débriefing je trouve que c'est quand même une bonne méthode d'apprentissage. »

### III.D.1.a. Le mimétisme

Le compagnonnage permet **l'apprentissage par mimétisme** et constitue une des bases de formation pour les internes.

Hortense.: « J'apprends bien par mimétisme, regarder les autres faire. »

Betty.: « Mais en tout cas par l'expérience à force de voir un petit peu comment ils font, on se sent plus à l'aise aussi, on voit un peu plus comment orienter l'examen clinique ou l'interrogatoire, on voit les petites pistes, les petites astuces pour mieux engager l'entretien. »

**Ils demandent à être formés auprès de leurs aînés afin d'inspirer leur propre pratique.**

Félicia : « Peut-être de voir comment le médecin chez qui on est, fait, lui face à ce genre de situation, mais après on peut adopter ou pas son comportement. Ou se dire que justement nous, on ne ferait pas comme ça, par retour en fait. »

Tiffany.: « Ben je ne suis pas sûre (rires) si j'avais été seule dès le début, de savoir répondre à des questions, parfois qu'ont certains parents, alors que là de voir parfois comment elle y répond, voilà quelles réponses elle donne. Ça m'a permis de m'en inspirer. »

### III.D.1.b. Les limites de la supervision directe

Cependant, la supervision directe a ses limites.

**Il est parfois difficile de trouver sa place à côté du médecin de famille.**

Iris.: « J'avais du mal, parce que les patients, alors c'était un vieux praticien, mais du coup les patients s'adressent, tu leur poses une question, ils le regardent lui et ils lui répondent à lui. »

Betty.: « J'aime moins, parce que c'est de la supervision directe, mais plus que directe même, parce que je commence la consultation et puis il me coupe la parole et il fait la consultation donc ça ne présente pas trop d'intérêt je trouve. Et du coup le fait de ne pas laisser faire, finalement ben malheureusement, on a tendance à devenir spectateur plutôt qu'acteur et à se reposer complètement sur le praticien »

Au bout d'un moment, les IMG ressentent la **nécessité d'expérimenter** par eux même et de **devenir acteur des soins**.

Rose.: « Voilà il y a la part d'observation, il y a le moment où il faut observer, c'est important, et après je pense, il y a un moment où il faut nous laisser, il faut nous laisser essayer. »

### III.D.1.c. Les limites de la supervision indirecte

D'autres IMG font remarquer les limites de la supervision indirecte et légitiment la première phase d'apprentissage par mimétisme pour **exercer avec la confiance des repères transmis.**

Charles.: *(En parlant de la consultation seul) « En tous cas en début de stage je ne pense pas que ce soit très utile et en fin de stage à voir. », « Avec les enfants moi je pense qu'il n'y a aucun risque à prendre, donc je ne suis pas sûr de l'utilité, tu vois. Même pour le maître de stage, tu vois. C'est quand même un enfant »*

### III.D.2. La répétition est pédagogique

**Les IMG gagnent en confiance avec la répétition des gestes et des situations. Par conséquent, il est important pour eux que le stage soit riche en pédiatrie.**

Olympe.: *« De toute façon les enfants c'est plus on en voit mieux on est à l'aise »*

Aline.: *« La répétition d'en voir beaucoup, de faire tout le temps, tout le temps la même chose, assez systématique. Que ce soit le développement ou l'examen clinique. C'est à force d'en faire et d'en faire tout seul »*

### III.D.3. Trucs et astuces entre internes, voire transmission de savoir

**Parfois, la transmission de savoir se fait entre les internes eux-mêmes, notamment lors des stages hospitaliers.**

Iris.: *« Juste le premier jour on m'a montré et depuis je refais, mais bon. (...) Aux autres mais après je ne sais pas si je leur transmets ce qu'il faut. »*

Gaëlle.: *« C'est des trucs qu'on apprend plutôt entre nous, ah c'est quoi ta technique ? »*

#### III.D.4. L'autoformation en complément des stages

Le stage est parfois l'occasion de réviser leurs connaissances en pédiatrie pour allier la théorie à la pratique.

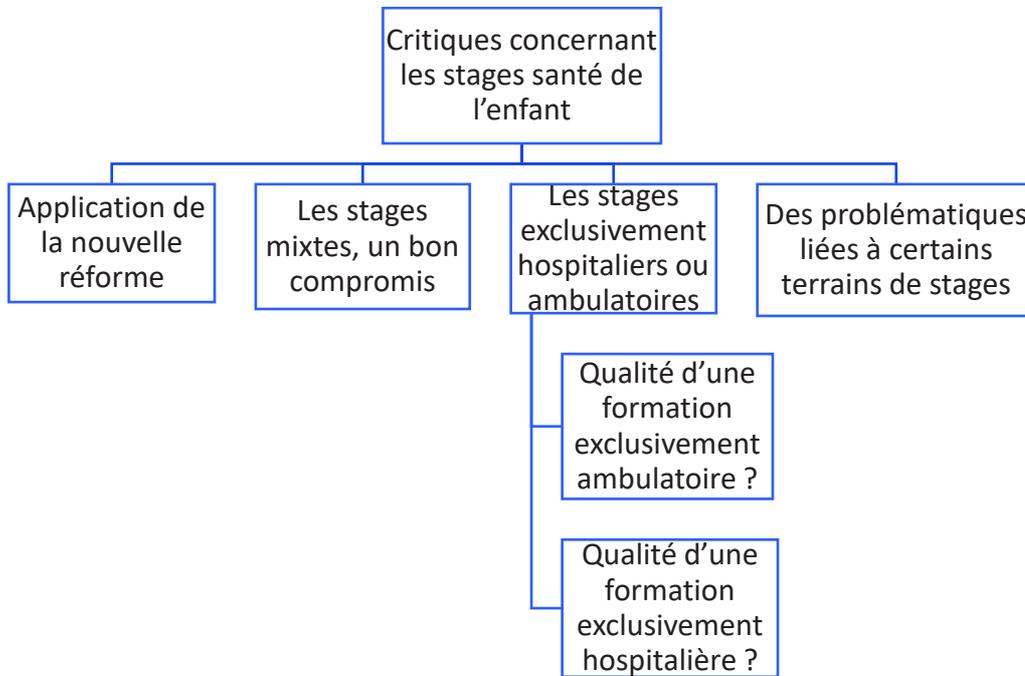
Marc.: « *Ben je regardais beaucoup dans le collègue dès que je me posais une question, je regardais dans le collègue de pédiatrie. Ça, ça m'a beaucoup aidé, énormément* »

Parfois des **supports de travail** sont mis à leur disposition durant les stages.

Betty.: « *À la fin ils nous ont distribué un petit calepin avec tous les médicaments utilisés en pédiatrie qui m'a beaucoup servi également.* »

## IV. CRITIQUES ET IMPACT DU STAGE SANTE DE L'ENFANT

### IV.A. Critiques concernant les stages santé de l'enfant



#### IV.A.1. Application de la nouvelle réforme

Pour les IMG, **la réforme est bienvenue pour enrichir et allonger la formation consacrée à l'enfant**. Ils saluent notamment la diversité de choix dans les terrains de stage proposés.

Tiffany : « *La nouvelle réforme, c'est plutôt une bonne chose. Parce que 3 mois de santé de l'enfant comme c'était dans l'ancienne maquette, c'est un peu court pour se faire...enfin ça passe vite et la santé de l'enfant en médecine générale c'est quand même quelque chose de prépondérant* »

Zoé : « *Il y a quand même une diversité des terrains de stage, qui permet, je pense, de convenir à tout le monde.* »

Gaëlle : « Laisser le choix, je trouve que c'est bien. Parce que ce qui est actuellement proposé soit 6 mois hospitaliers, 6 mois ambulatoires, ou un mixe 3 mois/3 mois. Parce que c'est aussi une décision un peu personnelle »

#### IV.A.2. Les stages mixtes, un bon compromis

Les stages mixtes, ambulatoires et hospitaliers, sont **un bon compromis** pour bénéficier des deux formations qui s'avèrent complémentaires.

Olympe : « On n'apprend pas la même chose aux deux endroits, donc ça se complète bien, l'ambulatoire et l'hospitalier. »

Zoé : « On voit des choses différentes en hospitalier qu'en ambulatoire, donc je pense que c'est pour ça que c'est bien de faire les deux. »

**La médecine ambulatoire a l'avantage d'appréhender le suivi des enfants au long cours avec les examens spécifiques à chaque âge.**

Justine : « Je pense que c'est quand même important de passer un petit peu en libéral parce que du coup, tous les dépistages, tu sais, du premier mois et du deuxième mois, si tu ne l'as pas fait quand même une fois, et c'est quand même des choses qui sont importantes »

Iris : « Je trouve ça bien de coupler parce que ça permet aussi de voir la pédiatrie en dehors de l'hôpital, et puis de continuer à se former sur la médecine générale globale »

La pédiatrie hospitalière et particulièrement **les urgences pédiatriques ont l'avantage de garantir une formation riche**, exclusivement dédiée à la santé de l'enfant.

Olympe : « Je pense que l'hospitalier il faut, je ne dis pas ça forcément sur mon expérience, mais je pense qu'il ne faut vraiment pas l'enlever. Parce qu'on apprend (réfléchit)...on apprend énormément. Enfin, concrètement c'est vraiment des consultations de médecine générale aux urgences pédiatriques. », « Pour le coup, là on est sûr de voir 15 enfants sur la journée ».

Rose : « Il faut vraiment faire des urgences pédiatriques pour vraiment être formé. »

D'autre part **l'alternance 3 mois à l'hôpital et 3 mois en ambulatoire semble satisfaire les IMG**, des stages ni trop longs, ni trop courts.

Gaëlle : « J'ai bien aimé que ça soit 3 mois-3 mois parce que 6 mois d'hôpital ça aurait été long et 6 mois d'ambulatoire ça aurait été aussi long. »

Zoé : « Je trouve que ça fait long pour des futurs médecins généralistes d'être de nouveau 6 mois en hospitalier. Donc ça nous permet de remettre un pied en ambulatoire. »

#### IV.A.3. Les stages exclusivement hospitaliers ou ambulatoires

Durant les entretiens, certains internes soulèvent **la question d'une formation entièrement ambulatoire**, se demandant si un passage hospitalier est obligatoirement nécessaire.

Charles : « Moi je me pose vraiment la question, est-ce qu'on peut faire la totalité de notre apprentissage en ambulatoire, en tant que médecin généraliste ? Est-ce qu'il faut passer par les urgences adultes ? Est-ce qu'il faut passer par l'hospitalier pédiatrique ? »

Ils s'interrogent aussi sur les personnes qui sont les mieux placées pour leur enseigner la santé de l'enfant, pédiatres ou médecins généralistes.

