



**HAL**  
open science

# Exploration du ressenti des internes de médecine générale de la faculté de Grenoble sur leur stage de pédiatrie mixte ambulatoire et hospitalier

Johanna Massot, Victor Chapeau

## ► To cite this version:

Johanna Massot, Victor Chapeau. Exploration du ressenti des internes de médecine générale de la faculté de Grenoble sur leur stage de pédiatrie mixte ambulatoire et hospitalier. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02909221

**HAL Id: dumas-02909221**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02909221>**

Submitted on 30 Jul 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine  
Pharmacie de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année 2020

**EXPLORATION DU RESENTI DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE  
LA FACULTE DE GRENOBLE SUR LEUR STAGE DE PEDIATRIE MIXTE  
AMBULATOIRE ET HOSPITALIER**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
DIPLOME D'ÉTAT

MASSOT Johanna

[Données à caractère personnel]

CHAPEAU Victor

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
GRENOBLE

LE 30/06/2020

Président du jury :

Monsieur le Professeur IMBERT Patrick

Membres du jury :

Monsieur le Professeur CARRILLO Yannick

Monsieur le Professeur ROYER DE VERICOURT Guillaume

Madame le Docteur CHAUVET Marion

Madame le Docteur ODDOU Christel

Directrice de thèse

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

## ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

| CORPS      | NOM-PRENOM                    | Discipline universitaire  |
|------------|-------------------------------|---|
| PU-PH      | ALBALADEJO Pierre             | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                 |
| PU-PH      | APTEL Florent                 | Ophthalmologie  |
| PU-PH      | ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine  | Chirurgie viscérale et digestive  |
| PU-PH      | BAILLET Athan                 | Rhumatologie  |
| PU-PH      | BARONE-ROCHETTE Gilles        | Cardiologie   |
| PU-PH      | BAYAT Sam                     | Physiologie   |
| MCF Ass.MG | BENDAMENE Farouk              | Médecine Générale   |
| PU-PH      | BENHAMOU Pierre Yves          | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| PU-PH      | BERGER François               | Biologie cellulaire   |
| MCU-PH     | BIDART-COUTTON Marie          | Biologie cellulaire   |
| PU-PH      | BLAISE Sophie                 | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire                              |
| MCU-PH     | BOISSET Sandrine              | Bactériologie-virologie   |
| PU-PH      | BOLLA Michel                  | Cancérologie-Radiothérapie  |
| PU-PH      | BONAZ Bruno                   | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie                            |
| PU-PH      | BONNETERRE Vincent            | Médecine et santé au travail  |
| PU-PH      | BOREL Anne-Laure              | Nutrition   |
| PU-PH      | BOSSON Jean-Luc               | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH     | BOTTARI Serge                 | Biologie cellulaire   |
| PR Ass.MG  | BOUCHAUD Jacques              | Médecine Générale   |
| PU-PH      | BOUGEROL Thierry              | Psychiatrie d'adultes   |
| PU-PH      | BOUILLET Laurence             | Médecine interne  |
| MCU-PH     | BOUSSAT Bastien               | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| PU-PH      | BOUZAT Pierre                 | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                 |
| PU-PH      | BRAMBILLA Christian           | Pneumologie   |
| PU-PH      | BRAMBILLA Elisabeth           | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| MCU-PH     | BRENIER-PINCHART Marie Pierre | Parasitologie et mycologie  |
| PU-PH      | BRICAULT Ivan                 | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | BRICHON Pierre-Yves           | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                |
| MCU-PH     | BRIOT Raphaël                 | Thérapeutique-médecine de la douleur                                    |
| MCU-PH     | BROUILLET Sophie              | Biologie et médecine du développement et de la reproduction             |
| PU-PH      | CAHN Jean-Yves                | Hématologie   |
| PU-PH      | CARPENTIER Patrick            | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire                               |
| PR Ass.MG  | CARRILLO Yannick              | Médecine Générale   |
| PU-PH      | CESBRON Jean-Yves             | Immunologie   |
| PU-PH      | CHABARDES Stephan             | Neurochirurgie  |
| PU-PH      | CHABRE Olivier                | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| PU-PH      | CHAFFANJON Philippe           | Anatomie  |

| CORPS      | NOM-PRENOM              | Discipline universitaire  |
|------------|-------------------------|---|
| PU-PH      | CHARLES Julie           | Dermato-vénérologie   |
| MCF Ass.MG | CHAUVEY Marion          | Médecine Générale   |
| PU-PH      | CHAVANON Olivier        | Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire                              |
| PU-PH      | CHIQUET Christophe      | Ophthalmologie  |
| PU-PH      | CHIRICA Mircea          | Chirurgie viscérale et digestive  |
| PU-PH      | CINQUIN Philippe        | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH     | CLAVARINO Giovanna      | Immunologie   |
| PU-PH      | COHEN Olivier           | Histologie, embryologie et cytogénétique                                |
| PU-PH      | COURVOISIER Aurélien    | Chirurgie infantile   |
| PU-PH      | COUTTON Charles         | Génétique   |
| PU-PH      | COUTURIER Pascal        | Gériatrie et biologie du vieillissement                                 |
| PU-PH      | CRACOWSKI Jean-Luc      | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique                      |
| PU-PH      | CURE Hervé              | Cancérologie  |
| PU-PH      | DEBATY Guillaume        | Médecine d'Urgence  |
| PU-PH      | DEBILLON Thierry        | Pédiatrie   |
| PU-PH      | DECAENS Thomas          | Gastro-entérologie, Hépatologie   |
| PU-PH      | DEMATTEIS Maurice       | Addictologie  |
| PU-PH      | DEMONGEOT Jacques       | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH     | DERANSART Colin         | Physiologie   |
| PU-PH      | DESCOTES Jean-Luc       | Urologie  |
| PU-PH      | DETANTE Olivier         | Neurologie  |
| MCU-PH     | DIETERICH Klaus         | Génétique   |
| MCU-PH     | DOUTRELEAU Stéphane     | Physiologie   |
| MCU-PH     | DUMESTRE-PERARD Chantal | Immunologie   |
| PU-PH      | EPAULARD Olivier        | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales                             |
| PU-PH      | ESTEVE François         | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| MCU-PH     | EYSSERIC Hélène         | Médecine légale et droit de la santé                                    |
| PU-PH      | FAUCHERON Jean-Luc      | Chirurgie viscérale et digestive  |
| MCU-PH     | FAURE Julien            | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | FERRETTI Gilbert        | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | FEUERSTEIN Claude       | Physiologie   |
| PU-PH      | FONTAINE Éric           | Nutrition   |
| PU-PH      | FRANCOIS Patrice        | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| MCU-MG     | GABOREAU Yoann          | Médecine Générale   |
| PU-PH      | GARBAN Frédéric         | Hématologie ; Transfusion   |
| PU-PH      | GAUDIN Philippe         | Rhumatologie  |
| PU-PH      | GAVAZZI Gaëtan          | Gériatrie et biologie du vieillissement                                 |
| PU-PH      | GAY Emmanuel            | Neurochirurgie  |
| MCU-PH     | GILLOIS Pierre          | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH      | GIOT Jean-Philippe      | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique                      |
| MCU-PH     | GRAND Sylvie            | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | GRIFFET Jacques         | Chirurgie infantile   |
| MCU-PH     | GUZUN Rita              | Nutrition   |
| PU-PH      | HAINAUT Pierre          | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | HALIMI Serge            | Nutrition   |
| PU-PH      | HENNEBICQ Sylviane      | Biologie et médecine du développement et de la reproduction             |
| PU-PH      | HOFFMANN Pascale        | Gynécologie-obstétrique   |

| CORPS      | NOM-PRENOM                           | Discipline universitaire  |
|------------|--------------------------------------|---|
| PU-PH      | HOMMEL Marc                          | Neurologie  |
| PU-MG      | IMBERT Patrick                       | Médecine Générale   |
| PU-PH      | JOUK Pierre-Simon                    | Génétique   |
| PU-PH      | KAHANE Philippe                      | Physiologie   |
| MCU-PH     | KASTLER Adrian                       | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | KRAJNIK Alexandre                    | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | LABARERE José                        | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| MCU-PH     | LABLANCHE Sandrine                   | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| MCU-PH     | LANDELLE Caroline                    | Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière                        |
| PU-PH      | LANTUEJOL Sylvie                     | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| MCU-PH     | LARDY Bernard                        | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| MCU - PH   | LE GOUELLEC Audrey                   | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | LECCIA Marie-Thérèse                 | Dermato-vénérologie   |
| MCF Ass.MG | LEDoux Jean-Nicolas                  | Médecine Générale   |
| PU-PH      | LEROY Vincent                        | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                          |
| PU-PH      | LETOUBLON Christian                  | Chirurgie viscérale et digestive  |
| PU-PH      | LEVY Patrick                         | Physiologie   |
| PU-PH      | LONG Jean-Alexandre                  | Urologie  |
| MCU-PH     | LUFO Julien                          | Bactériologie-virologie   |
| PU-PH      | MAGNE Jean-Luc                       | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire                              |
| MCU-PH     | MAIGNAN Maxime                       | Médecine d'urgence  |
| PU-PH      | MAITRE Anne                          | Médecine et santé au travail  |
| MCU-PH     | MALLARET Marie-Reine                 | Hygiène hospitalière  |
| PU-PH      | MALLION Jean-Michel                  | Cardiologie   |
| MCU-PH     | MARLU Raphaël                        | Hématologie ; Transfusion   |
| MCU-PH     | MAUBON Danièle                       | Parasitologie et mycologie  |
| PU-PH      | MAURIN Max                           | Bactériologie-virologie   |
| MCU-PH     | MC LEER Anne                         | Histologie, embryologie et cytogénétique                                |
| MCU-PH     | MONDET Julie                         | Histologie, embryologie et cytogénétique                                |
| PU-PH      | MORAND Patrice                       | Bactériologie-virologie   |
| PU-PH      | MOREAU-GAUDRY Alexandre              | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH      | MORO Elena                           | Neurologie  |
| PU-PH      | MORO-SIBILOT Denis                   | Pneumologie   |
| MCU-PH     | MORTAMET Guillaume                   | Pédiatrie   |
| PU-PH      | MOUSSEAU Mireille                    | Cancérologie  |
| PU-PH      | MOUTET François                      | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie         |
| MCF Ass.MG | ODDOU Christel                       | Médecine Générale   |
| MCU-PH     | PACLET Marie-Hélène                  | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | PAILHE Régis                         | Chirurgie orthopédique et traumatologie                                 |
| PU-PH      | PALOMBI Olivier                      | Anatomie  |
| PU-PH      | PARK Sophie                          | Hématologie ; Transfusion   |
| PU-PH      | PASSAGGIA Jean-Guy                   | Anatomie  |
| PR Ass.MG  | PAUMIER-DESBRIERES Françoise         | Médecine Générale   |
| PU-PH      | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                 |
| MCU-PH     | PAYSANT François                     | Médecine légale et droit de la santé                                    |
| MCU-PH     | PELLETIER Laurent                    | Biologie cellulaire   |
| PU-PH      | PELLOUX Hervé                        | Parasitologie et mycologie  |