Charles : « *Vers qui il faut se tourner pour apprendre au mieux à soigner les enfants ? Est-ce que c'est au spécialiste qui lui a son, son, son raisonnement, son internat, son machin. Ou est-ce que finalement c'est à nos pairs qui finalement soignent très bien les enfants sans avoir été pédiatres ?* »

Sans trancher, certains apportent leur avis concernant le choix d'un stage non mixte, puisque cela implique de se passer de l'une ou l'autre formation. Que ce soit en hospitalier ou en ambulatoire, il y a de quoi satisfaire les exigences de formation.

Aline : « *Je pense que, à choisir 6 mois ambulatoire c'est mieux que 6 mois hospitalier si c'est dans un service hospitalier. Après si c'est aux urgences, c'est différent.* »

#### IV.A.3.a. Qualité d'une formation exclusivement ambulatoire ?

**La formule exclusivement ambulatoire a l'avantage de proposer des terrains de stage variés** (médecine de ville, PMI, CAMSP, Maison des adolescents), qui ouvrent des perspectives professionnelles.

Félizia : « *J'ai vu qu'il y avait des stages avec des terrains assez variés enfin ça restait de l'ambulatoire mais avec le CAMSP à Schirmeck, ou des choses comme ça, et du coup ça restait quand même des terrains différents que du cabinet pur, et du coup je pense que ça pouvait quand même apporter* »

Ces stages exclusivement ambulatoires proposent un rythme de travail plus propice pour concilier vies professionnelle et familiale.

Charles : « Je suis plutôt content parce que j'arrive à faire un stage intéressant avec plusieurs facettes de la pédiatrie et en plus des horaires qui collent avec ma vie de famille. »

Zoé : « Et ben j'ai un bébé (rires) et du coup pour des raisons pratiques, enfin si je pouvais ne pas avoir un stage avec des gardes et voilà c'était la principale raison. »

#### IV.A.3.b. Qualité d'une formation exclusivement hospitalière ?

Les stages hospitaliers ont l'avantage de **garantir une formation totalement pédiatrique**.

Lisa : « Ta formation de tes 6 mois de santé de l'enfant, ça va être 6 mois où tu vas te former sur l'enfant »

Par conséquent, certains internes peuvent, lors de ces 6 mois de stage exclusivement hospitaliers, **satisfaire leur urgence d'apprendre beaucoup et rapidement**.

Olympe : « En fait j'avais un peu comme l'impression de, pas que les jours étaient comptés, mais je savais que j'avais 6 mois pour me former sur l'enfant. Et je voyais beaucoup d'enfants dans la journée, donc je trouvais que c'était hyper intéressant à prendre quoi, de voir des enfants et de, enfin ça remplissait l'objectif du stage quoi. Alors que sur une consultation de médecine générale on n'en voit pas beaucoup »

**Un temps de formation aux urgences pédiatriques est recherché par les internes**, ce qui est assuré dans un stage exclusivement hospitalier, ne serait-ce qu'à minima par les gardes.

Rose : « *Je ne pense pas que 6 mois chez des praticiens, on n'est pas à l'aise, il faut vraiment faire des urgences pédiatriques pour vraiment être formé.* »

Zoé : « *Je pense que c'est la quantité d'enfants vus et la diversité aussi, enfin je pense, je pense qu'on voit de tout aux urgences pédiatriques* »

Par contre, certains font remarquer que la pratique hospitalière est différente de la médecine générale. **Les 6 mois à l'hôpital ne seraient pas exhaustifs pour préparer à la pratique ambulatoire.**

Zoé : « *Pour des futurs médecins généralistes, je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'être en hospitalier pur pendant 6 mois de nouveau. Enfin ça ne correspond pas à ce qu'on va faire plus tard* »

#### IV.A.4. Des problématiques liées à certains terrains de stages

Certains terrains de stage ont des inconvénients, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier.

En ambulatoire, certains stages chez des médecins généralistes ont une **patientèle pédiatrique jugée trop faible** pour que le stage soit formateur en santé de l'enfant.

Eve : « *On a cet avantage justement que la maquette soit révisée pour répondre à nos besoins en tant que médecin généraliste mais si au final, enfin on fait 6 mois de stage consacrés à cette santé de l'enfant mais que, enfin on en fait pas, c'est un peu dommage.* »

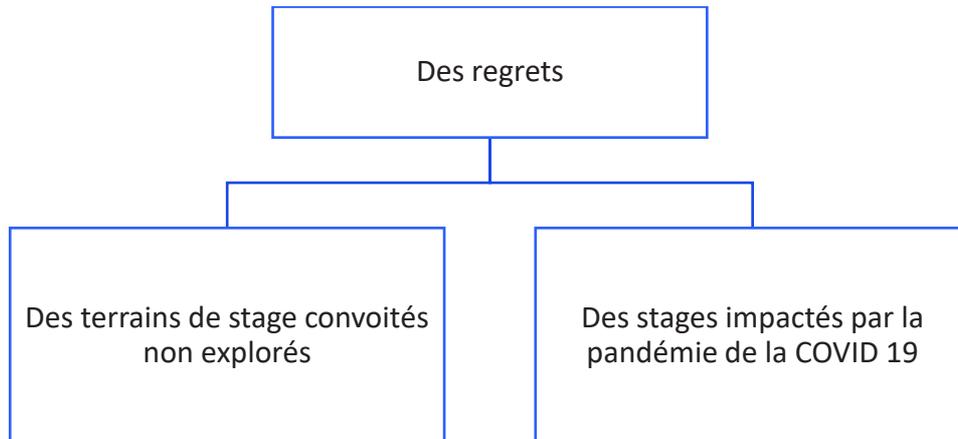
Zoé : « *Si c'est un stage ambulatoire de pédiatrie et qu'on voit moins de 50% de pédiatrie, pour moi ce n'est pas un stage de pédiatrie.* »

Tiffany: « Je pense que si on prend du 100% ambulatoire, il faut être sûr, entre guillemet, que le médecin chez qui on va, voit quand même un nombre conséquent d'enfant pour qu'on soit à l'aise après en santé de l'enfant. »

En hospitalier, certains **stages trop spécialisés**, ont une activité trop éloignée du travail des médecins généralistes dans le suivi des enfants, pour convenir à leur formation.

Hortense : « Il faut juste faire la part des choses dans quel stage en hospitalier on nous envoie. C'est sûr que si on va faire 3 mois d'onco-hémato pédiatrie à Hautepierre, ça ne sert pas à grand-chose. »

#### IV.B. Des regrets



##### IV.B.1. Des terrains de stage convoités non explorés

Certains IMG regrettent de ne pas avoir pu découvrir certaines structures dédiées aux enfants comme **la PMI** ou **le CAMSP**.

Gaëlle : « *J'aurais bien aimé aller en PMI, justement, je pense que ça m'aurait fait beaucoup de bien d'avoir des automatismes, en fait. Et de voir que, que des enfants, ça, ça aurait été bien. C'est une structure entre l'hospitalier et l'ambulatoire* »

Diane : « *Peut-être les prises en charge au CAMSP et tout ça, je n'arrive pas trop à me rendre compte de ce qui peut être fait ; Donc je ne sais pas si des journées d'initiation ou de découvertes pourraient être faites. C'est des structures qu'on ne connaît pas très bien.* »

À l'hôpital, certains regrettent de ne pas avoir travaillé **en pouponnière** pour se familiariser avec l'examen des nouveau-nés.

Betty : « *Peut-être éventuellement la pouponnière j'aurais bien voulu y passer aussi.* »

#### IV.B.2. Des stages impactés par la pandémie de la COVID 19

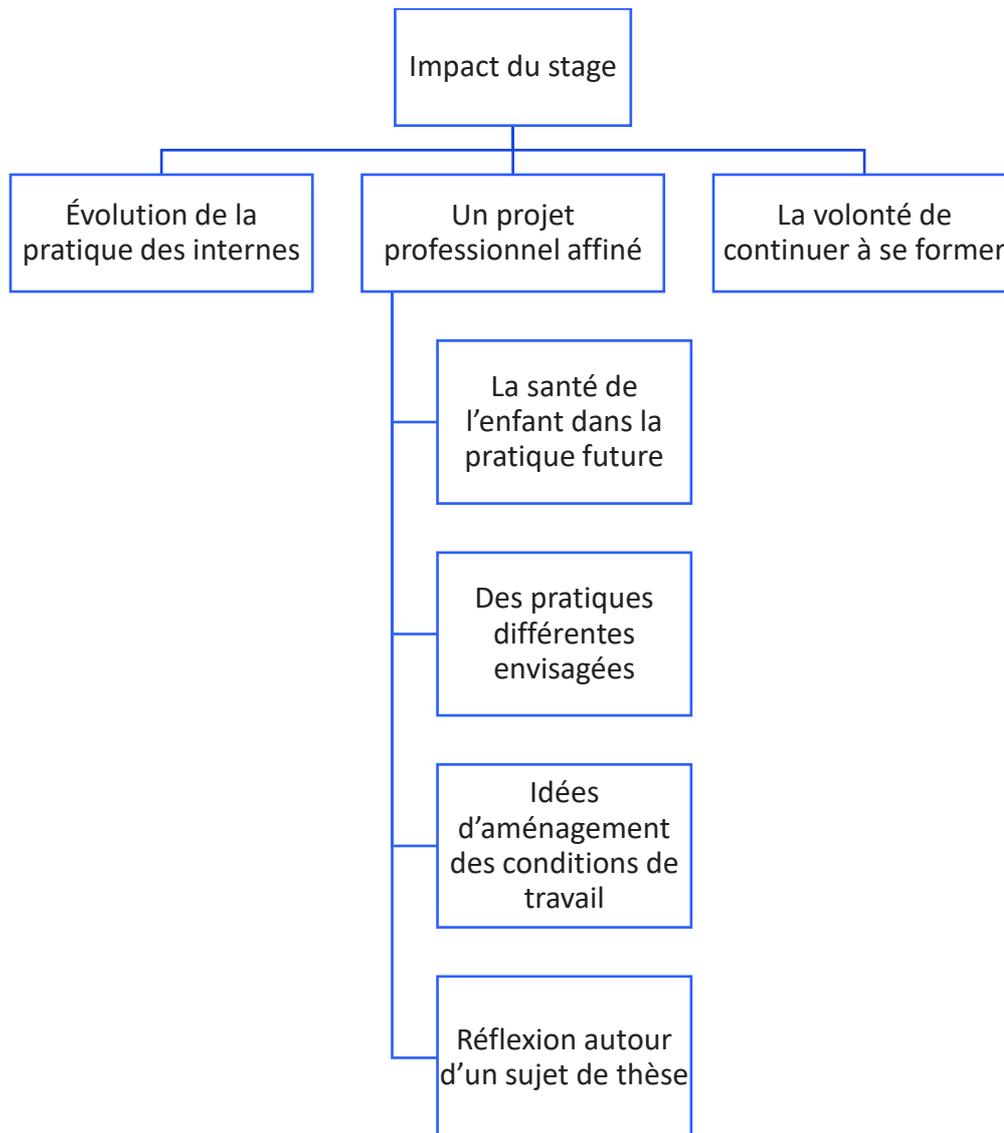
De façon inévitable, la pandémie de COVID 19 a impacté les stages santé de l'enfant en raccourcissant la durée de leur stage ou en modifiant leur terrain de stage. À l'hôpital, devant la baisse considérable d'activité en pédiatrie, certains internes ont été redirigés vers des services COVID submergés de travail. De même en ambulatoire, l'activité, de manière générale, a baissé, particulièrement concernant les enfants. Certains terrains de stage ont même fermé pendant les périodes de confinement (PMI).

Diane.: « *Mais le COVID, faut quand même avouer que ça a quand même pas mal perturbé le stage. »*

Zoé.: « *Notre stage santé de l'enfant a été un peu raccourci, il est passé de 6 mois à 5 mois. »*

Rose.: « *Je devais aller en pédopsychiatrie à Strasbourg. J'avais pris ce stage parce que je voulais justement que ça soit complémentaire avec ce que j'avais fait. », ». « Mais il m'avait l'air super bien et je n'y suis pas allée, mais voilà, parce que j'ai fait du Covid à la place. »*

### IV.C. Impact du stage



#### IV.C.1. Évolution de la pratique des internes

Durant les entretiens post-stage les IMG ont fait état de leur **progression en matière de santé de l'enfant**.

Tout d'abord, ces stages leur ont permis d'**étayer leur vision de la santé de l'enfant**.

*Sonia.*: « *Oui je pense que si tu m'avais posé la question avant le début du stage ou au tout début du stage, je n'aurais pas répondu tout ça. J'aurais peut-être répondu le développement psychomoteur et c'est tout. Mais au final, je vois que c'est vraiment, que c'est beaucoup plus*

*global et qu'il y a quand même plusieurs axes sur lesquels on peut s'engager sur la santé de l'enfant. »*

**Les relations avec les enfants et leurs parents sont devenues plus fluides** au fil du stage.

Tiffany.: *« Ouais je me sens vraiment à l'aise, que ce soit avec l'enfant ou avec les parents. Ça ne me pose pas de soucis ou d'appréhension particulière donc.... Je suis satisfaite de mon stage, ça c'est sûr. »*

Pauline.: *« Ça m'a vraiment en fait plutôt mise à l'aise avec la prise en charge d'un enfant »*

Certains stages ont permis d'apporter un **éclairage sur les pathologies chroniques de l'enfant**, d'autres de sensibiliser au **dépistage du mal-être chez les enfants**.

Charles.: *« Ça m'a peut-être permis de me rendre compte de beaucoup de choses que je n'avais pas encore vues. Mais dont je me doutais, notamment peut-être par rapport aux parents et à leurs inquiétudes et à leurs difficultés quotidiennes sur des maladies chroniques. »*

Sonia.: *« Mais je pense que c'est surtout oui ce côté protection un peu, oui protection de l'enfance, je pense que j'aurai plus cet œil attentif »*

Olympe.: *« Comme moi, j'étais dans un terrain de stage où ils venaient vraiment pour ça, pour parler de leur mal-être ou de leur harcèlement. Des choses qui sont hyper fréquentes. Euh... voilà donc c'est cet aspect-là que voilà grâce à mes 6 mois je penserai à évoquer dans une consultation qui ne donne pas forcément, qui n'est pas motivée par cette plainte-là. »*

#### IV.C.2. Un projet professionnel affiné

Ces stages sont l'occasion pour les internes de se positionner par rapport à la place qu'ils consacreront à la santé de l'enfant dans leur pratique future.

##### IV.C.2.a. La santé de l'enfant dans la pratique future

**À la fin de leur stage, les internes en majorité disent souhaiter suivre des enfants plus tard.**

Marc.: « *Franchement si je n'avais pas eu de stage en pédiatrie, je pense qu'en tant que médecin généraliste, je n'aurais pas été trop chaud pour voir des enfants. (Rires). Je peux carrément te dire ça. Il m'a apporté énormément de confiance, de confiance et d'expérience pratique dans le diagnostic. C'était vraiment super. »*

Diane.: « *Ça m'a conforté dans l'idée qu'on peut vraiment avoir une pratique de médecine générale où on suit des enfants. »*

Seule une des internes interrogées, n'a pas ressenti d'intérêt particulier pour le suivi des enfants malgré le stage.

Aline.: « *Ce n'est toujours pas ce que je préfère quoi, la pédiatrie, ça, ça n'a pas changé. Le stage ne m'a pas... »*

##### IV.C.2.b. Des pratiques différentes envisagées

En fin de stage les projets professionnels se dessinent davantage, enrichis d'une nouvelle expérience professionnelle.

**Certains sont confortés dans le choix de l'exercice de la médecine générale libérale.**

Sonia.: « *Ça m'a rassuré sur le côté que je ne voudrais pas travailler à l'hôpital, ça clairement. »*

Marc.: « *Je n'aime plus du tout l'hôpital. »*

Pour certains, à la condition de **travailler dans un regroupement de médecins.**

Sonia.: « *Clairement je veux une pratique libérale en cabinet, à plusieurs en association »*

Olympe.: « *Si je m'installe un jour ce ne sera jamais toute seule, parce que j'ai envie d'être avec d'autres et de pouvoir échanger sur la pratique de l'un ou de l'autre ou demander des conseils. Et je trouve que c'est hyper important. »*

**D'autres envisagent une pratique mixte**, en gardant un pied à l'hôpital en plus d'une activité libérale.

Olympe.: « *Ça m'a aussi fait comprendre que d'une manière ou d'une autre, que je voudrais garder un pied à l'hôpital aussi dans ma pratique. »*

Tiffany.: « *À voir, après pourquoi pas après des vacances aux urgences. »*

**Ils envisagent aussi des remplacements, dans un premier temps**, pour mieux définir leurs exigences professionnelles.

Tiffany.: « *Je pensais commencer par des remplacements pour voir quelles sont les zones qui me plaisent plus. »*

#### IV.C.2.c. Idées d'aménagement des conditions de travail

Le stage a été l'occasion d'envisager les aménagements nécessaires afin de pouvoir accueillir des enfants en cabinet de médecine générale, **notamment en aménageant le temps de consultation avec les enfants.**

Hortense.: « Augmenter le temps de créneau pour les enfants. Le créneau horaire. »

Tiffany.: « Voilà ça fait quand même beaucoup de choses donc 30 minutes je pense que c'est le temps que je consacrerai aussi à une consultation pour un nourrisson. »

Diane.: « Souvent les parents ils appellent, ils veulent un rendez-vous assez rapide, il faut avoir des plages disponibles, donc peut être organiser le cabinet de telle sorte que ce soit faisable. »

#### **Et en adaptant le mobilier à l'examen clinique des enfants tous âges confondus.**

Betty.: « Avoir la mallette pour faire les examens, ça c'est indispensable »

Hortense.: « Et investir dans des outils, ben, pèse bébé, toise, des trucs qui sont pratiques. Quelques jeux et surtout faire en sorte que le mobilier du cabinet ne soit pas un danger pour les enfants. »

#### IV.C.2.d. Réflexion autour d'un sujet de thèse

Le stage santé de l'enfant a été l'occasion pour certains d'envisager **un sujet de thèse**.

Betty.: « J'ai dit en fait à une des chefs avec qui ça se passait super bien. Ben écoute j'ai envie de travailler avec toi, sur un thème en pédiatrie, et voilà. »

#### IV.C.3. La volonté de continuer à se former

**Les IMG souhaitent continuer à se former à la santé de l'enfant**, notamment concernant **le suivi des nourrissons et les conseils de puériculture** (allaitement, diversification alimentaire).

Betty.: « *Les tous petits, petits, je n'en ai pas eu non plus, voilà j'avais du 2 mois, mais du 15 jours j'en ai eu qu'une fois par exemple. Donc je n'étais pas hyper à l'aise* »

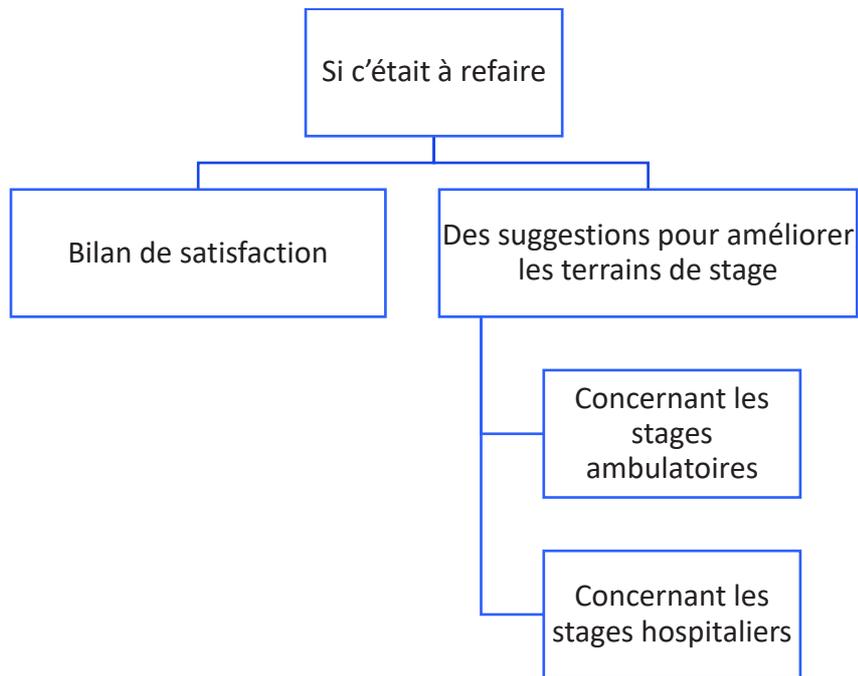
Iris.: « *C'était la diversification pour les enfants, où je ne sais jamais quand est-ce qu'il faut commencer, ou par quoi, comment ou combien ? Donc c'est vrai que c'est un truc qui est un peu..., maintenant ça va mieux, mais qui était un peu obscur pour moi.* »

Mais aussi concernant des thèmes précis, qu'ils souhaitent approfondir comme **le dépistage des troubles du développement ou encore l'asthme de l'enfant**.