| CORPS      | NOM-PRENOM                   | Discipline universitaire  |
|------------|------------------------------|---|
| PU-PH      | PEPIN Jean-Louis             | Physiologie   |
| PU-PH      | PERENNOU Dominique           | Médecine physique et de réadaptation                                    |
| PU-PH      | PERNOD Gilles                | Médecine vasculaire   |
| PU-PH      | PIOLAT Christian             | Chirurgie infantile   |
| PU-PH      | PISON Christophe             | Pneumologie   |
| PU-PH      | PLANTAZ Dominique            | Pédiatrie   |
| PU-PH      | POIGNARD Pascal              | Bactériologie-virologie   |
| PU-PH      | POLACK Benoît                | Hématologie   |
| PU-PH      | POLOSAN Mircea               | Psychiatrie d'adultes   |
| PU-PH      | RAMBEAUD Jean-Jacques        | Urologie  |
| PU-PH      | RAY Pierre                   | Biologie et médecine du développement et de la reproduction             |
| MCU-PH     | RENDU John                   | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| MCU-PH     | RIALLE Vincent               | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH      | RIETHMULLER Didier           | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                          |
| PU-PH      | RIGHINI Christian            | Oto-rhino-laryngologie  |
| PU-PH      | ROMANET Jean Paul            | Ophthalmologie  |
| PU-PH      | ROSTAING Lionel              | Néphrologie   |
| MCU-PH     | ROUSTIT Matthieu             | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie      |
| MCU-PH     | ROUX-BUISSON Nathalie        | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| MCF Ass.MG | ROYER DE VERICOURT Guillaume | Médecine Générale   |
| MCU-PH     | RUBIO Amandine               | Pédiatrie   |
| PU-PH      | SARAGAGLIA Dominique         | Chirurgie orthopédique et traumatologie                                 |
| MCU-PH     | SATRE Véronique              | Génétique   |
| PU-PH      | SAUDOU Frédéric              | Biologie cellulaire   |
| PU-PH      | SCHMERBER Sébastien          | Oto-rhino-laryngologie  |
| PU-PH      | SCHWEBEL Carole              | Médecine intensive-réanimation  |
| PU-PH      | SCOLAN Virginie              | Médecine légale et droit de la santé                                    |
| MCU-PH     | SEIGNEURIN Arnaud            | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| PU-PH      | STAHL Jean-Paul              | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales                             |
| PU-PH      | STANKE Françoise             | Pharmacologie fondamentale  |
| MCU-PH     | STASIA Marie-José            | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | STURM Nathalie               | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| PU-PH      | TAMISIER Renaud              | Physiologie   |
| PU-PH      | TERZI Nicolas                | Médecine intensive-réanimation  |
| MCU-PH     | TOFFART Anne-Claire          | Pneumologie   |
| PU-PH      | TONETTI Jérôme               | Chirurgie orthopédique et traumatologie                                 |
| PU-PH      | TOUSSAINT Bertrand           | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | VANZETTO Gérald              | Cardiologie   |
| PU-PH      | VUILLEZ Jean-Philippe        | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| PU-PH      | WEIL Georges                 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| PU-PH      | ZAOUTI Philippe              | Néphrologie   |
| PU-PH      | ZARSKI Jean-Pierre           | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                          |

**PU-PH** : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers  
**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale  
**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale  
**PR Ass.MG** : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale  
**MCF Ass.MG** : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

**EXPLORATION DU RESENTI DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE  
LA FACULTE DE GRENOBLE SUR LEUR STAGE DE PEDIATRIE MIXTE  
AMBULATOIRE ET HOSPITALIER**

MASSOT Johanna

CHAPEAU Victor

## Résumé :

**Introduction :** Du fait de l'évolution de la démographie médicale, la prise en charge des enfants en ambulatoire se fait de plus en plus par le médecin généraliste et de moins en moins par le pédiatre. Ainsi il a été nécessaire d'adapter la formation des internes de médecine générale. Le stage de pédiatrie a d'abord été rendu obligatoire en hospitalier puis se sont développés les stages ambulatoires devant l'inadéquation entre les connaissances acquises à l'hôpital et la pratique ambulatoire. A la faculté de Grenoble ces deux composantes ont été couplées afin de créer des stages mixtes hospitaliers et ambulatoires.

**Objectif :** Evaluer le ressenti sur les stages couplés des internes de médecine générale ayant effectué un de ces stages afin de pouvoir explorer les points positifs et négatifs et proposer des optimisations.

**Méthode :** Une étude qualitative a été réalisée auprès de treize étudiants ayant réalisé un stage couplé. Les entretiens étaient des entretiens semi-dirigés, l'analyse de données s'est faite à l'aide du logiciel NVivo®, une triangulation de l'analyse a été réalisée afin d'augmenter sa fiabilité. Les données ont ensuite été analysées selon une méthode d'analyse interprétative phénoménologique, avec un triple codage : descriptif, thématique puis construction d'un modèle explicatif.

**Résultats :** Les étudiants sont satisfaits de leur stage qu'ils considèrent comme plus complet qu'un stage hospitalier pur ou ambulatoire pur. Certaines connaissances sont acquises en hospitalier et d'autres en ambulatoire et ainsi ces deux versants apparaissent comme complémentaires. L'hospitalier est plus adapté pour aborder la pathologie et l'ambulatoire pour le suivi de l'enfant sain. Certains points ne sont cependant pas encore optimaux selon les internes comme le nombre de patients relevant de pédiatrie en ambulatoire ou le respect du temps de travail en hospitalier. Les urgences pédiatriques apparaissent comme le secteur le plus formateur en hospitalier. Les principales limites de ce stage sont le manque de formation à l'adolescent, la pathologie chronique et la gynécologie.

**Discussion :** Aux vues de la littérature et des résultats de cette étude il semble opportun de favoriser les stages couplés associant de l'ambulatoire et de l'hospitalier en pédiatrie. Afin d'optimiser ce type de stage, il faudrait favoriser l'adaptation à la pédiatrie du versant ambulatoire, permettre aux étudiants de passer un maximum de temps aux urgences pédiatriques sur le versant hospitalier, recruter des pédiatres de ville comme maîtres de stages et inciter à l'accueil des internes en structures telles que les centres de Protection Maternelle et Infantile.

## **Abstract :**

**Introduction :** As medical demography evolves, ambulatory child medical care is given more and more frequently by the general practitioner (GP) and less and less by the pediatric specialist. Consequently GP specialty training has had to be adjusted. Initially hospital pediatrics internship was made mandatory, then ambulatory internship was developed as the knowledge acquired in the former situation proved to be inadequate when applied to ambulatory practice. At the Grenoble Faculty of Medecine these two components were coupled to create mixed hospital and ambulatory internship.

**Objective :** To evaluate how GP interns who have had the experience of a coupled internship feel about it in order to explore advantages and disadvantages and suggest improvements to achieve maximum efficiency.

**Methods :** A qualitative study was carried out interviewing 13 students having done a coupled internship. The interviews were semi-structured and the data analysis was done using the Nvivo software program and a triangulation of the analysis was carried out to increase its reliability. The data was then analysed following an interpretive phenomenological method with triple coding : descriptive, theme and explanatory model construction.

**Results :** Students are satisfied with their coupled internship considering it more complete than a purely hospital or ambulatory internship. The two aspects, hospital and ambulatory, are seen as complementary, both allowing students to acquire a certain amount of knowledge specific to each aspect. Hospital is more suited to the topic of pathology and ambulatory is more suited to that of monitoring the healthy child. However, according to interns, certain aspects of the coupled internship such as the number of child patients seen in ambulatory and the respect of working hours in hospital are still not optimal. The pediatric emergency department appears to be the most instructive sector in hospital internship. The main shortcomings of this internship are adolescent healthcare, chronic pathology and gynaecology.

**Discussion :** In light of existing literature and of the results of this study it is felt appropriate to encourage coupled ambulatory and hospital pediatric internships. To optimize this type of internship it is important to develop adaptation to pediatrics on the ambulatory aspect, allow students to spend as much as possible of their time in pediatric emergency on the hospital aspect, recrute pediatricians outside hospitals as internship supervisors and encourage internships in Mother and Child Protection Centres.

# TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUCTION.....</b>   | <b>17</b> |
| 1.1. « La médecine générale de l'enfant ».....  | 17        |
| 1.2. Des diversités européennes dans le parcours de soin de l'enfant.....                                 | 18        |
| 1.3. Démographie médicale et nouvelles perspectives en France.....  | 19        |
| 1.4. Demande de mise en place de la formation en santé de l'enfant en ambulatoire.....                    | 22        |
| 1.5. Mise en place des stages de pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire à la faculté de Grenoble..... | 24        |
| <b>2. MATERIELS ET METHODES.....</b>  | <b>26</b> |
| 2.1. Choix de la méthode qualitative.....   | 26        |
| 2.2. Revue de la littérature.....   | 26        |
| 2.3. Recueil des données.....   | 27        |
| 2.4. Analyse des données.....   | 28        |
| <b>3. RESULTATS.....</b>  | <b>29</b> |
| 3.1. Caractéristiques des sujets de l'études.....   | 29        |
| 3.2. Ressenti général.....  | 29        |
| 3.2.1. Satisfaction globale vis à vis du stage.....   | 29        |
| 3.2.2. Intérêt du stage couplé pour la formation.....   | 29        |
| 3.2.3. Durée de 3 mois pour la formation dans chaque domaine.....   | 30        |
| 3.2.4. Critères de choix du stage.....  | 30        |
| 3.3. Apprentissages en milieu hospitalier.....  | 31        |
| 3.3.1. Compétences médicales acquises.....  | 31        |
| 3.3.2. Passer par différents secteurs hospitaliers est une revendication de l'interne.....                | 32        |
| 3.3.3. Le stage hospitalier est vécu comme plus difficile.....  | 33        |
| 3.3.4. Commencer par le stage hospitalier est plus confortable pour l'interne.....                        | 34        |
| 3.3.5. Relationnel avec les pédiatres hospitaliers.....   | 34        |
| 3.4. Apprentissage en ambulatoire.....  | 35        |
| 3.4.1. Compétences médicales acquises.....  | 35        |
| 3.4.2. Une vision pluridisciplinaire en ambulatoire.....  | 37        |
| 3.4.3. La pédagogie en ambulatoire.....   | 37        |
| 3.4.4. Organisation en ambulatoire.....   | 39        |
| 3.4.5. Un Rythme en ambulatoire plus adapté à la formation.....   | 41        |
| 3.5. Les urgences pédiatriques sont le secteur le plus formateur en hospitalier.....                      | 41        |
| 3.6. Le vécu du changement de poste.....  | 42        |
| 3.7. Intérêts et avantages du stage couplé.....   | 43        |
| 3.8. Limites et amélioration.....   | 45        |
| 3.8.1. Limites du stage.....  | 45        |
| 3.8.1.1. La gynécologie.....  | 45        |
| 3.8.1.2. Des difficultés avec les grands enfants et les adolescents.....                                  | 46        |
| 3.8.1.3. Un apprentissage à la pathologie chronique non adapté à la médecine générale.....                | 46        |
| 3.8.1.4. L'impact de la saison du stage sur l'apprentissage.....  | 47        |
| 3.8.1.5. Les modifications d'emploi du temps ont plus d'impact sur le format de stage en trois mois.....  | 47        |
| 3.8.2. Les propositions d'amélioration du stage.....  | 47        |
| 3.8.2.1. Inciter à plus de pédiatrie sur le versant ambulatoire.....                                      | 47        |
| 3.8.2.2. Les pédiatres de ville, un atout pour le stage couplé.....                                       | 48        |
| 3.8.2.3. Une journée en PMI est bénéfique pour la formation.....  | 48        |
| 3.8.2.4. Une modification du format de stage vers un deux jours par semaine est débattue.....             | 48        |
| 3.8.2.5. Demande de formation à la gynécologie auprès de praticiens spécialisés dans ce domaine.....      | 49        |
| <b>4. DISCUSSION.....</b>   | <b>50</b> |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 4.1.      | Rappel des objectifs et résultats de l'étude .....   | 50        |
| 4.1.1.    | Les points positifs des stages actuels .....   | 50        |
| 4.1.2.    | Les points négatifs du stage actuel .....  | 51        |
| 4.2.      | Confrontation aux données de la littérature .....  | 51        |
| 4.2.1.    | Complémentarité entre l'hôpital et l'ambulatoire .....   | 51        |
| 4.2.2.    | Organisation du stage ambulatoire .....  | 53        |
| 4.2.3.    | Apport des pédiatres de ville et structures annexes .....  | 53        |
| 4.2.4.    | Limites du stage .....   | 54        |
| 4.3.      | Forces et faiblesses de l'étude .....  | 54        |
| 4.3.1.    | Forces de l'étude .....  | 54        |
| 4.3.2.    | Faiblesses de l'étude .....  | 55        |
| 4.4.      | Perspectives d'amélioration .....  | 56        |
| 4.4.1.    | Favoriser les stages couplés .....   | 56        |
| 4.4.2.    | En ambulatoire .....   | 56        |
| 4.4.3.    | En hospitalier .....   | 56        |
| 4.4.4.    | Au niveau pédagogique .....  | 58        |
| 4.4.5.    | Format de stage en alternance périodes de trois mois .....   | 58        |
| 4.4.6.    | Pour les adolescents .....   | 58        |
| 4.4.7.    | En gynécologie .....   | 58        |
| 4.5.      | Ouverture .....  | 59        |
| <b>5.</b> | <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>   | <b>60</b> |
| <b>6.</b> | <b>ANNEXES .....</b>   | <b>64</b> |
| 6.1.      | ANNEXE 14 – QUESTIONNAIRE .....  | 64        |
| 6.2.      | ANNEXE 15 - RESENTI GENERAL, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA<br>CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF .....  | 66        |
| 6.3.      | ANNEXE 15 - RESENTI GENERAL, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA<br>CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF .....  | 67        |
| 6.4.      | ANNEXE 16 - APPRENTISSAGE EN MILIEU HOSPITALIER, DU CODAGE<br>DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF .....                                | 68        |
| 6.5.      | ANNEXE 17 - APPRENTISSAGE EN AMBULATOIRE, DU CODAGE DESCRIPTIF A<br>LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF .....                                       | 69        |
| 6.6.      | ANNEXE 18 - URGENCES PEDIATRIQUES, SECTEUR LE PLUS FORMATEUR EN<br>HOSPITALIER, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE<br>EXPLICATIF ..... | 70        |
| 6.7.      | ANNEXE 19 - VECU DU CHANGEMENT DE POSTE, DU CODAGE DESCRIPTIF A<br>LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF .....  | 71        |
| 6.8.      | ANNEXE 20 – INTERET ET AVANTAGE INTERET ET AVANTAGE DU STAGE<br>COUPLE, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF<br>72            |           |
| 6.9.      | ANNEXE 21 - LIMITES ET AMELIORATIONS, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA<br>CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF .....   | 73        |
| 6.10.     | ANNEXE 1 - ENTRETIEN 1 (C1 = chercheur 1, S1 = sujet 1) .....  | 74        |
| 6.11.     | ANNEXE 2 - ENTRETIEN 2 (C1 = chercheur 1, S2 = sujet 2) .....  | 80        |
| 6.12.     | ANNEXE 3 - ENTRETIEN 3 (C1 = chercheur 1, S3 = sujet 3) .....  | 89        |
| 6.13.     | ANNEXE 4 - ENTRETIEN 4 (C1 = chercheur 1, S4 = sujet 4) .....  | 96        |
| 6.14.     | ANNEXE 5 - ENTRETIEN 5 (C1 = chercheur 1, S5 = sujet 5) .....  | 103       |
| 6.15.     | ANNEXE 6 - ENTRETIEN 6 (C1 = chercheur 1, S6 = sujet 6) .....  | 110       |
| 6.16.     | ANNEXE 7 - ENTRETIEN 7 (C1 = chercheur 1, S7 = sujet 7) .....  | 117       |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 6.17. | ANNEXE 8 - ENTRETIEN 8 (C2 = chercheur 2, S7 = sujet 8).....    | 127 |
| 6.18. | ANNEXE 9 - ENTRETIEN 9 (C2 = chercheur 2, S9 = sujet 9).....    | 132 |
| 6.19. | ANNEXE 11 - ENTRETIEN 11 (C2 = chercheur 2, S11= sujet 11)..... | 144 |
| 6.20. | ANNEXE 12 - ENTRETIEN 12 (C2 = chercheur 2, S12= sujet 12)..... | 151 |
| 6.21. | ANNEXE 13 – ENTRETIEN 13 (C2 = chercheur 2, S13= sujet 13)..... | 158 |