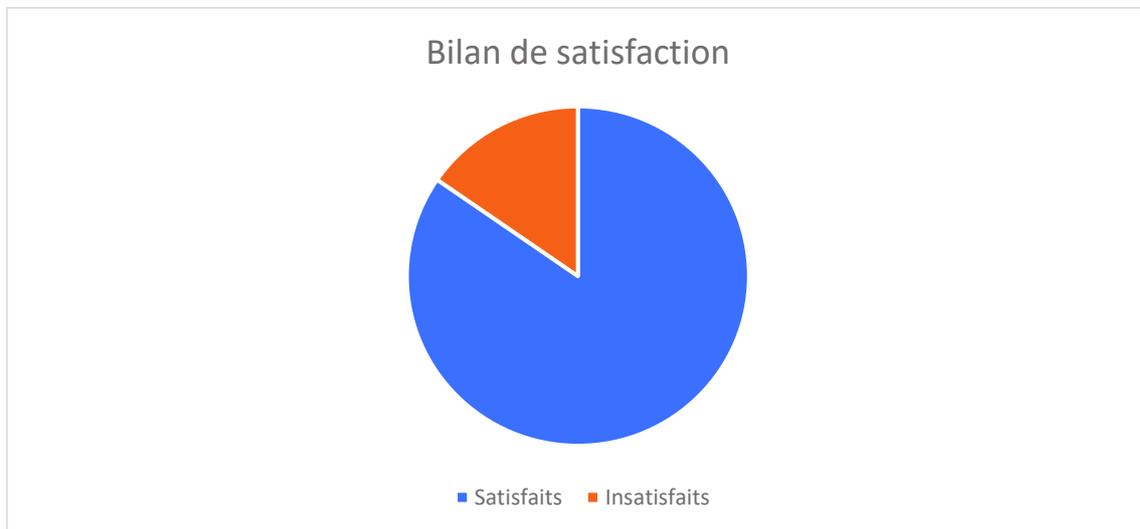
Betty.: « *Je n'ai pas eu éventuellement, de prise en charge où on adresse, où on a une communication avec un autre professionnel dans le domaine ou une structure adaptée. Enfin voilà, c'est peut-être ce qui manque aussi* ».

Hortense.: « *Un vrai cours sur l'asthme* », « *Mais introduire un traitement en médecine générale, ça j'aurais bien aimé.* »

#### IV.D. Si c'était à refaire



##### IV.D.1. Bilan de satisfaction



84,6% des internes interrogés en fin de stage sont satisfaits de leur stage.

Deux internes ne referaient pas le même parcours :

L'un choisirait un stage 100% hospitalier au lieu d'un stage mixte.

L'autre choisirait un stage 100% ambulatoire au lieu d'un stage 100% hospitalier.

## IV.D.2. Des suggestions pour améliorer les terrains de stage

### IV.D.2.a. Concernant les stages ambulatoires

Une fois leur stage achevé, les IMG ont des suggestions pour améliorer l'offre des stages santé de l'enfant en ambulatoire.

#### **En proposant plus de stages exclusivement ambulatoires.**

Zoé : « Peut-être que je ne suis pas la seule à vouloir faire que de l'ambulatoire et c'est vrai que quand j'avais regardé, il n'y en a quand même pas beaucoup qui sont proposés »

#### **En augmentant les stages chez des pédiatres libéraux.**

Betty : « Toujours le même problème, c'est bien l'ambulatoire, ça serait encore mieux si c'était je pense de la pédiatrie libérale »

#### **En enrichissant systématiquement les stages exclusivement ambulatoires par le CAMSP ou la PMI.**

Pauline : « Est-ce qu'il ne faudrait pas un troisième terrain de stage, je ne sais pas, en lien avec la pédiatrie ou, je ne sais pas. Après moi je suis allée visiter le CAMSP et j'ai trouvé ça très intéressant. »

Aline : « Augmenter les choix de poste en PMI. »

#### **En demandant la garantie de terrains de stage chez des médecins généralistes ayant une patientèle riche en suivis pédiatriques.**

Zoé : « Si on voit moins de je ne sais pas, 30 à 50% de pédiatrie, ce n'est pas un stage de pédiatrie, c'est un stage de médecine générale standard »

IV.D.2.b. Concernant les stages hospitaliers

Les IMG ont aussi des suggestions pour améliorer l'offre des stages hospitaliers.

**En proposant plus de stages exclusivement hospitaliers.**

Nadia : « *Moi j'aurais aimé, j'aurais aimé faire que de l'hospitalier, voilà, que de l'hospitalier, de l'enfant, que de l'hospitalier* »

**En ne conservant que des stages hospitaliers adaptés à la formation des médecins généralistes.**

Hortense : « *Il faut juste faire la part des choses dans quel stage en hospitalier on nous envoie* »

**En exigeant, des internes, en début de stage, l'élaboration d'objectifs de stage,** pour favoriser l'apprentissage et garantir un meilleur encadrement.

Diane : « *Un bilan pré-stage, quelles sont les attentes et un truc à la fin pour voir si ça a été* »

# DISCUSSION

## I. Rappel concernant la question de recherche

**Les nouveaux terrains de stage en santé de l'enfant correspondent-ils aux attentes des internes de médecine générale ?**

### Objectif principal

L'objectif principal était de définir les attentes des internes de médecine générale concernant les stages santé de l'enfant et d'évaluer si ces stages ont répondu à leurs attentes.

### Objectifs secondaires

Secondairement, le but de cette étude était d'impliquer les internes de médecine générale dans leur formation.

Définir s'il existe un avantage à passer une partie du stage en ambulatoire pour la formation de médecins généralistes et s'il existe un schéma de stage plus performant qu'un autre.

Et enfin, explorer l'impact du stage santé de l'enfant sur leur pratique et leur projet professionnel.

## II. Forces et limites de l'étude

### II.A. Les forces de l'études

#### II.A.1. La méthode qualitative

Le but de cette étude était de définir les attentes des internes de médecine générale concernant le stage santé de l'enfant, mais aussi de savoir si les différents terrains de stages avaient répondu à leurs attentes. Un article publié en 2011 dans EDP Sciences [\(17\)](#) fait état des méthodes de recherches qualitatives en pédagogie médicale et de ses difficultés d'adoption par la communauté médicale, en opposition aux méthodes de recherches quantitatives, plus traditionnelles, parfois par méconnaissance de ce type de recherches moins répandues dans le milieu de la recherche médicale. Cependant, « *Les chercheurs portent en effet un intérêt croissant aux questions de professionnalisation, de communication ou encore de collaboration interprofessionnelle. La complexité de ces sujets rend improbable et incertaine leur étude à l'aide des outils traditionnels de la recherche quantitative. Elle légitime ainsi pleinement la place des approches qualitatives dans le champ disciplinaire de l'éducation médicale* ». [\(17\)](#)

Ce constat appuie la pertinence du choix de la méthode qualitative pour cette étude, corroborée par la richesse des résultats obtenus. Cela permet un aperçu des différents points de vue des internes interrogés, d'en notifier les concordances mais aussi les divergences.

La première phase de cette étude permet de décrire la vision de la santé de l'enfant par les IMG et leurs attentes concernant les stages santé de l'enfant. **Cette première phase s'inscrit dans une démarche analytique descriptive qui s'apparente à l'analyse inductive généralisée.**

Puis la seconde phase, plus interprétative, permet de faire émerger le bilan de ces stages du point de vue des internes, ainsi que l'impact de ces formations sur leur pratique. **Cette seconde phase suit un processus analytique qui se rapproche de l'analyse interprétative phénoménologique**, qui permet d'« explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue » [\(16\)](#).

La combinaison de ces deux approches fait la singularité de cette étude et justifie au-delà des contraintes techniques, la combinaison d'entretiens collectifs et individuels. Cette spécificité explique également que **la saturation des données n'ait pas été utilisée comme un critère majeur pour déterminer la puissance de l'échantillon. En effet un tel paramètre ne permet pas de satisfaire l'objectif d'un recueil de témoignages variés, explorant les différents schémas de stage.**

#### II.A.2. La diversité des entretiens

En totalité, **20 internes ont été interrogés dans cette étude**, ce qui représente **16 heures d'entretiens**, avec une durée **moyenne de 55 minutes par entretien**. Il s'agit donc d'entretiens riches en données à analyser. Ils se sont déroulés dans une ambiance décontractée, autour d'une collation quand les circonstances le permettaient, sans rapport hiérarchique, puisqu'il s'agit d'entretiens entre internes avec pour seuls témoins la caméra et un enregistrement audio, facilitant peut-être la parole des internes.

Au départ, cette étude devait être constituée de focus groups. Mais devant la difficulté à recruter des internes d'une part et sur un même créneau horaire d'autre part, la réalisation d'entretiens individuels s'est imposée. La pandémie de COVID 19 a achevé de complexifier la réalisation de focus groups. Mais ce qui aurait pu être considéré comme un biais

méthodologique s'avère probablement un atout. **Car de l'analyse des entretiens individuels et des focus groups ressort une complémentarité des deux méthodes.**

En effet le focus group repose sur la dynamique de groupe, qui « *permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées.* »

[\(14\)](#). Mais ce type d'entretiens présente aussi des inconvénients quant à l'interaction entre les participants, entre l'émergence de « leader » et l'effacement de personnalités plus réservées. A contrario, « *L'entretien individuel permet de garantir la spontanéité et la liberté de réponse de l'interviewé, face au caractère parfois intimidant du focus group.* ». [\(18\)](#)

**Ainsi la contrainte a permis d'allier les qualités de l'entretien individuel à celles du focus group et constitue d'une certaine manière, une des forces de cette étude.**

### II.A.3. Les entretiens en deux temps

**Les internes ont été interrogés en deux temps, avant et après leur stage santé de l'enfant pour répondre à la question de recherche.** Ce procédé permet de définir leurs attentes dans un premier temps, puis de dresser le bilan de leur stage. Il permet aussi de noter l'évolution de leur vision de la santé de l'enfant, souvent étoffée par leurs stages. Puis forts de cette expérience, ils ont pu alors exprimer leur conception du stage idéal.

Ces entretiens en deux temps permettent de mesurer l'impact du stage santé de l'enfant sur leurs pratiques ainsi que sur leurs projets professionnels, ce qui constitue tout l'intérêt de cette étude puisqu'il s'agit des futurs garants de la santé.

## II.B. Les limites de l'études

### II.B.1. Des disparités entre les entretiens de début et de fin de stage

**Les entretiens sont plus courts en début de stage : environ 46 minutes contre 61 minutes en fin de stage.** Cette différence est imputable à la **découverte des entretiens d'étude qualitative** et au nombre **d'entretiens individuels plus important dans la deuxième série d'entretien.** Effectivement, le recrutement des internes dès le départ a été difficile, nécessitant plusieurs invitations par mail, secondairement appuyées par le Docteur Claire Breitwiller-Dumas auprès des maîtres de stage pour inciter leurs internes à participer aux focus groups.

La pandémie de COVID 19, a par la suite, entravé le recrutement et le déroulé des entretiens de fin de stage, alors menés via l'application Skype pour respecter les gestes barrières. **L'organisation et la qualité des focus groups a été plus complexe, ce qui explique la prédominance des entretiens individuels en fin de stage.**

### II.B.2. Les stages mixtes surreprésentés

Malgré la volonté de panacher l'échantillon des internes interrogés pour explorer la diversité des stages proposés, **80% des internes interrogés réalisaient un stage mixte. Ce qui s'explique par la proportion des stages mixtes proposés en 2019 qui était de 84%**, mais aussi car nous avons recueilli les témoignages des internes volontaires, malgré des invitations répétées auprès d'internes inscrits dans d'autres terrains de stage.