## **Remerciements**

### Remerciements communs :

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur IMBERT Patrick,

Monsieur le Professeur CARRILLO Yannick,

Monsieur le Professeur ROYER DE VERICOURT Guillaume,

Madame le Docteur CHAUVET Marion,

Pour avoir accepté de finaliser ce projet avec nous et pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

À notre directrice de thèse,

Mme le Docteur ODDOU Christel,

Tu nous as fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse. Merci pour ton encadrement, ta patience, tes conseils, tes relectures et ton soutien lors de ce travail. Merci pour ton investissement dans la formation des internes.

Aux internes ayant accepté de participer aux entretiens,

Merci de vous être portés volontaires, ce travail n'aurait pas pu avoir lieu sans vous !

### Remerciements de Johanna :

A Xavier, Pierre-Yves et André, mes premiers maîtres de stage de médecine générale,

Serge, Olivier, Nicolas et Anne-Marie, maîtres de SASPAS,

Vous m'avez fait découvrir et apprécier cette discipline, merci pour votre investissement.

A ma famille,

A mes parents, merci pour l'enfance paisible et heureuse que vous m'avez offerte, qui a fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Papa pour ton soutien indéfectible durant mon internat et tes nombreux appels « post-garde », maman pour ton aide à la relecture de cette thèse, ta disponibilité et ta bienveillance.

A Kévin, grand frère attentionné, merci pour ton humour et ces bons souvenirs notamment en Thaïlande.

A Mickael, deuxième grand frère attentionné ! Merci pour ton modèle dans ces études, ton intégrité et ta gentillesse. Merci de m'avoir poussé à réaliser cette thèse.

A Naomi, ma précieuse sœur, merci pour ton modèle de courage et ta joie contagieuse.

A mes grands-parents, Mamie pour ta manière de plaisanter et ton courage dans la souffrance, Papy pour ta générosité et tes fermes convictions.

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

A l'équipe de MGC et Matthieu, merci de m'avoir accompagné et tant appris.

A Delphine, fidèle amie et compagne de voyage, merci pour tous ces souvenirs passés et ceux à venir.

A mes amis et amies d'enfance, de médecine, de Rennes, d'Albertville, d'Annecy, de Grenoble et d'ailleurs, rencontrés tout au long de mon chemin, merci pour tous les bons moments et d'avoir été simplement présents.

A Victor, merci de m'avoir entraîné dans ce travail et merci pour la joie de terminer notre ouvrage avant la fin de notre internat.

A mon Dieu, qui soutient toutes choses entre ses mains, qui est souverain, et en qui je place toute ma confiance.

### Remerciements de Victor :

Merci à Jacques, Bernadette, Claire, Justine alias papa, maman, clairette et tinette de former la plus belle des familles qui soit et qui s'agrandit peu à peu...

Merci à Tati d'avoir toujours été dans mon cœur

Merci à Benjamin, Gaetan, KP, Jean pour nos aventures passées et futures

Merci à Coline de m'avoir aidé à devenir et de m'aider à continuer

Merci à Sushi, Benjamin, Fozia pour notre amitié qui dure depuis maintenant tant d'années

Merci à Romain pour ta sensibilité et la relation qui est la notre

Merci à Constance, pour ta gentillesse et ta disponibilité.

Merci à Laetitia pour ces messages et coup de fils improvisés

Merci à Yohan de me supporter encore après toutes nos galères

Merci à Sushi parce que je sais que tu kifferas avoir un remerciement pour toi tout seul

Merci à Amandine et Joséphine de faire revivre ses années de poney qu'on a tant apprécié

Merci à Mia d'être encore là pour moi malgré la distance

Merci au résidents de la maison des secrets, Kev de ses morts, Ulysse, Marine, Viennot, Titi pour tout ses moment de vie avec vous qui me rende souvent nostalgic

Merci aux annéciens pêchus avec qui l'internat a commencé de la meilleure des manières

Merci à Hugues et Alexia pour ce trio de folie

Merci à Jeff, Flo, Mélanie et Kevin pour ces années d'ECN si... riches, ces repas gastro au self, ces moments américains, et votre amitié depuis qu'on s'est éparpillés.

Merci à mes co-internes de PP grâce à qui ma seule expérience au CHU est pleine de bisounours.

Merci à tous ces médecins qui ont croisé ma route depuis mes débuts, vous avez par votre bienveillance et votre investissement me transmettre votre passion.

Merci à Johanna, d'avoir bien voulu partager ce travail, son lot de joies et de galères avec moi.

Merci à vous tous et vous toutes, qui croisez simplement mon chemin ou m'accompagnez plus longtemps, c'est vos sourires, votre amour, les bons moments, les temps plus difficiles, votre franchise et ce lien qui nous unit, c'est tout ça qui me permet jour après jour de me sentir béni et si chanceux de vivre cette vie qui est la mienne.

## **Abréviations**

CAMS – Centre d'action médico-sociale

CNGE – Collège national des généralistes enseignants

CPAM – Caisse primaire d'assurance maladie

HAS – Haute autorité de santé

IMG – Interne en médecine générale

IPA – Analyse interprétative phénoménologique

MSU – Maître de stage universitaire

PMI – Protection Maternelle et infantile

SASPAS – Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

UPL – Unité de pédagogie locale

# 1. INTRODUCTION

## 1.1.« La médecine générale de l'enfant »

La médecine de l'enfant même si elle est pratiquée depuis fort longtemps reste toujours, comme son principal sujet, une notion vaste et évolutive. La vision que nous donnait le Pr Pierre Royer nous apparaît comme toujours d'actualité : « *la médecine des Enfants ne se définit pas par l'étude particulière d'un organe ou d'un système biologique. Elle est représentée par l'ensemble des analyses, des recherches et des actions dont l'objectif est la protection de la santé de l'enfant et de celle de son environnement humain* » (1).

Par cette définition, on se rend compte de la diversité et de la spécificité de la pédiatrie. Elle se consacre en effet à un être en développement, développement qui est à la fois un enjeu et un acteur majeur de la santé de l'enfant, enfant qui reste indissociable de son environnement. Winnicott disait : « *un enfant tout seul, cela n'existe pas* » (2). Les enjeux sont donc multiples et il est important de pouvoir les définir pour une prise en charge globale et adaptée. On regroupe donc sous l'appellation de la médecine de l'enfant : les dépistages, la prévention et la promotion de la santé, la surveillance développementale (physique, psychologique, socio familial), le diagnostic et le traitement des pathologies aiguës, chroniques et rares, la contribution à la prise en charge du handicap, l'enseignement et la recherche sans oublier le domaine de la réflexion éthique (3).

Ces divers champs d'activité sont assez bien regroupés par le Pr Bernard Salle qui qualifie la pédiatrie de « médecine générale de l'enfant » (4).

La diversité des thèmes abordés, l'évolution des connaissances mais aussi les difficultés d'application sur le terrain rendent complexe le développement d'une politique de santé de l'enfant optimale en vue d'une amélioration du parcours de soins. Il est donc important de souligner la nécessité d'organiser les réseaux de soins autour de l'enfant et de collaborer entre

différents professionnels de santé pour répondre aux besoins des enfants, de leurs parents mais aussi de la société. En effet, il ne faut pas oublier que l'état de santé actuel des enfants conditionnera la santé des adultes de demain. Il est indispensable que les moyens mis à disposition par les pouvoirs publics soient en adéquation avec ces objectifs (5).

Il est de plus en plus mis en avant dans le réseau du parcours de soins de l'enfant, la place du médecin généraliste. En effet comme nous le verrons, la place du médecin de famille se renforce au fur et à mesure dans l'horizon de la santé de l'enfant comme cela peut déjà être le cas dans différents pays d'Europe.