### II.B.3. Internes ayant répondu à l'invitation, internes les plus impliqués

**De manière générale, le recrutement des internes a été compliqué, avec peu de réponses spontanées aux invitations répétées.** Il aura fallu solliciter l'aide des maîtres de stage en ambulatoire pour inciter les internes à participer à l'étude et celle d'un chef de service de pédiatrie pour constituer un focus group. De ce fait, il est possible que les internes ayant répondu favorablement à l'invitation, aient une motivation particulière concernant la santé de l'enfant et/ou soient plus engagés pour faire évoluer leur formation de médecins généralistes.

**Dans le souci de représenter et la diversité des stages proposés et la population des internes en médecine générale, des relances ont été effectuées spécifiquement pour tenter d'obtenir le témoignage d'internes hommes, d'internes en stage chez un pédiatre ou encore en stage exclusivement hospitalier.** Malgré les invitations répétées, les entretiens réalisés ont été le fruit du volontariat, ce qui explique que certains terrains de stage n'ont pas pu être explorés et la faible proportion d'internes de sexe masculin interviewés. Il est à considérer **qu'au choix des ECNi de 2017, les femmes représentaient 62,1% des internes ayant choisi la spécialité médecine générale** [\(19\)](#).

Cependant ce propos est à pondérer par le fait que, les internes interrogés lors du focus group constitué de 8 internes et organisé en intra-hospitalier, ne se sont pas portés volontaires spontanément pour participer à l'étude. Mais lors d'une rencontre organisée sur leur terrain de stage, ils se sont laissé tenter d'y participer.

**Par ailleurs il est important de notifier qu'un des internes du premier focus group, qui était en stage exclusivement hospitalier, s'est vu invalider son stage et n'en a effectué que 4 mois. Ce qui rend son témoignage difficile à interpréter et constitue un biais concernant la représentation des stages exclusivement hospitaliers en santé de l'enfant dans ce travail.**

#### II.B.4. L'épidémie de coronavirus

**Il est impossible de ne pas prendre en considération l'impact de la COVID 19 sur la qualité des stages santé de l'enfant.** En effet cette pandémie a ralenti l'activité médicale liée à la santé de l'enfant que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier, avec parfois des internes mis à l'arrêt ou engagés dans des services liés aux soins des patients atteints du coronavirus.

**Cette pandémie aura également marqué le déroulement de ce travail,** puisque dans le souci de respecter les mesures barrières, la deuxième série d'entretiens s'est déroulée à distance via l'application Skype, ce qui a pu dénaturer la spontanéité des interactions, notamment compte tenu des aléas de la connexion internet ayant pu entraîner des interruptions durant les entretiens. Cependant, cette application constituait un support technique d'enregistrement des entretiens plutôt satisfaisant et de bonne qualité, simplifiant la prise de son et d'image centrée sur chaque intervenant.

#### II.B.5. Codage des entretiens et variation de l'échantillon

**Les entretiens ont été codés à l'aide du logiciel Microsoft Word, en regroupant les verbatims, selon des thèmes et sous-thèmes, identifiés par leur récurrence ou similitude à travers les différents entretiens, puis classés dans des catégories conceptuelles permettant d'expliquer le vécu des internes.** Ce classement des verbatims a été appuyé par la **triangulation des données**, sans ignorer certains verbatims percutants qui ne rentraient pas toujours dans une case mais dont la pertinence leur a valu d'être mis en avant pour illustrer la diversité des points de vue.

Car l'objectif dans cette étude était de refléter la diversité d'opinions des internes en faisant varier l'échantillon des stages. De ce fait, la saturation des données n'était pas retenue dans cette étude comme critère de scientificité. Par contre, le fait d'obtenir un panachage de témoignages dans les différents terrains de stage proposés constituait un critère important dans la réalisation des entretiens. Pour obtenir un échantillon plus diversifié, il faudrait envisager une étude similaire proposant systématiquement aux internes lors du choix de stage un rendez-vous pour un entretien ou un focus group afin de les inciter à adhérer au projet, ou alors de se déplacer systématiquement dans les terrains de stages hospitaliers pour faciliter l'organisation de focus group.

### **III. Bilan et réflexions autour des résultats**

#### **III.A. Rappel sur l'enseignement de la santé de l'enfant dans la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle**

La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle est entrée en vigueur pour la rentrée universitaire 2017. **Ce travail permet de faire un premier bilan, trois années universitaires plus tard et de juger de la pertinence des terrains de stages dans la formation des futurs médecins généralistes en Alsace.** En effet l'académie de Strasbourg propose plusieurs schémas de stages :

- Les stages exclusivement ambulatoires
- Les stages exclusivement hospitaliers
- Les stages mixtes ambulatoire et hospitalier

Durant l'année universitaire 2019-2020, les stages mixtes représentaient 84% des stages proposés.

#### **III.B. Le bilan**

**Les internes interviewés sont attentifs à leur choix de stage,** ils suivent l'avis de leurs prédécesseurs et tentent de concilier au mieux leur projet de formation, leur vie personnelle et les stages disponibles selon leur classement.

**Ce qu'ils attendent particulièrement de ce stage, c'est qu'il soit avant tout centré sur la santé de l'enfant,** pour apprendre à maîtriser l'examen de l'enfant à tout âge, en établissant une relation de confiance avec l'enfant et ses parents.

**Ils reprochent parfois à certains stages ambulatoires** en cabinet de médecine générale d'avoir **un pourcentage d'enfants trop faible** dans leur patientèle pour se former à la santé de l'enfant. Ce que les stages hospitaliers en pédiatrie générale ou aux urgences leur assurent du fait du turn-over hospitalier et de la spécialité. **Ils reprochent aux autres terrains de stages hospitaliers d'être trop spécialisés** et de ne pas répondre aux objectifs de formation des médecins généralistes. Ces problématiques apparaissaient redoutées durant les entretiens de début de stage et ont été confirmées pour certaines dans les entretiens de fin de stage.

**Ce que les stages ambulatoires leur apportent**, c'est l'apprentissage de leur futur métier, la relation privilégiée du médecin de famille avec l'enfant et ses parents, les missions de dépistage et de prévention. Mais aussi la découverte des structures comme la PMI, le CAMSP, la maison des adolescents, qui sont des partenaires de travail de la médecine de ville permettant une approche pluridisciplinaire et des interactions interprofessionnelles. Le stage ambulatoire c'est aussi la découverte des questions de puériculture, avec des notions que l'on n'apprend pas dans les livres.

**Ce que les stages hospitaliers leur apportent**, c'est un apprentissage exclusivement centré sur la pédiatrie, permettant l'acquisition de compétences rapides et nombreuses par la répétition et l'expertise des spécialistes pédiatres, ainsi qu'un apprentissage des critères d'urgence et du travail en équipe.

Mais les internes reconnaissent des **qualités communes aux stages ambulatoires et hospitaliers**, puisque l'un comme l'autre font preuve de **pédagogie**, rendent **l'examen**

**clinique de l'enfant systématique** et permettent aux internes de **gagner en autonomie et en aisance** avec les enfants et leurs parents.

**De manière générale quel que soit le terrain de stage effectué, ils en ressortent avec une vision de la santé de l'enfant étoffée.**

**Les stages mixtes semblent faire consensus et sont plébiscités par les internes**, tout en gardant à l'esprit qu'ils représentent 80% des stages de l'étude. Ce qui semble plaire dans l'association des 3 mois de stage hospitaliers et des 3 mois de stage ambulatoires est la **découverte de deux pratiques et les multiples façons d'aborder la santé de l'enfant**, afin de garantir un socle de connaissances le plus complet possible.

**Ainsi, la majorité des internes interviewés semblent être satisfaits de leurs stages, même s'ils leurs trouvent des imperfections.** En effet, ils ne sont que 2 internes sur les 13 interrogés en fin de stage à dire qu'ils ne feraient pas de nouveau le même choix si c'était à refaire. Ils se disent majoritairement prêts à suivre des enfants dans leur patientèle, à l'exception d'une interne pour qui la pédiatrie n'est pas son domaine de prédilection.

**Ces résultats peuvent être pondérés par la difficulté d'être critique vis-à-vis de ce que l'on a choisi et de ce qui construit nos compétences.** Il peut être douloureux d'admettre que la formation reçue a été insuffisante, car cela reviendrait à en admettre les lacunes.

**Cependant, cette démarche est nécessaire et s'inscrit dans l'apprentissage par réflexivité qui doit constituer une des bases de l'apprentissage des internes.** En effet selon le CNGE « *la construction des compétences professionnelles est issue d'un travail réflexif à partir de problématisations émanant des mises en situation authentique* ». [\(20\)](#)

Dresser le bilan des compétences en fait partie afin de visualiser les compétences acquises et celles en devenir. Pour cela, depuis décembre 2020, le département de médecine générale (DMG) a mis à disposition des MSU une grille d'évaluation spécifique de l'interne pour le stage santé de l'enfant qui détaille les compétences à travailler durant ce stage ([Annexe 5](#)). Cet outil peut être utilisé par le MSU et l'interne comme un guide pédagogique, permettant d'évaluer la progression de l'interne durant le stage.

### **III.C. Entre supervision directe et indirecte**

La qualité des stages est étroitement liée à la qualité de l'accompagnement pédagogique. Ce que les internes souhaitent, c'est un équilibre entre une supervision directe au départ, laissant place progressivement à une supervision indirecte.

En effet **une première phase d'observation est plébiscitée**, c'est l'apprentissage par mimétisme, selon **le modèle de rôle**. « *Un modèle de rôle en médecine est un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des externes et des résidents avec qui il est en contact.* » ([22](#)).

Cet article de *Pédagogie Médicale* datant de 2005 vient corroborer l'idée que « *Pour que les étudiants développent progressivement leur propre personnalité de praticien, ils doivent être exposés et doivent se confronter à de multiples modèles d'exercice* » ([22](#)).

Cependant, ce modèle ne laisse pas de place à **l'apprentissage par réflexivité qui constitue actuellement la base de l'enseignement médical** et qui vise à autonomiser l'interne dans son apprentissage ([23](#)).

Les internes en sont d'ailleurs conscients car lorsqu'ils arrivent progressivement au bout de ce que peut leur apporter la supervision directe (observation et réassurance), ils ressentent le besoin de se confronter eux-mêmes au problème médical en consultant seul. **Lors de cette seconde phase d'apprentissage, c'est la supervision indirecte qu'ils plébiscitent, qui leur permet de confirmer les apprentissages théoriques et observationnels tout en s'appropriant leur propre pratique.**

Pour cela plusieurs conditions doivent être réunies :

- Une bonne communication entre le maître de stage et l'interne
- La définition d'objectifs de stage
- Une relation de confiance entre le maître de stage et l'interne
- Des locaux compatibles avec une supervision indirecte
- Un temps d'échange avec le maître de stage pour chaque patient supervisé indirectement

**Ces exigences en termes d'enseignement présupposent aussi un accompagnement des MSU.** En effet, l'enseignement est un art qui s'apprend. En Alsace et en ambulatoire les MSU sont recrutés sur la base du volontariat par le Département de Médecine Générale et agréés par l'Agence Régionale de Santé [\(24\)](#). Pour obtenir l'agrément, ils doivent également suivre une formation organisée par le CNGE [\(25\)](#). Concernant les stages santé de l'enfant, ils s'engagent à ce que 25% de leurs consultations concernent des enfants de 0 à 16 ans.