## **1.2.Des diversités européennes dans le parcours de soin de l'enfant**

Il existe globalement trois parcours de soins de l'enfant en Europe (6):

- le suivi de l'enfant est assuré par les pédiatres (Espagne, Grèce, Slovaquie, Slovénie) ;
- le suivi de l'enfant est assuré de façon conjointe par les pédiatres et les médecins généralistes (France, Suisse, Hongrie, Allemagne, Belgique, Luxembourg) ;
- le suivi de l'enfant est assuré uniquement par le médecin généraliste (Norvège, Suisse, Royaume Uni, Portugal, Finlande, Danemark).

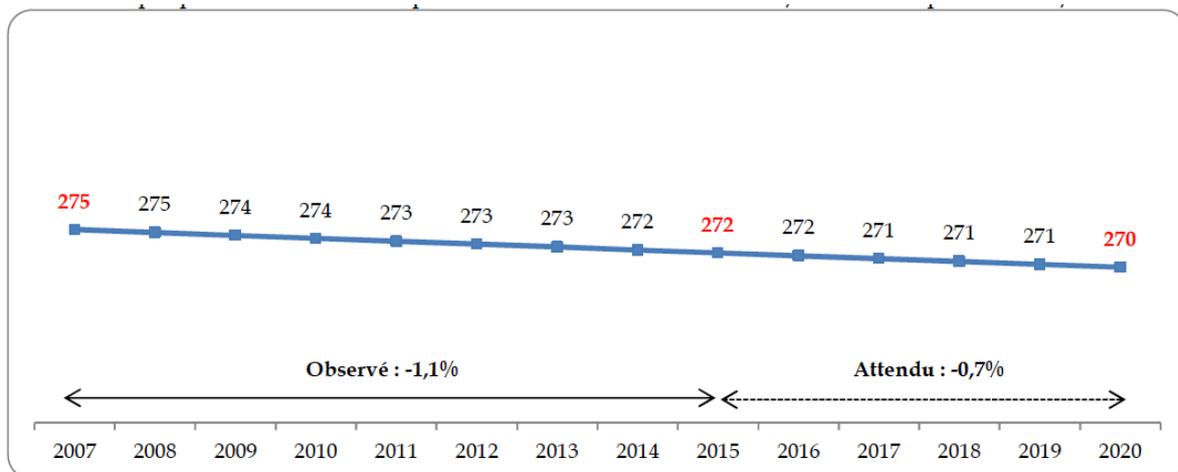
Cette répartition est notamment corrélée à la population de pédiatres sur le territoire. On remarque ainsi que les pays où les pédiatres sont le plus impliqués dans la médecine ambulatoire sont les pays où le nombre de pédiatres est le plus important. Cependant du fait de politique de santé, d'un tournant dans la démographie médicale en défaveur de la pédiatrie ambulatoire, le suivi des enfants tend de plus en plus à se faire par le médecin généraliste et non plus par les pédiatres (7) (cf. figure 2).

Il est important de noter que la communauté médicale européenne est toujours en attente d'études permettant une comparaison de ces divers systèmes de soins de l'enfant à travers des critères spécifiques et adaptés (8).

### 1.3.Démographie médicale et nouvelles perspectives en France

En France aussi les pédiatres exerçant en cabinet libéral sont de moins en moins nombreux. En région Rhône Alpes cette diminution est particulièrement présente sur les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie et devrait à titre prédictif se confirmer pour l'année 2020.

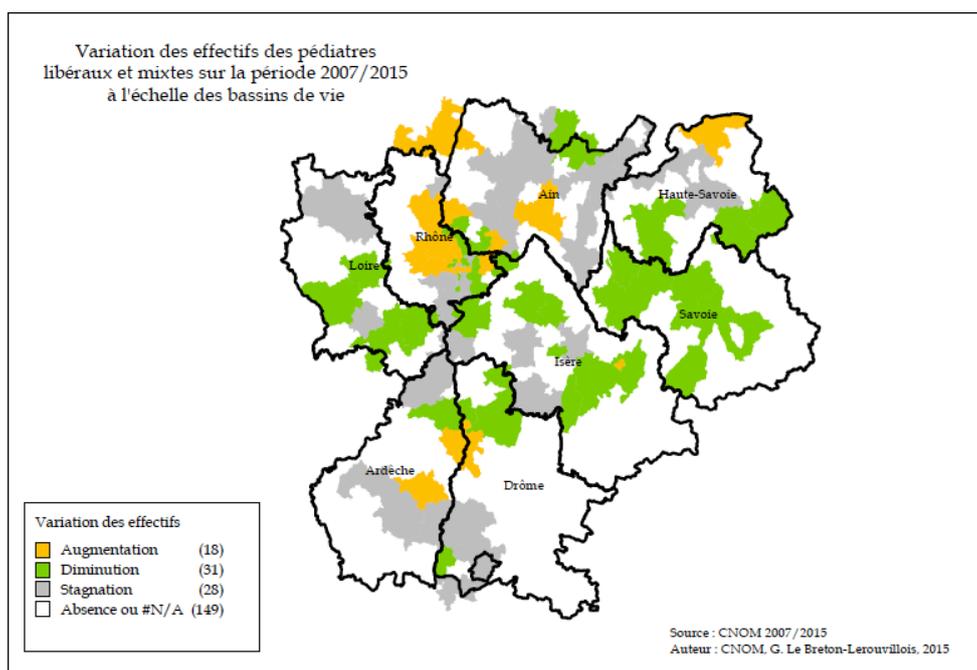
**Figure 3. Effectifs des pédiatres en mode d'exercice libéral/mixte sur la période 2007/2020 dans la région Rhône Alpes**



Source : LE BRETON-LEROUVILLOIS G. *La démographie médicale en Région Rhône-Alpes. Situation en 2015. Conseil national de l'ordre des médecins, éditeur. 2016. :77.*

**Figure 4 : Variation des effectifs des pédiatres libéraux et mixtes sur la période**

**2008/2015 à l'échelle de la région Rhône Alpes**



*Source : LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale en Région Rhône-Alpes. Situation en 2015. Conseil national de l'ordre des médecins, éditeur. 2016. :77.*

De ce fait, de nombreuses situations en lien avec la santé de l'enfant sont suivies par le médecin généraliste là où le pédiatre se positionne en second recours (9). Partant du constat de 20 à 30 médecins généralistes pour 1 pédiatre libérale, la pédiatrie représente déjà une part importante de la patientèle en médecine générale, de 10 à 25% selon les études et jusqu'à 35% dans certaines maisons médicales(10) (11) (12). En 2005, 80% des jeunes enfants étaient suivis par un médecin généraliste (40-50% entre zéro et deux ans). Lorsqu'ils consultaient, les adolescents se référaient dans 70% des cas à leur médecin généraliste. Dans son rapport au ministre datant de 2005 le Pr Somelet souligne bien les missions et les activités des médecins généralistes dans les domaines de la santé de l'enfant.

Il note en effet la contribution des médecins généralistes dans :

- les pathologies aiguës, de l'enfant et de l'adolescent ;

- le suivi du développement physique, psychologique et social de l'enfant dans son environnement ;
- la prévention, la vaccination, les dépistages des troubles neurosensoriels, du comportement et le repérage des situations de maltraitance ;
- des conseils de puériculture, d'hygiène de vie, d'éducation pour la santé.

Il met en évidence que cette implication des médecins généralistes dépend de la disponibilité des pédiatres dans la zone d'exercice, de l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge de l'enfant, sa formation, ses motivations personnelles, sa relation avec ses confrères pédiatres et les réseaux mis en place au niveau local. Ainsi le champ d'activité du médecin généraliste peut s'étendre à des domaines plus spécifiques de l'enfant :

- prise en charge du handicap et des pathologies chroniques de l'enfant ;
- hospitalisations pédiatriques à domicile ;
- centre de prévention, travail en réseau (autisme, obésité, diabète), 80% des praticiens de Protection Maternelle et Infantile (PMI) étant des médecins généralistes.

Il est important de notifier de façon à part entière, la place du médecin généraliste dans la permanence des soins, assurée en maison médicale de garde par des médecins généralistes (3). La pédiatrie représente en moyenne 35% des consultations en maison médicale de garde et permet de soulager les services d'urgences hospitaliers notamment pédiatriques. Une étude menée lors de la mise en place d'une consultation sans rendez-vous à l'hôpital Robert Debré montrait une redirection de la patientèle des urgences pédiatriques vers la maison médicale de garde de l'ordre de 40%, avec une diminution par 6 du nombre d'enfants partis sans consultation médicale du fait de la réduction du temps d'attente. Cela représentait pour le personnel des urgences une diminution importante du nombre de passages une amélioration de la qualité d'exercice et une sécurité sanitaire accrue pour les patients (12).

C'est ainsi que plusieurs instances officielles, ont demandé l'évolution du schéma de prise en charge des jeunes patients, le pédiatre libéral n'étant plus de fait ce qu'il a été il y a 20 ou 30 ans.

Un des principaux objectifs étant de « *redéfinir les rôles respectifs du pédiatre et du généraliste dans la médecine de l'enfant pour qu'ils puissent collaborer et non s'opposer car il existe un flou parfois entretenu dans leurs compétences réciproques* »(10). Cette mise en avant de la place du médecin généraliste a été aussi souhaitée par les institutions comme la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), la Haute Autorité de Santé (HAS) et les syndicats de médecins généralistes qui précisent bien que le médecin généraliste est habilité à suivre les enfants, à réaliser les examens aux âges clés et à être désigné comme médecin traitant de l'enfant (13) (14)(15)(16).

Des cotations particulières sont notamment mises en place pour revaloriser l'implication des médecins généralistes dans le suivi et de l'enfant (17).

#### **1.4.Demande de mise en place de la formation en santé de l'enfant en ambulatoire**

Dès lors que l'évolution de la prise en charge de l'enfant a été actée pour les professionnels en exercice, il a fallu penser à adapter leur formation. L'apprentissage de la médecine générale sans stage dédié à la pédiatrie étant dès lors insuffisant. L'arrêté du 19 octobre 2001 rend obligatoire le stage de pédiatrie pour les internes de médecine générale (IMG) (18).

Le 22 septembre 2004, les textes règlementaires stipulent que le stage validant la pédiatrie devrait s'effectuer dans « *des services ou départements hospitaliers agréés pour la Médecine Générale* »(19).

Les internes de médecine générale n'étaient donc formés à la pédiatrie qu'en hospitalier, l'activité ambulatoire étant exclue des formats de stage. Cependant rapidement l'inadéquation entre les prérogatives de la pédiatrie hospitalière et de la pédiatrie ambulatoire est mise en avant.

Les problématiques et objectifs s'avèrent effectivement divergents, et un certain nombre de connaissances développées en hospitalier s'avèrent trop spécialisées pour la médecine ambulatoire quand plusieurs aspects de la pédiatrie de ville ne sont pas abordés lors des stages hospitaliers, comme la prévention, le dépistage, le repérage et l'éducation (20). On remarque par exemple qu'aux urgences pédiatriques les domaines du suivi et de la prévention ne sont pas assez abordés pour former l'interne, ils représenteraient moins de 5% des consultations pour les nourrissons et moins de 2% pour les 2-9 ans alors que selon l'observatoire de médecine générale, ces consultations concernent respectivement 41,4% et 28,4% des consultations de médecine générale pour ces tranches d'âge. A l'inverse la pathologie infectieuse vue aux urgences pédiatrique reste adaptée pour la pratique future du médecin généraliste, mais d'autres motifs de venue, comme les traumatismes crâniens, vus en grand nombre aux urgences pédiatriques ne le sont que très peu en cabinet libéral (21).

Les pédiatres, les médecins généralistes mais aussi les internes de médecine générale sont demandeurs d'une formation pouvant s'organiser en ambulatoire, abordant : la croissance, la nutrition, les vaccinations, la prévention, le dépistage des troubles sensoriels et cognitifs, le repérage des problèmes éducatifs et comportementaux, la contribution individuelle et collective aux actions de promotion de la santé (20) (21) (22) (23).

Ainsi l'arrêté du 10 août 2010 modifie l'arrêté de 2004 et supprime l'exclusivité du caractère hospitalier des stages de pédiatrie des internes de médecine générale (24).

Il est depuis possible pour les internes de se former de façon validante à la pédiatrie et à la gynécologie auprès de praticiens ambulatoires. L'arrêté ne stipule pas si les praticiens doivent être issus d'une spécialité particulière, les maîtres de stages universitaires (MSU) pouvant être des spécialistes en médecine générale, en pédiatrie, en gynécologie, le stage doit cependant disposer d'un agrément au titre de la médecine générale (24).

Ce dispositif a été mis en place par plusieurs départements de médecine générale à travers la France. De façon anticipée la faculté de Toulouse avait par exemple rapidement développé le versant ambulatoire de ses stages de pédiatrie dès 2009. Les quelques retours disponibles montrent une bonne progression des internes lors de ces stages et l'apport pédagogique de structures telles que les PMI. La PMI permet d'aborder les troubles relationnels mère-enfant, la prévention de la maltraitance, les troubles psychomoteurs. Néanmoins plusieurs domaines manquent à l'enseignement : les pathologies chroniques, les urgences pédiatriques, la prise en charge de l'adolescent (25). Une autre thèse réalisée auprès des IMG de Toulouse ayant réalisé leur stage uniquement en ambulatoire notait une bonne progression des internes dans les domaines du savoir, du savoir être et du savoir-faire. La progression la plus importante avait lieu dans les 3 premiers mois puis était moindre au 3<sup>ème</sup> et au 6<sup>ème</sup> mois. La progression des internes était très satisfaisante pour tous les items étudiés, on y retrouve notamment l'examen ostéoarticulaire de dépistage, la vaccination, les otites moyennes aiguës, le dépistage des troubles de l'audition, la prise en charge de la fièvre et de la déshydratation. L'item le moins abordé était les suspicions de violence. Ces résultats sont très encourageants car ils montrent une réelle progression de l'interne dans des domaines corrélés à sa pratique future (26).

### **1.5.Mise en place des stages de pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire à la faculté de Grenoble**

A la faculté de Grenoble, la formation en pédiatrie était jusqu'à l'hiver 2018 majoritairement hospitalière, répartie entre les différents centres hospitaliers de la région : Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble, Centre Hospitalier de Voiron, Centre Hospitalier Métropole Savoie, Centre Hospitalier Annecy Genevois, Centre Hospitalier Alpes Léman, Hôpitaux du Mont Blanc. Les internes étaient affectés aux services la journée et participaient aux tours de garde la nuit et les week-ends. L'organisation et la formation n'étaient pas différentes des internes de spécialité pédiatrique avec qui ils faisaient leur stage. Les cours théoriques étaient dispensés à la fois par des pédiatres en milieu hospitalier et par le département de médecine générale, sans coordination. Basé sur le mouvement national demandé par le

conseil national des généralistes enseignants (CNGE) et les associations d'internes, le département de médecine générale de Grenoble met en place à partir de l'hiver 2018 des stages couplés ambulatoires et hospitaliers dans le domaine de la pédiatrie. Ce modèle de stage a été mis en place pour continuer à collaborer avec les pédiatres et assurer aux internes une formation hospitalière et ambulatoire afin de voir un maximum d'aspects de la pédiatrie.

Ainsi les internes étaient affectés trois mois dans un service de pédiatrie hospitalière puis trois mois chez trois à quatre médecins installés en ville faisant au moins 20% de pédiatrie. Des institutions comme la PMI ont aussi été sollicitées afin d'élargir l'offre de stage. L'organisation des trois mois hospitaliers ou ambulatoire a été laissée aux maîtres de stage. Un couple d'internes était donc affecté sur chacun des 13 postes proposés, pendant que l'un était en ambulatoire l'autre était en hospitalier, le choix de commencer par l'un ou par l'autre a été laissé à la discrétion du binôme d'interne.

Les stages ambulatoires étant amenés à être développés, cette étude a pour but de recueillir le ressenti des internes vis à vis des stages couplés mis en place à Grenoble. Ceci afin de pouvoir les adapter aux mieux en fonction des compétences acquises et des améliorations à mettre en place pour optimiser l'apprentissage des internes de médecine générale en accord avec leur pratique future (27).

## **2. MATERIELS ET METHODES**

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

Les études qualitatives sont réservées à l'analyse de phénomènes psycho-socio-culturels, c'est-à-dire qu'elles explorent l'existence et la signification de phénomènes et sont donc inductives (28).

Nous avons fait le choix d'une étude qualitative menée sous forme d'entretiens semi-structurés auprès des internes avec analyse des données par phénoménologique interprétative ou IPA, dont l'objectif est d'étudier des phénomènes sur une population donnée, de comprendre l'essence de l'expérience des personnes et des phénomènes, en étant centré sur l'individu.

La grille internationale COREQ a été utilisée comme ligne directrice afin de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative (29).

Une inscription au registre de protection des données de la faculté de Grenoble a été faite.

### **2.2.Revue de la littérature**

La revue de la littérature a permis de vérifier l'intérêt du sujet en faisant un état des lieux concernant les données de la littérature sur les stages ambulatoires dans le domaine de la pédiatrie. Nous avons employé différents moteurs de recherche comme Sudoc, Pubmed, Google Scholar ou des archives de revues non indexées comme Exercer.

Les mots clés employés étaient : formation ambulatoire, pédiatrie, enfant, guide d'entretien, stages ambulatoires pédiatriques, formation professionnelle, médecine générale ; Mesh : clinical clerkship, medical education, family practices, emergency medicine, pediatric.

### **2.3. Recueil des données**

Pour réaliser le guide d'entretien nous nous sommes aidés en grande partie des 11 familles de situations développées par le CNGE comme outils pédagogiques aux internes de médecine générale.

Nous avons interrogé tous les internes qui ont expérimenté ce stage lors du premier semestre durant lequel il a été mis en place, c'est-à-dire le semestre hiver du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 30 avril 2019. Nous avons effectué 13 entretiens et n'avons essuyé aucun refus de la part des internes.

Les internes ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous soit au domicile de l'interne, dans un café ou à notre propre domicile. Lors de ce premier contact, nous avons donné des informations concernant le sujet de la thèse, la durée moyenne des entretiens, mais n'avons pas délivré les questions au préalable avant l'entretien pour favoriser des réponses spontanées. Avant chaque enregistrement l'interne était informé de l'anonymat de celui-ci.

Les entretiens ont été enregistrés sur deux supports différents, par dictaphone numérique et sur une application d'enregistrement sur ordinateur. La durée des entretiens était en moyenne de 23 minutes et allait de 12 minutes à 33 minutes.

Au cours des entretiens, nous n'avons que peu modifié notre questionnaire et avons seulement rajouté une question à la fin, sur l'estimation du nombre de patients relevant de la pédiatrie au cours du stage ambulatoire.

Les *verbatim* ont ensuite été écoutés puis retranscrits intégralement, données verbales et non verbales, sur le logiciel de traitement de texte WORD soit manuellement soit à l'aide d'une application de retranscription vocale Voice Notebook.

Les sujets de l'étude avaient accès à leur entretien audio et à leur *verbatim* à tout moment de l'étude en contactant les responsables de l'étude. Aucun sujet n'a souhaité le faire.

Le recueil des données s'est effectué entre juin 2019 et octobre 2019. Le corpus des entretiens et questionnaire est inclus en annexe (ANNEXE 1 à 13) ainsi que le guide d'entretien (ANNEXE 14).

Il s'agissait du premier travail de recherche des deux investigateurs, tous deux internes en médecine générale, ainsi il a fallu sur les premiers entretiens et des premières analyses s'adapter aux difficultés non anticipées.

## **2.4. Analyse des données**

Nous avons choisi de nous aider du logiciel NVivo pour le codage de nos données.

La méthode par d'analyse interprétative phénoménologique (IPA) ayant été choisie, nous avons réalisé le codage selon trois niveaux d'analyse : descriptif, thématique et la construction d'un modèle explicatif.

Une triangulation a été réalisée pour permettre d'augmenter la fiabilité des résultats, chaque chercheur réalisant une analyse seul avant une mise en commun de ses résultats avec le second chercheur.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Caractéristiques des sujets de l'études

| N° d'entretien | Age | sexe | Durée de l'entretien |
|----------------|-----|------|----------------------|
| Entretien 1    | 26  | M    | 12min 33 sec         |
| Entretien 2    | 26  | M    | 25min 13sec          |
| Entretien 3    | 26  | F    | 18min 18 sec         |
| Entretien 4    | 26  | F    | 28min 40 sec         |
| Entretien 5    | 26  | F    | 16min 37 sec         |
| Entretien 6    | 26  | M    | 21min 01 sec         |
| Entretien 7    | 26  | M    | 30min 18sec          |
| Entretien 8    | 27  | F    | 14min 23sec          |
| Entretien 9    | 27  | M    | 21min 24 sec         |
| Entretien 10   | 26  | F    | 21min 47sec          |
| Entretien 11   | 26  | F    | 29min 07sec          |
| Entretien 12   | 26  | F    | 26min 37sec          |
| Entretien 13   | 27  | F    | 33min 13sec          |

#### 3.2. Ressenti général

##### 3.2.1. Satisfaction globale vis à vis du stage

La majorité des internes ont exprimé leur satisfaction vis à vis de leur stage avec des retours positifs : « *Moi j'ai trouvé que c'était une chance de pouvoir faire ça parce que tout le monde n'a pas eu l'occasion de le faire... Et après euh.. et moi j'ai été hyper content de ce stage* » (E7) ; « *Donc je pense que vraiment les deux sont bien équilibrés. Moi je suis contente d'avoir fait ce stage plus qu'un stage hospitalier pur ou qu'un stage ambulatoire pur. Je pense que les deux sont vraiment complémentaires.* » (E8).

##### 3.2.2. Intérêt du stage couplé pour la formation

Les internes mettent en avant un grand intérêt des stages couplés pour la formation en médecine générale : « *De pouvoir voir à la fois l'enfant sain et l'enfant malade avec l'ambulatoire et l'hospitalier. Donc ça c'est une chance ...* » (E12) ; « *je trouve que c'est... ouais que c'est hyper bénéfique quoi... (silence) d'avoir fait les deux. Je pense que j'ai eu plus de connaissances générales par rapport à ceux qui ont fait 6 mois d'hospit ou même ceux qui ont fait 6 mois de PMI qui ont pas forcément vu un enfant malade au final* » (E2).

### 3.2.3. Durée de 3 mois pour la formation dans chaque domaine

Les internes ont des avis divergents quant à la durée des stages, plusieurs expriment que trois mois dans chaque domaine est suffisant mais peut être frustrant : « *Bin c'est un peu frustrant parce que tu pars du stage alors que tu commences tout juste à être à l'aise euh... (silence), je sais pas si il y a un format... (silence) c'est bien aussi, oui c'est un peu frustrant mais t'as appris quand même dans les deux. Mais c'est vrai que tu quittes un peu le stage et puis tu te dis bin là je suis à l'aise en ce moment et je pars du stage et du coup tu peux pas profiter de la période où tu es à l'aise quoi.* » (E6).

Quatre internes expriment le fait que faire trois mois sont suffisants pour l'apprentissage en ambulatoire : « *J'avais aussi l'impression d'avoir fait un peu le tour en pédiatrie en ambulatoire fin... que je n'allais pas en apprendre plus... en pédiatrie je parle..* » (E10).

Huit internes estiment que les trois mois sont suffisants en hospitalier : « *3 mois je pense que c'est le minimum bien euh... c'est vrai qu'en dessous de 3 mois on n'a pas trop le temps de s'installer euh... 3 mois j'ai trouvé que c'était parfait* » (E8).