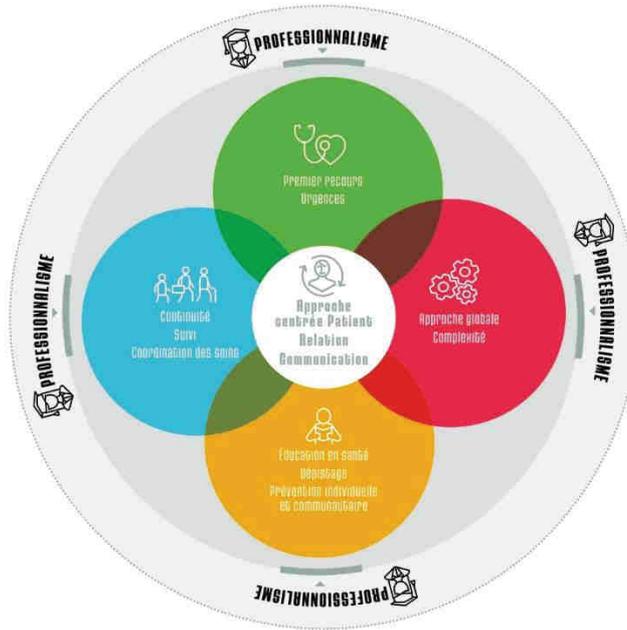
**Pour les MSU en hospitalier ou en ambulatoire, la grille d'évaluation de stage de l'interne éditée récemment par le DMG ([Annexe 5](#)), peut être utilisée comme un guide pédagogique pour accompagner les internes dans leurs apprentissages.**

### III.D. Le suivi des enfants en médecine générale

Dès les entretiens de début de stage, les internes identifient les enjeux concernant le suivi des enfants en médecine générale.

- **Une première phase, de la naissance à l'adolescence,** est celle où se crée une **relation triangulaire entre le médecin, les parents et l'enfant**. Cela implique de créer une relation de confiance avec les parents pour leur transmettre les messages importants, mais aussi avec l'enfant pour qu'il se sente à l'aise durant l'examen et puisse progressivement s'exprimer, ce qui fait la richesse du suivi pédiatrique mais aussi sa difficulté.
- **Une deuxième phase, de l'adolescence à l'âge adulte,** est une période délicate où la communication avec l'adolescent est parfois difficile à établir, alors que des enjeux de préventions sont essentiels, notamment concernant le dépistage du mal-être (harcèlement scolaire, prévention du suicide) et des conduites à risque. Le défi est aussi de consolider la relation avec l'adolescent pour éviter une rupture de suivi, dans cette période d'opposition à l'autorité, en lui assurant un espace de consultation propre à lui, indépendamment de ses parents.
- **Une phase transversale concerne la maîtrise de l'examen clinique, le dépistage et le suivi des pathologies chroniques et aiguës à travers les âges.**

Ces enjeux constituent les objectifs d'apprentissage des internes, qui font écho aux objectifs de compétences en médecine générale définies par le CNGE dans **la marguerite des compétences** [\(26\)](#) :



Cette marguerite des compétences comporte 6 compétences génériques transversales détaillées dans un article publié dans la revue *Exercer* de 2013 [\(27\)](#) par un groupe national d'experts.

Il est possible d'élaborer un tableau récapitulant les compétences travaillées dans les terrains de stages ambulatoires et hospitaliers selon les résultats des entretiens de fin de stage :

	Stages ambulatoires	Stages hospitaliers
<b>Compétence premier recours, urgences</b>	+	++
<b>Compétence approche globale, prise en compte de la complexité</b>	+	+
<b>Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire</b>	++	+/-
<b>Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient</b>	++	+
<b>Compétence relation, communication, approche centrée patient</b>	+	+
<b>Compétence professionnalisme</b>	+	+

Le terrain de stage en cabinet de ville remplit les 6 champs de compétences, avec un avantage concernant le suivi au long cours des patients, les stages hospitaliers n'ayant pas la possibilité d'offrir un tel suivi. À l'inverse, ils sont décrits comme beaucoup plus formateurs concernant le repérage des signes d'urgence par rapport aux stages ambulatoires.

**Ce qui confirme encore une fois le consensus autour des stages mixtes qui permettent d'allier les qualités des deux terrains de stages et de garantir une formation complète et variée.**

### **III.E. Le rôle central du médecin généraliste auprès des enfants renforcé par la crise sanitaire**

La pandémie de coronavirus, comme toute crise, a révélé à plusieurs niveaux l'importance du suivi de la santé des enfants et du rôle prépondérant du médecin généraliste en ces temps troublés et ses conséquences à venir. L'étude CONFÉADO [\(28\)](#) menée par Santé Publique France montre une détresse psychologique plus marquée chez les adolescents, un mal-être modulé par les fractures sociales, la sédentarité et l'exposition croissante aux écrans et aux réseaux sociaux. D'autre part, le compte rendu du conseil scientifique du 11 mars 2021 [\(29\)](#) fait état d'une augmentation des syndromes anxiodépressifs chez les moins de 15 ans, entraînant une saturation des services de pédopsychiatrie, mais aussi d'une augmentation des violences intra-familiales, ainsi qu'une hausse des consultations pour retard de langage en raison du port du masque des professionnels. Le médecin généraliste est confronté quotidiennement à ces problématiques médico-psycho-sociales. Son rôle dans les années à venir n'en sera que plus important pour réparer les préjudices portés aux plus vulnérables durant cette crise sanitaire, dont les enfants.

**Le médecin généraliste est un des premiers interlocuteurs concernant la santé de l'enfant et possède plus que jamais un rôle central dans la coordination de leurs soins** puisque « *huit enfants sur dix voient uniquement un généraliste* » selon MG France [\(30\)](#).

### **III.F. La médecine générale en pleine évolution**

Les internes confirment la complémentarité des formations ambulatoires et hospitalières dans les stages mixtes. Ils leur confèrent davantage de compétences et d'aisance dans la prise en charge des enfants en ambulatoire. Ce qui rejoint les résultats d'une étude observationnelle transversale multicentrique parue dans *Exercer* en 2017 [\(31\)](#) dans laquelle « *la grande majorité des internes estimait que le stage en pôle femme-enfant est nécessaire dans la maquette du DES idéal et souhaitait l'inclure à la formation ambulatoire* ».

**La réforme du DES de médecine générale tend à répondre aux nouveaux besoins de formation concernant la santé de l'enfant, favorisant ainsi le travail interprofessionnel, en augmentant la part de stages ambulatoires** comme la PMI, les CAMSP et la maison des adolescents.

**L'interprofessionnalité** est une des clés de la coordination des soins [\(32\)](#) qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière. Elle est évidente et à portée de main en hospitalier, contrairement à l'ambulatoire où elle doit se construire et s'établir en réseau, ce qui fait d'un passage en ambulatoire un atout pour des médecins généralistes qui se destinent à une pratique libérale.

Aussi, un terrain de stage ambulatoire devrait-il être systématique pour en appréhender le fonctionnement ? **Faudrait-il ne proposer que des stages mixtes ?**

Cependant, les internes apprécient la possibilité de choisir leur stage en fonction de leur projet professionnel et de leurs contraintes personnelles, comme en attestent les résultats d'une thèse réalisée en 2019 sur le vécu de la réforme par les IMG, « *il ne semble pas exister de consensus sur une maquette « idéale », avec des ressentis et des besoins divers en matière de formation pratique selon les participants* » [\(33\)](#). **Ainsi, garder une diversité dans les stages proposés, c'est maintenir une liberté de choix dans une maquette déjà très encadrée.**

En revanche, une enquête nationale de l'ISNAR sur la formation des internes de médecine générale relève à juste titre que « *se former ensemble doit être la première étape de travailler ensemble* » [\(32\)](#) et suggère des enseignements théoriques interprofessionnels pour normaliser et fluidifier ce travail en réseau.

### **III.G. La volonté de continuer à se former**

**Les internes émettent l'envie de continuer leur formation au sujet de la santé de l'enfant,** qu'ils semblent souvent vouloir inclure dans leur pratique future, en cohérence avec les besoins sociétaux. Les sujets pour lesquels les internes souhaitent compléter leur formation sont principalement **les soins de puériculture, puis les pathologies respiratoires de l'enfant et l'examen du nourrisson.**

Pour cela, les internes auront éventuellement l'opportunité d'affiner leurs connaissances pendant leur SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), ou pour ceux qui le souhaitent, avec le diplôme inter-universitaire santé de l'enfant [\(34\)](#) et enfin grâce à la formation continue. Mais concernant les questions de puériculture, ce sont souvent des notions apprises par l'expérience ou durant les stages réalisés en ambulatoire, que ce soit chez le praticien ou en PMI, ce qui vient corroborer l'intérêt de multiplier les terrains de stage

en santé de l'enfant afin de diversifier les apprentissages auprès des différents professionnels de santé liés à l'enfance, aussi bien sur le plan médical que social.

On peut se demander, si la formation théorique actuelle des médecins généralistes, constitue un bagage suffisant concernant la santé de l'enfant ou si elle doit être enrichie ? **Il pourrait être envisagé d'apporter un complément de formation sur ces questions de puériculture durant l'internat de médecine générale.**

### **III.H. La recherche d'une relation de qualité avec les enfants**

Les internes interrogés semblent très sensibles à la qualité relationnelle que ce soit avec les enfants, comme avec leurs parents. **Le bien-être de l'enfant est une thématique remarquée.** Il se dégage de leurs témoignages une maturité dans l'approche relationnelle aux patients, renforcée après leur stage.

Concernant la relation avec les enfants, une thèse de médecine générale a été réalisée en 2018 sur la « considération de la peur chez l'enfant en consultation : pour une optimisation de la qualité de soin » [\(35\)](#). Dans celle-ci, l'intérêt porté au ressenti de l'enfant constituait une démarche d'amélioration dans la qualité de soin. Il y était suggéré de renforcer la formation des internes en termes de communication et d'interaction avec les enfants. Les résultats de ce travail entrent en résonance avec le témoignage des internes pour lesquels **la qualité de la relation avec l'enfant est une préoccupation importante et constitue un objectif de formation vis-à-vis de ces stages.**

## CONCLUSION

La santé de l'enfant est un enjeu majeur, dont les médecins généralistes sont des partenaires incontournables, avec une demande croissante. En 2017, la maquette du DES de médecine générale a été modifiée pour offrir une meilleure formation aux internes concernant la santé de l'enfant. L'ancien stage de pédiatrie, majoritairement hospitalier, est devenu le stage « santé de l'enfant », allongé de 3 à 6 mois, avec une offre de stages ambulatoires étoffée. Dans l'académie de Strasbourg, le Département de Médecine Générale propose depuis 2018 à tous les étudiants un semestre de stage "santé de l'enfant", selon une formule mixte (3 mois hospitaliers/3 mois ambulatoires) pour 80% des terrains de stages, mais aussi des terrains complètement hospitaliers ou ambulatoires pour les 20% restants.