On retrouve aussi plusieurs internes, quatre sur treize, qui déclarent que le passage en hospitalier n'est pas satisfaisant sur une période de 3 mois : « *3 mois c'est trop court, c'est bien en ambulatoire mais pas en hospitalier. J'aurais pu apprendre plus de choses en hospitalier.* » (E11).

### 3.2.4. Critères de choix du stage

Les internes mettent en avant quatre critères de choix d'un stage couplé.

Le plus déclaré est celui de la validation de la gynécologie, retrouvé dans huit entretiens : « *Je t'avoue que moi je l'ai fait en partie parce que ça validait la gynéco* » (E1).

On retrouve aussi le fait que l'interne veuille faire un maximum d'ambulatoire lors de son cursus : « *Bin pour l'aspect ambulatoire parce qu'on est quand même en médecine générale et plus on fait de l'ambulatoire mieux c'est je trouve, ça sera plus de notre pratique* » (E6).

L'aspect pédagogique complet du stage et le rythme du travail eux sont retrouvés respectivement chacun dans trois entretiens : « *Mais l'aspect complet du stage, comme je l'ai dit avant, ça c'était l'autre gros point positif que j'avais déjà anticipé et je me doutais que je ferai pas de suivi, qu'en plus on avait des secteurs à respecter et que je passerai pas partout à l'hôpital non plus donc euh voilà, c'était le meilleur moyen de tout voir.* » (E3) ; « *Et euh... donc c'est vraiment ça, c'était vraiment un choix pour me ménager* » (E8).

Plusieurs internes ont aussi exprimé le fait que faire un stage purement hospitalier aurait aussi été un choix intéressant pour eux : « *Mais les deux types de stage (ambulatoire/hospit et que hospit) sont bien tous les deux* » (E12).

### **3.3. Apprentissages en milieu hospitalier**

#### **3.3.1. Compétences médicales acquises**

Pour trois des internes, c'est l'exercice hospitalier qui permet de pratiquer la clinique : « *d'être formé par des médecins pédiatres donc d'avoir un peu les bases de l'examen clinique de la prise en charge un peu global de la pédiatrie donc ça j'ai trouvé ça important...* » (E13).

Une majorité, dix internes sur treize, pense que c'est l'hôpital qui permet de se former à la pathologie pédiatrique : « *sur la pathologie pure l'hospitalier est forcément plus adapté* » (E3), notamment la bronchiolite, les gastro-entérites, les pathologies ORL ... La pathologie de l'adolescent, représenté principalement par la pédopsychiatrie, et les pathologies chroniques se gèrent surtout à l'hôpital.

De manière unanime, les internes reconnaissent que les urgences ont une place importante dans l'apprentissage de la pédiatrie : « *Et à l'hôpital j'ai vraiment aimé la formation parce que*

*c'est là où j'ai vraiment appris le plus de choses surtout aux urgences pour examiner les enfants et demander des examens complémentaires si besoin etc. » (E13).*

En parallèle, quelques-uns pensent que certaines connaissances hospitalières ne sont pas nécessaires pour la pratique future de la médecine générale : *« mais finalement je pense qu'en tant que médecin généraliste on a pas besoin d'être des pédiatres ultra spécialisés non plus. »* (E5). Pour beaucoup la pédiatrie hospitalière ne permet pas de se former au suivi : *« Toutes les visites du suivi hum.... A deux mois, trois mois tout ça en fait c'est des choses qu'on voit pas dans nos stages hospitaliers. »* (E2).

Les consultations avec les pédiatres sont prisées et la moitié des internes le spécifient en étant déçus de ne pas avoir pu y participer : *« si j'avais fait plus de consultations en stages, si on y avait plus accès en étant moins entraînés dans ce turn-over énorme qu'est l'hiver euh... là je suppose que j'aurais appris plein de choses. Mais je n'ai pas fait ça pendant mon stage, et aucun autre interne non plus. Je l'ai fait de manière exceptionnelle deux fois je pense »* (E3).

Lorsque des cours étaient proposés, les internes les ont appréciés et les ont trouvés utiles : *« Ce qui était bien aussi c'était d'avoir des cours le matin. »* (E11).

Quelques internes appréhendent la pathologie pédiatrique et de manière générale la formation à l'hôpital est importante pour les internes : *« Ah oui c'était le socle, sûr et certain, ben pour moi pour mieux apprendre la pédiatrie mieux vaut avoir des pédiatres. Je ne dis pas que les médecins généralistes sont moins bien là-dessus, eux ils ont la pratique mais euh... avoir un pédiatre pour l'apprendre, pour le mettre en pratique et avoir le lien entre la théorie et la pratique je trouvais que c'était pas mal. »* (E4).

### **3.3.2. Passer par différents secteurs hospitaliers est une revendication de l'interne**

La majorité des internes ayant bénéficié d'un roulement dans les services hospitaliers l'ont spécifié et en ont été très contents : *« J'étais très contente du format à l'hôpital où on a pu*

*tourner entre les différents services. » (E12). Cela leur permettait d'avoir une vision plus globale de la pédiatrie et de compléter leurs connaissances.*

Les autres internes quant à eux étaient déçus de n'avoir été affectés qu'à un seul service hospitalier pendant les trois mois de stage hospitalier : *« c'est pas suffisant je trouve, surtout quand on tourne pas dans les services... » (E11).*

### **3.3.3. Le stage hospitalier est vécu comme plus difficile**

La charge de travail est mal vécue par sept internes : *« Et après c'est vrai qu'au niveau de l'organisation le rythme de pédiatrie à l'hôpital avec les gardes c'était quand même assez dur. Donc c'est vrai qu'il faut quand même noter ça dans l'organisation, moi j'ai trouvé ça difficile mais après comme tout le monde mais... même si c'était fait au mieux. Je ne sais pas à qui lancer la pierre mais c'est vrai que c'était très dur. » (E8).* La charge administrative est vécue comme fastidieuse : *« À l'hôpital les inconvénients sont plus de l'ordre organisationnel de l'hôpital, il y a un problème d'organisation au niveau des biologies... Ils impriment toutes les biologies et c'est à nous l'interne d'aller ranger les biologies dans les classeurs donc on faisait beaucoup de paperasse, du travail de secrétaire... c'est un gros point négatif.. » (E13) ; « L'après-midi tu ne voyais pas beaucoup d'enfants vu que tu passes ton temps devant l'ordi à faire les courriers. En plus on a pas le droit de les dicter il faut tout taper. Du coup c'était un peu tendu...et après avant la contre visite moi pour avoir l'impression que je faisais un peu de ped j'allais revoir tous les enfants donc après tu sors tard... » (E11).* Cette charge de travail était vécue comme un frein à l'apprentissage.

Pour quelque uns, le versant hospitalier est vécu comme plus stressant : *« ça me faisait une pause dans l'hiver et forcément je savais que j'aurais moins de gardes et ... même si j'en ai fait quelques-unes en plus après mais j'avais je l'avoue un rythme un peu plus tranquille et moins stressant avec des prat qui s'occupent que de toi, qui s'occupent de ta formation, plutôt que d'être avec des pédiatres qui finalement sont bien contents de t'avoir pour faire tourner le service. » (E3).*

### 3.3.4. Commencer par le stage hospitalier est plus confortable pour l'interne

Commencer par le versant hospitalier est ressenti comme plus facile et confortable du point de vue de certains internes vis-à-vis des connaissances acquises en hospitalier et la possibilité de les mettre en pratique en ambulatoire : *« J'ai préféré commencer par avoir un minimum de base sur, sur, sur ce qu'on voit au quotidien enfin comment dire sur ce qu'on voit aux urgences. Vraiment des pathologies type bronchiolite et tu sais un peu ce qui me faisait peur c'est ça. Donc c'est vrai que je suis arrivé chez les prats un peu plus rassuré quand j'avais des enfants qui venaient sur des consultations sans rendez-vous d'urgence ça me paraissait tout de suite beaucoup plus familier. »* (E3).

C'est aussi plus confortable par rapport à l'intégration et d'un point de vue organisationnel : *« moi ça allait parce que je suis passé de l'hospitalier à l'ambulatoire, donc je suis arrivé avec les nouveaux internes au départ en hospitalier donc y'a pas eu de soucis. Et au bout de trois mois j'avais qu'à m'intégrer avec mes prats individuellement donc y avait pas de problème dans ce sens-là. »* (E1).

### 3.3.5. Relationnel avec les pédiatres hospitaliers

Huit internes sur treize ont ressenti une certaine réticence de la part des pédiatres hospitaliers vis-à-vis de ce nouveau stage couplé : *« bon après c'est endroit-dépendant... Ici à \*\* je sais que j'ai été un peu déçue parce que le premier jour à l'hôpital on a été froidement accueillis, aussi parce que ça ne s'était pas bien passé le semestre d'avant du coup ils étaient assez froids. Du coup, pour ceux qui étaient en ambulatoire, on a eu l'impression d'être puni quoi... Un peu l'impression d'être pris pour ceux qui ne voulaient pas en « foutre lourd » »* (E11) ; *« ce qui était pas facile non plus les médecins de pédiatrie nous ont dit d'emblée que eux ils n'y étaient pas du tout favorable, parce que euh... ils estimaient que c'était pas suffisant pour en savoir suffisamment sur la pédiatrie »* (E5).

Finalement cette réticence s'est parfois transformée en acceptation avec une certaine réassurance par les internes venant du stage ambulatoire : *« Et c'est vrai qu'en une semaine je*

*pense qu'on était tous lancés bien quoi... Et c'est le retour que les pédiatres nous on fait après aussi. » (E8) « Bon ça s'est finalement un peu détendu un peu après mais je pense qu'ils avaient beaucoup d'à priori sur cette organisation et moi j'ai été finalement surprise d'apprendre autant. » (E3).*

Trois internes ont tout de même eu l'impression de ne pas être acceptés et ont en conséquence moins bien vécu leur stage : *« et j'ai senti qu'ils faisaient une différence sur les 3 internes de médecine que l'on était, entre celui qui allait partir au bout de 3 mois et ceux qui étaient là pour 6 mois. » (E3) ; « Et l'impression que j'en ai eu c'est qu'ils nous le faisait un petit peu payer quand même. Autant, enfin après c'est un point de vue extérieur mais j'ai l'impression que les deux internes qui ont commencé leur stage à l'hôpital, ils ont été accueillis comme les autres internes, et que nous les deux qui sommes arrivés trois mois après, il y avait quand même une réelle réticence de la part des médecins et ça s'est ressenti un peu tout le long du stage j'ai trouvé. » (E5).*

Malgré cette réticence, de nombreux internes ont été très satisfaits de la séniorisation et de l'encadrement hospitalier : *« non ça a été et je me suis assez vite adaptée au rythme... et puis on est très bien d'encadré à l'hôpital par l'équipe des pédiatres donc c'est rassurant. » (E10).*

### **3.4.Apprentissage en ambulatoire**

#### **3.4.1. Compétences médicales acquises**

Onze internes sur treize s'accordent à dire que c'est le versant ambulatoire qui permet de se former au suivi de l'enfant : *« Parce qu'en médecine générale bin en ambulatoire on apprend vraiment le suivi de l'enfant sain qu'on apprend pas du tout en hospitalier quoi » (E6) ; « Les nourrissons finalement j'en ai plus vu en ambulatoire chez le médecin généraliste ou là c'est presque que ça que j'ai en pédiatrie finalement... c'est les consultations de suivi 2 mois 4 mois 6 mois. Et c'était super parce que c'est vraiment la partie la plus intéressante je pense pour nous des nourrissons de voir le suivi, l'enfant normal » (E8).*

On retrouve aussi cette notion à propos de l'alimentation et de la diversification : « *Pareil la diversification ... en fait j'ai commencé par les urgences donc il s'est trouvé que les patients me posaient des questions des fois sur place... fin... enfin... hum j'en avais jamais vu je connaissais rien du tout sur ça. Et tout ça c'est des choses que j'ai dû apprendre dans mon stage ambulatoire que j'aurai pas vu si j'avais pas fait le mixte* » (E2). Cette notion revient aussi à propos du relationnel avec les parents : « *Enfin la diversification, les conseils aux parents et même le temps qu'on consacre aux parents et aux gens, il est pas du tout le même au cabinet où tu peux prendre le temps d'expliquer ce genre de choses que sur des urgences* » (E3) ; ou avec l'enfant : « *Euh... ben déjà dans l'examen clinique de l'enfant, je pense avoir progressé à ce niveau-là, dans l'appréhension d'une consultation pédiatrique. Savoir comment manipuler un nourrisson, savoir comment aborder un enfant jeune.* » (E9).