Naturellement s'est posée la question de savoir si les nouveaux terrains de stage « santé de l'enfant » correspondaient aux attentes des internes de médecine générale, en commençant par les définir.

Le choix de la méthode qualitative était adapté pour explorer dans un premier temps les connaissances des internes, leurs attentes, leurs objectifs, puis leurs avis et leurs ressentis concernant les stages, tout en leur laissant la possibilité de développer et nuancer leurs propos.

L'analyse des entretiens montre que les internes attendaient du stage qu'il tienne la promesse de son intitulé, en étant centré sur la santé de l'enfant afin d'acquérir une pratique sereine auprès des enfants et de leurs parents : À savoir : maîtriser l'examen clinique à travers les

âges, savoir dépister, prévenir et traiter, mais aussi savoir instaurer une relation de confiance avec les enfants et leurs parents.

Pour atteindre cet objectif, ils espéraient trouver une relation de qualité avec leurs maîtres de stage, propice à la transmission de savoir et les menant progressivement à l'autonomie. Pour satisfaire cette attente concernant l'encadrement pédagogique, il existe des formations pédagogiques régulières obligatoires pour obtenir l'agrément de maître de stage des universités et des outils pédagogiques sont désormais mis à disposition par le DMG.

Lors des entretiens de fin de stage, les internes se disaient très majoritairement satisfaits de leur stage. De manière générale, ces stages leur ont permis d'étoffer leur définition de la santé de l'enfant, d'aborder une consultation de l'enfant avec plus de sérénité, notamment en améliorant leur examen clinique et leur capacité relationnelle avec les enfants et leurs parents, mais aussi de préciser leur projet professionnel. Toutefois certains regrettaient d'une part que certains stages de médecine de ville aient une patientèle pédiatrique trop faible pour se former à la santé de l'enfant, et d'autre part que certains stages hospitaliers soient trop spécialisés pour être adaptés aux besoins de formation des médecins généralistes, mais aussi que ce soient des stages hospitaliers ou ambulatoires, ils regrettaient une supervision parfois insuffisante.

Cela contribue probablement au consensus concernant les stages mixtes, qui augmentent les chances d'avoir une formation complète, variée et interprofessionnelle. En effet ces stages permettent d'allier la formation hospitalière purement pédiatrique, un grand flux de patients, et une confrontation aux situations d'urgences fréquentes, avec la formation ambulatoire, assurant l'apprentissage du futur métier de médecin généraliste, permettant d'affirmer sa

propre pratique, d'explorer le rôle du médecin de famille et de découvrir des structures partenaires telles que le CAMSP et la PMI, sans oublier l'initiation au travail conjoint entre l'ambulatoire et l'hospitalier dans cette formule mixte.

Ces résultats peuvent être pondérés par le fait que les stages mixtes sont majoritaires dans cet échantillon, comme aux choix de stage. Une étude complémentaire permettrait d'explorer davantage les autres schémas de stage, complètement hospitaliers ou complètement ambulatoires y compris chez les pédiatres libéraux.

Ce travail montre que la médecine générale évolue, avec des médecins généralistes amenés à assurer de plus en plus le suivi des enfants dès les premiers jours de vie. La réforme du DES de médecine générale tend à répondre aux nouveaux besoins de formation des futurs médecins généralistes en matière de santé de l'enfant. Dans cette étude, la majorité des internes interrogés projetaient de suivre des enfants avant même de réaliser ce stage ou secondairement confortés par leur expérience de stage. Ce qui est de bon augure pour l'avenir.

VU

Strasbourg, le 11/07/2021

Le président du jury de thèse

Professeure Sylvie ROSSIGNOL

VU et approuvé

Strasbourg, le

05 JUIL 2021

Administrateur provisoire de la Faculté de  
Médecine, Malentique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



# ANNEXES

## Annexe 1 : Calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent



**l'Assurance  
Maladie**

AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN

### CALENDRIER DES 20 EXAMENS DE SUIVI MÉDICAL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

De la naissance à 16 ans, chaque enfant  
bénéficie de 20 examens de santé.

1	Dans les <b>8</b> jours suivant la naissance*
2	Au cours de la <b>2<sup>e</sup></b> semaine
3	Avant la fin du <b>1<sup>er</sup></b> mois
4	<b>1</b> mois
5	<b>2</b> mois
6	<b>3</b> mois
7	<b>4</b> mois
8	<b>5</b> mois
9	<b>8</b> mois*
10	<b>11</b> mois
11	<b>12</b> mois
12	Entre <b>16 et 18</b> mois
13	Entre <b>23 et 24</b> mois*
14	<b>2</b> ans
15	<b>3</b> ans
16	<b>4</b> ans
17	<b>5</b> ans
18	Entre <b>8 et 9</b> ans
19	Entre <b>11 et 13</b> ans
20	Entre <b>15 et 16</b> ans

\*Consultation donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé obligatoire



## Annexe 2 : Fiche d'information et de non-opposition à la participation de l'étude

### **FICHE D'INFORMATION ET DE NON-OPPOSITION A LA PARTICIPATION**

#### 1) Présentation du cadre de la recherche

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de thèse en médecine générale de Sarah EIVAZ-KHANI, dirigée par Docteur Claire DUMAS, MCA au DMG de Strasbourg.

#### 2) Nature de l'étude

La thèse s'intitule : Évaluation des nouveaux terrains de stage "Santé de l'enfant" par les internes de médecine générale d'Alsace.

#### 3) Objectif de l'étude

L'objectif est d'évaluer le bien-fondé de la composition actuelle des stages en santé de l'enfant. Définir les attentes et les objectifs des internes de médecine générale d'Alsace vis à vis de ces nouveaux terrains de stage.

#### 4) Déroulement de l'étude

L'étude sera réalisée au 31 rue de Zurich à Strasbourg. Les participants sont sélectionnés sur la base du volontariat, après avoir choisi le stage santé de l'enfant pour leur prochain semestre d'internat, ils seront invités par mail à participer à des focus groupes autour des terrains de stage santé de l'enfant.

Chaque participant répondra à un questionnaire.

#### 5) Participation volontaire et droit de retrait

La participation à cette recherche est volontaire. Il est possible de se retirer de cette recherche à tout moment. Cela n'aura aucun impact sur la prise en charge et le suivi habituel des personnes.

#### 6) Confidentialité et gestion des données

Dans les travaux produits à partir de cette recherche, les données seront anonymisées. Seuls des résultats agrégés seront présentés.

#### 7) Communication

Vous avez le droit, au cours ou à l'issue de la recherche, d'avoir une communication des informations concernant votre santé.

Par ailleurs, les résultats de cette étude seront disponibles après la soutenance de la thèse, à la bibliothèque de médecine de la faculté de Médecine de Strasbourg, dans le courant de l'année 2021.

#### 8) Protection des données personnelles :

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Sarah EIVAZ-KHANI sur l'espace de stockage Seafile de l'Unistra, jusqu'à la soutenance de la thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.1.e du RGPD). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à : [sarah.eivazkhani@gmail.com](mailto:sarah.eivazkhani@gmail.com)

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : [dpo@unistra.fr](mailto:dpo@unistra.fr)

**Annexe 3 : Questionnaire de début de stage**

- 1. Présentation du projet**
- 2. Tour de table**
- 3. Quelle est votre expérience en santé de l'enfant ?**
- 4. Quelle est votre définition de la santé de l'enfant ?**
- 5. Qu'attendez-vous du stage en santé de l'enfant ?**
- 6. Qu'attendez-vous particulièrement des stages hospitaliers ?**
- 7. Qu'attendez-vous particulièrement des stages en ambulatoire ?**
- 8. Selon vous, quel sera l'impact d'un stage ambulatoire en santé de l'enfant sur votre pratique de la médecine générale libérale ?**
- 9. Vous ne m'avez pas parlé du carnet de santé, que représente-t-il pour vous ? quels sont vos connaissances le concernant ?**
- 10. Avez-vous des inquiétudes vis-à-vis de ce stage ?**
- 11. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

**Annexe 4 : Questionnaire de fin de stage**

1. **Quelle est votre définition de la santé de l'enfant après votre stage ?**
2. **Qu'avez-vous pensé de votre stage ambulatoire ?**
3. **Qu'avez-vous pensé de votre stage hospitalier ?**
4. **Que pensez-vous de l'association stage ambulatoire et hospitalier ?**
5. **Ces stages ont-ils soulevé des interrogations ? Lesquelles ?**
6. **A présent comment appréhendez-vous votre pratique de la santé de l'enfant ?**
7. **Votre rapport avec les enfants/parents a-t-il évolué ?**
8. **De quelle manière le stage ambulatoire va influencer sur votre pratique future en cabinet ?**
9. **Referiez-vous le même choix de stage actuellement ?**
10. **Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

## Annexe 5 : Évaluation de l'interne en stage santé de l'enfant

### Évaluation de l'interne en stage santé de l'enfant

**Interne**  
 NOM :  
 Prénom :  
 Semestre en cours :

**Évaluateur**  
 NOM :  
 Prénom :  
 Étudiant/Tuteur/MSU/Référent hosp.

Date : --/--/-----  
 Signature (+ cachet si MSU/Réf hospitalier)

L'interne, concernant l'activité professionnelle ci-dessous,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage effectuer l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
<b>Effectuer les examens systématiques du nourrisson</b>						
Examen des 15 jours – 1 mois						
Examen du 9ème mois						
Examen du 24ème mois						

L'interne, concernant l'activité professionnelle ci-dessous,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage effectuer l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Faire le suivi du nourrisson et de l'enfant dans les consultations systématiques en s'assurant du développement global, de la prévention vaccinale et du dépistage individuel des troubles sensoriels et psycho comportementaux.						
Discuter avec les parents concernant l'alimentation de leur nourrisson						
Effectuer des consultations dédiées au suivi du nourrisson et de l'enfant						
Réalise les vaccinations selon le calendrier vaccinal (dont les éventuels rattrapages nécessaires)						
Réaliser les dépistages adaptés aux différents âges						
Réaliser les dépistages visuels selon les items du carnet de santé						
Réaliser les dépistages auditifs selon les items du carnet de santé						
Réaliser les dépistages des troubles du langage selon les items du carnet de santé						
Réaliser les dépistages des troubles du spectre autistique selon les items du carnet de santé						