Pour certains internes le versant ambulatoire permet aussi de mettre en application les notions vues en hospitalier : « *et les trois mois en ambulatoire permettaient d'appliquer un peu ce qu'on avait appris à l'hôpital et en même temps d'avoir des informations de la part de nos praticiens sur comment ils gèrent la pédiatrie générale, en médecine ambulatoire.* » (E13).

Dans sept entretiens, on retient la notion que le stage ambulatoire permet d'aborder des choses qui ne sont pas abordées en hospitalier : « *Alors c'est tout ce qui va être sur la prévention, du nourrisson aux urgences on est pas trop dans cet axe-là. Il y a un problème « l'enfant siffle » on doit répondre au problème et puis on va être dans la thérapeutique alors que la finalement les consultations de pédiatries c'est tout ce qui avait à côté finalement... et pourquoi finalement il fait pas ses nuits, qu'est-ce que je peux faire pour qu'il fasse ses nuits euh... ça c'est des questions qui me... à chaque fois j'étais en difficulté avant et c'est vrai que c'est vraiment sur finalement tout ce qu'il y a à côté du versant pathologique tu vois ou vraiment le fait d'être en ambulatoire m'a beaucoup aidé.* » (E2).

Enfin, quatre internes déclarent ce stage plus adapté à la médecine générale : « *mais sur tout le reste et je pense là que c'est bien le trois-quarts de ce qu'on fera en pédiatrie bin ça c'est au cabinet donc c'est représentatif.* » (E3).

### **3.4.2. Une vision pluridisciplinaire en ambulatoire**

Plusieurs internes dépeignent la vision pluridisciplinaire qu'apportent les trois mois d'ambulatoire. Cette notion se retrouve par le fait que la variété des pratiques rencontrées soit un atout pour le stage : « *J'ai fait mon stage chez \*\*\*, \*\*\* et \*\*\*... et tous très compétents, ils avaient tous une façon de travailler très différente donc déjà ça t'enrichi en tant que médecin généraliste parce que tu vois encore trois nouvelles façons de travailler qui enrichit encore les trois manières de travailler que tu as vu en UPL donc c'est hyper intéressant et en plus de ça c'est sûr d'autres problématiques, la gynécologie et la pédiatrie.* » (E7). Cela permet la création ou l'appréhension d'un réseau de prise en charge ambulatoire : « *L'avantage aussi en ambulatoire était d'apprendre à savoir à qui adresser un enfant, d'élargir un peu sur les possibilités comme par exemple le CAMS, je savais pas trop ce qu'ils faisaient etc... et ça tu n'apprends pas trop ça à l'hôpital.. Dans l'hypothèse où tu t'installes après dans le coin c'est bien aussi de savoir comment les gens bossent... tu sais à qui adresser. Et puis ça peut aussi être reproductible quand tu changes d'endroit. Et puis c'était plus varié en ambulatoire.* » (E11) ; ou encore cela peut donner accès à une vision du travail des paramédicaux en ville qui a un intérêt à la formation : « *En PMI par-contre c'était bien à la fin j'étais en autonomie. Ça m'a permis d'apprendre beaucoup de choses quand même avec les puéricultrices et en consultation directement chez les patientes qui venaient d'accoucher c'était intéressant* » (E12).

### **3.4.3. La pédagogie en ambulatoire**

Cinq internes déclaraient être satisfaits des connaissances amenées par leur praticiens en ambulatoire : « *À l'inverse cela m'a aussi surpris d'apprendre autant en cabinet avec des prat* » (E3).

Certains internes disent que l'apprentissage de l'interne est plus valorisé en ambulatoire  
« *Et encore une fois quand on a des prat qui sont axés sur nous, j'avais des prat qui étaient bien à jour sur les recommandations et je pense qu'ils m'ont appris de très bonnes choses c'était tout à fait adapté. J'ai bien mieux appris en cabinet, en tout cas dans de meilleures conditions, dans de meilleures conditions, plus à l'aise, mieux (silence) mieux comment dire, valorisée* » (E3) ; alors que quatre internes se disent déçus de l'encadrement et du manque d'autonomie en ambulatoire : « *Il y en a une autre, à \*\*\*, qui ne jouait pas trop le jeu parce qu'il y avait des journées où j'avais plus de la moitié de médecine générale alors qu'elle est réputée entre guillemet pour avoir beaucoup de pédiatrie ... et puis clairement elle m'a pris pour un SASPAS, voire remplaçant, à plusieurs reprises. Elle me laissait seule dans sa salle de consultation et elle partait. Et en plus ce n'était pas de la pédiatrie, elle me laissait avec ses patients chroniques ! Donc c'était assez énervant...Elle ne faisait pas trop d'efforts quoi...* » (E11).

Plusieurs étudiants reviennent régulièrement sur le fait que la progression en stage dépend grandement des maîtres de stages universitaires. Pour certains une mauvaise relation avec un MSU a altéré la qualité du stage : « *après à la fin des 3 mois en ambulatoire j'avais hâte de changer parce que je m'entendais moyen avec les médecins et j'avais envie de voir une autre équipe* » (E10).

En parallèle d'autres décrivent de bonnes relations avec leurs MSU : « *Les avantages euh... du coup en ambulatoire c'était que les praticiens étaient vraiment...fin voulaient vraiment nous apprendre plein de choses, ils étaient motivés et chaleureux, l'accueil était vraiment génial l'ambiance c'était super.* » (E13).

On retrouve aussi une certaine frustration de la part des internes lorsque la prise en charge des MSU ne leur paraissait pas adaptée « *j'étais en plus pas toujours d'accord avec la prise en charge de ma med gé, elle était vraiment pas dans le conflit, par exemple dès que la question de la vaccination était même en mode « ah non mais moi je ne vous oblige en rien* » c'était des

*choses qui m'ont un peu choqué, je suis un peu plus rentre dedans comme style et donc c'est vrai qu'il y avait des choses qui me gênaient un peu » (E2).*

#### **3.4.4. Organisation en ambulatoire**

On distinguera deux grands ressentis quant à l'organisation du stage ambulatoire.

La moitié des internes déclarent être satisfait de l'organisation du stage. Celle-ci aurait selon eux été adaptée pour l'apprentissage de la pédiatrie : *« Les prat faisaient vraiment des efforts pour que j'ai que de la pédiatrie ou de la gynécologie donc ça c'était top. La secrétaire était aussi au taquet pour me mettre toutes les urgences pédiatriques, sur les créneaux où les prat avaient de la médecine générale. C'était bien d'avoir une salle de consultation à côté. » (E11) ;* avec un nombre satisfaisant de patients relevant de la pédiatre : *« Alors euh... bah du coup ça dépend des jours. C'est vrai qu'on ne voit pas que de la pédiatrie mais avec du recul je pense que j'ai quand même bien vu au moins 40% de pédiatrie voire 50% voire 60% avec du recul mais maintenant ça fait quatre mois que je n'y suis plus. Mais en tout cas j'ai été satisfaite de ce que j'ai vu » (E8) ;* et une satisfaction de ne pas faire que de la pédiatre : *« Ça m'arrangeait aussi de garder un petit pied dans l'adulte aussi hein. Parce que c'est sur on oublie vite sinon »(E3).*

Pour une autre partie des internes il y avait un manque de formation du fait car pas assez de pédiatrie en ambulatoire. Le nombre d'enfants vus en pédiatrie était selon eux insuffisant *« et en ville dans mon stage à moi j'en ai pas vu beaucoup des enfants. » (E1).* Ils décrivent un manque d'organisation du stage autour de la pédiatrie : *« j'avais une Prat qui était plus âgée et donc sa patientèle était aussi plus âgée et donc moins de pédiatrie... J'avais moins de pédiatrie avec elle. Or j'étais avec elle le mardi et je pense que cela aurait été plus judicieux d'aller avec elle le mercredi car il y a plus d'enfants le mercredi. » (E9).* De ce fait le stage n'était pas toujours vécu comme un stage de pédiatrie mais plutôt comme un UPL ou un SASPAS : *« le reste de la semaine pendant les trois mois d'ambulatoire c'était plutôt du SASPAS. Donc j'étais en autonomie et je faisais mes consultations mais j'avais pas forcément mes patients de gynéco*

*ou de pédiatrie qui venaient me voir donc c'était vraiment du SASPAS classique on va dire.*

*Voilà un petit peu ce que je peux en dire. » (E5).*

Deux internes vont jusqu'à déclarer n'avoir fait que trois mois de pédiatrie sur leurs six mois de stage : « *sur le plan de la pédiatrie je n'ai fait que trois mois* » (E1).

### **3.4.5. Un Rythme en ambulatoire plus adapté à la formation**

Deux internes reviennent sur le fait que le temps auprès du patient est plus important en ambulatoire qu'en hospitalier : « *Je pense que je passais 30 minutes à une heure auprès des enfants alors que au cabinet je passais beaucoup plus de temps près des patients.* » (E3), avec un temps dégagé pour la formation plus important : « *L'intérêt du stage pour moi c'est que ça a dégagé pas mal de temps en ambulatoire pour approfondir les sujets ou j'avais plus des lacunes ou des sujets où tu voulais t'investir un peu plus... Parce que du coup ça permettait d'aller en consultation de pédiatrie un peu plus spécialisée...* » (E11). Le rythme plus souple en ambulatoire est globalement apprécié par l'interne : « *En fait quand tu fais 3 mois d'ambu, il faut quand même le dire tu es plus tranquille, tu ne fais pas de gardes, tu n'as pas certaines obligations, tu n'as pas certaines pressions notamment les courriers* ».

### **3.5. Les urgences pédiatriques sont le secteur le plus formateur en hospitalier**

Pour douze internes sur treize, les urgences permettent de déterminer le degré d'urgence et d'adapter la prise en charge pour leur futur pratique ambulatoire : « *Les premiers recours, les urgences je pense que c'est là où j'ai le plus progressé... de savoir quand on doit s'inquiéter devant un enfant, quels sont au premier regard les signes d'alerte qui fait qu'il faut qu'il soit adressé aux urgences ou au contraire ça peut être une gestion ambulatoire...ça m'a permis de progresser là-dessus sur les signes d'alerte à repérer.* » (E13) ; « *le plus important dans l'hospitalier pour moi c'est de gérer les urgences en fait de cibler ce qui doit être hospitalisé ou pas en termes de cas clinique quoi.* » (E6).

Les urgences sont aussi formatrices pour l'apprentissage de la clinique, de par le flux de patients important et le fait que l'interne soit en première ligne : « *Alors que la bah quand tu es aux urgences t'es la première à y aller donc ça te force un peu à bien les examiner.* » (E10) ; « *Moi j'ai commencé par les urgences pédiatriques et il y avait beaucoup de monde donc j'ai pu voir plein plein de patients.* » (E12).

Deux internes notent par contre que les urgences ne permettent pas l'apprentissage du suivi de l'enfant sain : « *Alors c'est tout ce qui va être sur la prévention du nourrisson, aux urgences on est pas trop dans cet axe-là.* » (E2), mais huit s'accordent à dire que c'est le service le plus adapté à la pratique de la médecine générale : « *les urgences ont plus d'intérêt pour la médecine générale* » (E11) ; « *l'intérêt pour la médecine générale à mon sens se sont les urgences même si c'est important de voir comment cela se passe en hospitalisation ça ne sera pas notre pratique plus tard.* » (E9).