L'interne, concernant l'activité professionnelle ci-dessous,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage effectuer l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Repérer les urgences réelles ou ressenties et adopter une attitude adaptée						
Prendre en charge une fièvre chez le nourrisson						
Prendre en charge une toux chez le nourrisson						
Prendre en charge des difficultés respiratoires chez le nourrisson						
Prendre en charge une diarrhée chez le nourrisson						
Prévenir et dépister les situations à risque de maltraitance						
Prendre en charge les situations de maltraitance						
Accompagner les parents inquiets des troubles de leur nourrisson et développer une conduite adaptée devant les pathologies les plus fréquentes du nourrisson et de l'enfant						
Accompagner les parents en cas de pathologies bénignes nourrisson						
Prendre en charge les plaintes liées aux pleurs inexplicables et autres symptômes répétitifs						

L'interne, concernant l'activité professionnelle ci-dessous,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage effectuer l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
<b>Développer une attitude d'éducation et de prévention</b>						
Préciser aux parents la conduite à tenir en cas de fièvre, de rhinite et de diarrhées						
Informers sur les situations nécessitant de revoir l'enfant et proposer une réévaluation adaptée au contexte (téléphone ou consultation)						
Réaliser la facturation des consultations selon les spécificités de prise en charge						
Conseiller les parents sur les risques d'accidents domestiques						
Conseiller les parents sur les risques liés à l'utilisation des écrans						
<b>Suivre le développement de l'enfant et de l'adolescent</b>						
Repérer une obésité de l'enfant et proposer une prise en charge						
Repérer un trouble de la croissance et proposer une prise en charge						
Repérer un trouble du développement pubertaire et proposer une prise en charge						

L'interne, concernant l'activité professionnelle ci-dessous,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage effectuer l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Repérer un trouble de la statique et proposer une prise en charge						
Assurer la coordination des soins en cas de maladie chronique ou handicap						
<b>Accueillir et suivre un adolescent</b>						
Adopter une approche globale de l'adolescent au-delà du motif initial de consultation						
Tenir compte de la présence du tiers accompagnant						
Appliquer les règles de confidentialité spécifique à la consultation avec un adolescent						
<b>Adopter une attitude d'éducation et de prévention chez l'adolescent</b>						
Offrir un espace de dialogue aux questions de sexualité, d'identité et de normalité						
Mettre en œuvre une prévention des IST et des grossesses non désirées						

L'interne, concernant l'activité professionnelle ci-dessous,	N'a pas été exposé à l'activité en stage	Observe le maître de stage effectuer l'activité	A le droit de pratiquer l'activité en supervision directe	A le droit de pratiquer l'activité en supervision indirecte	N'a plus besoin de supervision	Commentaires et prescriptions pédagogiques
Proposer ou répondre à une demande de contraception						
Répondre à une demande d'IVG chez une patiente						
Pratiquer le dépistage systématique du mal-être avec le questionnaire BITS						
Repérer les indices du mal-être (plaintes répétées, conduites à risque, auto et hétéro-agressivité)						
<b>Suivre et orienter l'adolescent si besoin</b>						
Diagnostiquer de manière distincte le mal-être de l'adolescent, les idées suicidaires et les maladies psychiatriques						
Assurer un suivi personnalisé et orienter l'adolescent si besoin vers des correspondants spécialisés						

Commentaires libres

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Santé de l'enfant [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 15 août 2020]. Disponible sur : [http://www.who.int/topics/child\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/child_health/fr/)
2. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
3. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034502881>
4. Ined - Institut national d'études démographiques. Population par groupe d'âges. [Internet]. 2019. [cité 20 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/>
5. Institut national de la statistique et des études économiques (France). Tableaux de l'économie française. [Internet]. 2020. [cité 20 août 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4318291/TEF2020.pdf>
6. Salle B, Lasfargues G, Duhamel J-F, Bégué P. Il est urgent de réviser l'enseignement futur de la pédiatrie pour les internes de pédiatrie et pour les internes de médecine générale. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. avr 2016;200(4-5):973-5.
7. Décret n° 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire. 2019-137 févr 26, 2019.
8. Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>
9. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

10. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>
11. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Archives de Pédiatrie. août 2007;14(8):1011-9.
12. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
13. 170228-DES-de-médecine-générale-La-maquette.pdf [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/170228-DES-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-La-maquette.pdf>
14. Collège de Médecine Générale de Nice (CAGE) - Recherche qualitative [Internet]. [cité 30 juin 2021]. Disponible sur : [https://nice.cnge.fr/rubrique.php?id\\_rubrique=53](https://nice.cnge.fr/rubrique.php?id_rubrique=53)
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5
16. Lebeau Jean-Pierre. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire / Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone ; [sous la direction de Jean-Pierre Lebeau ; Isabelle Aubin-Auger, Jean-Sébastien Cadwallader, Julie Gilles de la Londe... [et al.] ; préface Paul Frappé]. Saint-Cloud: Global santé; 2021. 192.
17. Pelaccia T, Paillé P. La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité. Pédagogie Médicale. avr 2011;12(3):179-92.
18. Critizr | La solution de gestion des interactions pour fidéliser les clients et améliorer l'expérience [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur : <https://business.critizr.com/blog/etude-qualitative-tout-savoir-sur-entretien-individuel>
19. Internat : les spécialités que les femmes préfèrent, celles que les hommes fuient [Internet]. Le Quotidien du médecin 2017. [cité 30 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/internat-les-specialites-que-les-femmes-preferent-celles-que-les-hommes-fuient>

20. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. CNGE [cité 21 sept 2021]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/proposition\\_du\\_cnge\\_pour\\_la\\_nouvelle\\_maquette\\_du\\_d/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/)
21. Andreu C. Création et analyse d'un outil pour favoriser la démarche réflexive en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Bordeaux ;11 juin 2018;59.
22. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. mai 2005;6(2):98-111.
23. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. CNGE. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/concepts\\_et\\_principes\\_pedagogiques/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/)
24. D.E.S. de Médecine Générale Ile-de-France : Devenir maître de stage des universités (MSU) [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur : <https://desmgidf.fr/page/devenir-maitre-de-stage-des-universites-msu>
25. Devenir Maître de Stage des Universités [Internet]. CNGE. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_formation/devenir\\_maitre\\_de\\_stage\\_des\\_universites/](https://www.cnge.fr/la_formation/devenir_maitre_de_stage_des_universites/)
26. Présentation du D.E.S. [Internet]. CNGE. [cité 30 juin 2021]. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/)
27. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148-55.
28. Vandentorren S, & Coll. Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la COVID 19 en France. *Santé Publique France, Saint-Maurice*. 2021;17.
29. Delfraissy J-F, Atlani-Duault L, Benamouzig D, Bouadma L, Cauchemez S, Chirouze C, et al. Anticiper et différencier les stratégies pour sortir des phases aigües de l'épidémie. 2021;94.
30. MG France - Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. [cité 30 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/229-horscategorie/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>

31. Cathalan T, Ferrat E, Compagnon L, Ghasarossian C, Gocko X, Boulet P et al. Opinions des internes sur les modifications à apporter au DES de médecine générale pour en faire un DES "idéal". *Exercer*. 2017;131 :131-9.
32. ISNAR IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. ISNAR IMG 2013. [cité 30 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
33. Brou C. La réforme du troisième cycle de médecine générale : vécu de la première année par les internes de médecine générale en Alsace [Thèse d'exercice]. Strasbourg ;2019.
34. Liste des Diplômes Interuniversitaires (D.I.U.) / Formation médicale continue / Formations / Accueil - Faculté de Médecine de Strasbourg / Santé de l'enfant [Internet]. [cité 24 août 2020]. Disponible sur : [http://unistramed.u-strasbg.fr/var/ezwebin\\_site/storage/original/application/a09379e738e47a02b9d50912fc6b75c4.pdf](http://unistramed.u-strasbg.fr/var/ezwebin_site/storage/original/application/a09379e738e47a02b9d50912fc6b75c4.pdf)
35. Fatus M-A. Considération de la peur chez l'enfant en consultation : pour une optimisation de la qualité de soin. [Thèse d'exercice]. Strasbourg ;2018.

# DECLARATION SUR L'HONNEUR



## 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 : EIVAZ - KHANI Prénom : SARAH

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 29/06/2021

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

# RESUME

**Introduction** : En France 80% des enfants sont suivis en médecine générale. En 2017, la réforme de la maquette de DES de médecine générale a permis de doubler le temps de formation consacré à la santé de l'enfant, notamment en augmentant les terrains de stage en ambulatoire. Le DMG de Strasbourg propose ainsi depuis novembre 2018 à tous les étudiants un semestre de stage "santé de l'enfant", selon une formule mixte (3 mois hospitaliers/3 mois ambulatoires) pour 80% des terrains de stages, mais aussi des terrains complètement hospitaliers ou ambulatoires pour les 20% restants.

**Objectifs** : L'objectif principal était de définir si ces nouveaux stages « santé de l'enfant » correspondaient aux attentes des internes. Les objectifs secondaires étaient de définir l'impact de ces stages sur la pratique des internes et leurs projets professionnels, mais aussi d'évaluer la pertinence des stages proposés.

**Matériels et méthodes** : Il s'agissait d'une étude qualitative organisée en focus groups et entretiens individuels, avec des internes de médecine générale recrutés après avoir choisi le stage « santé de l'enfant » en Novembre 2019 et Mai 2020 en Alsace. Deux séries d'entretiens ont été réalisées en début et en fin de stage pour recueillir leurs attentes initiales et leurs avis en post-stage.

**Résultats** : 15 entretiens individuels et 3 focus groups ont été réalisés, dans lesquels les internes détaillaient leur volonté de maîtriser une consultation avec un enfant et ses parents grâce à la transmission de savoir de leurs aînés et atteindre progressivement l'autonomie ; puis leur satisfaction globale concernant les stages, soulignant l'avantage des stages mixtes qui favorisent un apprentissage interprofessionnel et varié.

**Discussion** : La méthode qualitative a permis d'obtenir des résultats riches et variés, bien que l'étude pourrait être enrichie par d'avantage d'entretiens concernant les stages non mixtes.

**Conclusion** : La majorité des internes étaient satisfaits de leurs stages et particulièrement des stages mixtes qui offrent une formation variée, tout en appréciant la diversité des stages proposés. Leur vision de la santé de l'enfant s'en trouvait étoffée et ils se montraient prêts à l'intégrer dans leur pratique future.

---

## **Rubrique de classement :**

Médecine générale

---

## **Mots-clés :**

Réforme DES, médecine générale, stage « santé de l'enfant », étude qualitative

---

## **Président du jury :**

Professeur Sylvie ROSSIGNOL-BERNARD

---

## **Assesseurs :**

Docteur Ariane ZALOSZYC

Docteur Mathieu LORENZO

Docteur Claire BREITWILLER-DUMAS

---

## **Adresse de l'auteur :**

Sarah EIVAZ-KHANI, 6 rue Jacques PEIROTÉS, 67 000 STRASBOURG