Deux des internes ont exprimé leur déception de ne pas avoir pu être affectés aux urgences pédiatriques : « *donc forcément on voulait tous aller aux urgences pédiatriques...donc on a dû tirer au sort... et oui après j'étais aux nourrissons ça me dérange pas j'aime bien la pédiatrie mais... je reste un peu sur ma faim sur ce stage quoi.* » (E11).

La charge de travail importante aux urgences est tout de même vécue comme difficile par quelques internes : « *Et après aux urgences je n'aurais pas fait plus de 3 mois non plus parce que c'est très fatigant avec les gardes... trop de garde et les horaires...* » (E10), mais la majorité des étudiants se disent contents, voir chanceux, d'avoir été affectés aux urgences : « *Après j'ai eu la chance de passer aux urgences pédiatriques* » (E10), « *Globalement moi je suis très content d'être passé aux urgences* » (E2).

### **3.6. Le vécu du changement de poste**

D'une manière générale la transition lors du changement de poste à trois mois de stage a été bien vécue par les internes : « *Donc j'ai plutôt bien vécu la transition avec une adaptation qui se fait comme tout changement de stage.* » (E9).

Cinq internes remarquent que c'est aussi l'entraide entre les étudiants qui a permis une bonne transition et une bonne intégration : « *nous on était déjà intégrés avec les internes que tu connais déjà et ils peuvent tout t'expliquer comment marche le service, le logiciel et tu as*

*pas à demander au chef. Donc c'est les autres étudiants qui étaient là en stage pendant les 6 mois qui ont aidé quand même pour l'intégration... » (E7).*

La proximité des lieux de stages en ambulatoire et avec l'hôpital a aussi facilité ce changement : *« Ben là c'est pas si loin que ça, j'avais un prat vers \* et un prat vers \* donc j'ai pas dû changer d'appart ou quoique ce soit donc... J'étais pas loin tu vois, 20 minutes max en voiture.. un quart d'heure vingt minutes... donc ça a pas posé de problème. ».*

Plusieurs internes ont spécifié que non seulement la transition s'est bien passée mais aussi que ce changement est motivant et redynamise le stage : *« et du coup quand je suis arrivé à l'hôpital j'étais hyper motivé et pendant 3 mois j'ai bossé parce que je savais que ça durait que 3 mois. Parce que quand tu fais 6 mois à l'hôpital tu sais que tu vas avoir mal, que quand tu vas rentrer tu vas être crevé, tu auras pas la motivation de relire des trucs et de voir des choses différentes et d'enrichir ta pratique... et du coup aussi quand tu arrives à l'hôpital et que tu as fait tes 3 mois en ambulatoire et bien tu apportes du neuf et tu peux poser des questions, savoir ce que pensent les pédiatres de telle ou telle situation en ambulatoire, et ça tu peux pas l'avoir si tu as un stage uniquement à l'hôpital. » (E7).*

A l'inverse, pour deux internes, la transition n'a pas été bien vécue du fait du mauvais accueil des pédiatres : *« Et l'impression que j'en ai eu c'est qu'ils nous le faisaient un petit peu payer quand même. Autant, enfin après c'est un point de vue extérieur mais j'ai l'impression que les deux internes qui ont commencé leur stage à l'hôpital, ils ont été accueillis comme les autres internes, et que nous les deux qui sommes arrivés trois mois après, il y avait quand même une réelle réticence de la part des médecins et ça s'est ressenti un peu tout le long du stage j'ai trouvé. » (E5).*

### **3.7.Intérêts et avantages du stage couplé**

La complémentarité des versants ambulatoire et hospitalier est un intérêt majeur de ce stage, puisque dix internes sur treize l'ont exprimé et à de nombreuses reprises : *« De pouvoir voir à*

*la fois l'enfant sain et l'enfant malade avec l'ambulatoire et l'hospitalier. Donc ça c'est une chance » (E12) ; « je pense que c'est plus complet qu'un stage pédiatrie normal, c'est vraiment l'aspect complet » (E3) ; « Donc de pouvoir coupler les deux c'est ça qui m'a vraiment plu...de pouvoir apprendre en hospitalier les bases importantes de l'examen clinique de l'enfant, les examens complémentaires quand il y a besoin d'en faire et euh... les traitements... fin voilà d'avoir une approche hospitalière et en même temps d'être formé à la médecine ambulatoire pour appliquer ce qu'on apprend à l'hôpital. » (E13).*

Un autre avantage relaté et étroitement lié au premier est que ce stage apporte une vue d'ensemble, une vision globale de la pédiatrie : *« Donc les avantages eh bien ... c'est que ça donne une bonne vision d'ensemble de la pédiatrie. » (E8).*

Selon certains internes, ce stage permettrait de favoriser une bonne articulation entre la médecine de ville et l'hôpital du point de vue de la communication nécessaire entre les deux mais aussi au niveau de l'organisation : *« Ça donne une bonne vision aussi de la communication nécessaire entre l'hôpital et l'ambulatoire, qui est difficile d'être parfaite mais voilà... » (E8) ; « et l'hôpital ce que ça t'apporte déjà tu sais comment c'est organisé donc tu as déjà tout ce côté organisationnel qui est hyper important où toi tu as envie de savoir quand tu es en ville, tu as envie de savoir comment ça marche. Tu sais pas forcément comment ça se passe les urgences, comment ils attendent les enfants. » (E7).*

La moitié des internes ont ajouté que ce stage couplé est plus enrichissant selon eux qu'un stage non couplé hospitalier pur ou ambulatoire pur : *« Je pense que j'ai eu plus de connaissances générales par rapport à ceux qui ont fait 6 mois d'hospit ou même ceux qui ont fait 6 mois de PMI qui ont pas forcément vu un enfant malade au final euh... silence pendant leur stage de PMI » (E2) ; « En hospitalier on ne s'intéresse pas du tout à cette partie-là et ça je trouve que c'est une lacune quand tu fais que de l'hospitalier quoi... Et donc j'ai l'impression d'avoir fait quelque chose de plus global en pédiatrie » (E12).*

### 3.8.Limites et amélioration

#### 3.8.1. Limites du stage

##### 3.8.1.1. La gynécologie

Douze internes sur treize font part de la déception vis à vis de la gynécologie dans leur stage couplé du fait du manque de situations relevant de la gynécologie : « *En gynécologie je n'ai pas vu énormément de choses non plus. J'ai vu la pose d'un implant et 2 stérilets et je n'en ai pas posé moi-même j'ai vu plusieurs retraits... Mais en gynécologie ce n'est clairement pas suffisant pour le compter comme un stage validant je trouve. Niveau gynéco je n'ai pas progressé du tout je trouve* » (E10).

Cette limite est selon plusieurs internes masculins accentuée par le fait qu'ils soient des hommes : « *Et bin pareil pour la gynéco sauf voilà après euh... (silence) vu que je suis un mec, du coup euh... ça passe moins. J'ai eu pas beaucoup de consultation gynéco et après quand la consultation gynéco comme j'en avais pas beaucoup après la prat osait pas forcément nous passer la main et moi j'étais pas forcément à l'aise pour la gynéco quoi. C'est ça qui était un peu compliqué* » (E6).

Les étudiants soulignent cependant l'intérêt d'une formation à la gynécologie en ambulatoire : « *Il y a aussi le côté gynécologie ambulatoire qui m'a plu. Je ne sais pas quel stage on va avoir en gynécologie mais moi je vais être médecin généraliste et je ne veux pas être gynéco-obstétricien ou quoi que ce soit et les stages en gynécologie à l'hôpital c'est pas toujours que de la... a moins de faire que les urgences mais ...c'est pas toujours que de l'ambulatoire que tu feras à ton cabinet, de la gynéco de base...donc ça c'est pas mal aussi.* » (E2). Ils mettent aussi en avant le fait que trois mois de gynécologie peuvent être suffisants pour la pratique de la médecine générale : « *j'ai bien aimé, même si j'ai pas fait beaucoup de gynéco j'ai appris ce qu'il fallait que j'apprenne* » (E1). La moitié des internes interrogés (sept sur treize) expriment le fait qu'ils ne veulent pas faire de gynécologie hospitalière dans leur formation : « *Et puis de base je ne suis pas très fan de gynécologie et je savais que les stages*

*de gynécologie n'étaient pas très bien notés donc j'avais pas envie de faire 6 mois de gynécologie l'année prochaine... pour faire que du bloc ce qui nous apporte rien » (E11).*

#### 3.8.1.2. Des difficultés avec les grands enfants et les adolescents

*La prise en charge des adolescents est décrite comme compliquée par plusieurs internes « Je me sens à l'aise avec. Mes consultations difficiles sont celles avec les adolescents qui sont amenés par leurs parents et qui ne décrochent pas un mot et les parents vont en salle d'attente... ou alors les parents viennent et il n'y a que eux qui parlent... et t'arrive pas à faire parler l'ado. Donc peut être plus parler à l'ado, savoir faire partir les parents... Il me reste peut-être des techniques de communication à apprendre. » (E11).*

*La formation à la médecine de l'adolescence et celle du grand enfant, elle, est vécue comme difficile par l'interne car peu représentative de la médecine générale et très axée sur la pédopsychiatrie, on retrouve cette notion dans onze entretiens : « Alors oui chez les grands enfants et les adolescents moins, j'ai dû passer sur mes trois mois à l'hôpital peut être trois semaines complètes avec les adolescents mais souvent les ado qu'on avait c'étaient euh... de la psychiatrie, de la psychologie chez l'adolescent donc moins de problèmes somatiques, plutôt du psychosomatique. Après prévention et éducation bin pas toujours facile, pas toujours facile de le faire chez des adolescents ayant ce profil un peu psy... ils sont pas trop réceptifs, ils ont pas trop envie de parler, et ils sont pas représentatifs de la population générale et forcément il y a un biais à être sur l'hôpital, surtout en étant adolescent. » (E4).*

*Cette formation à l'adolescent est rendue difficile par le fait que le nombre d'adolescents est, selon plusieurs internes, limité et insuffisant pour se former : « la population pédiatrique que j'avais en consultation c'était assez finalement axé nourrisson et euh enfant en bas âge. C'est vrai que j'avais assez peu d'ados au final » (E2).*

#### 3.8.1.3. Un apprentissage à la pathologie chronique non adapté à la médecine générale

Dans quatre entretiens on retient la notion d'une inadéquation entre la pathologie vue au cours du stage et la pratique future de la médecine générale : « *Après dans le service il y avait quand même un certain nombre de patients qui avaient des pathologies chroniques voire rares des fois et du coup c'était un peu moins intéressant pour la médecine gé parce que de toute façon se sera pas à nous de gérer mais permet quand même d'avoir un bon aperçu je pense* » (E5).

#### 3.8.1.4. L'impact de la saison du stage sur l'apprentissage

Plusieurs fois les étudiants évoquent que le fait de faire son stage en hiver favorise l'apprentissage et serait une plus-value dans la formation : « *Bin à mon avis ça va dépendre du semestre où tu es, on a vu tellement de patient en hiver que je pense que 3 mois ça va. Après 3 mois en été en pédiatrie je sais pas si ça va suffire, nous a vu tellement de patients... je pense qu'en pédiatrie j'en ai vu suffisamment.* » (E1).

D'autres à contrario déclarent que la pathologie en hiver est vécue comme trop répétitive « *Et du coup 3 mois de bronchiolite euh... c'était long ! « rire » Ouais, c'était surtout une pathologie !* » (E11).

#### 3.8.1.5. Les modifications d'emploi du temps ont plus d'impact sur le format de stage en trois mois

Pour deux internes, le format de stage en trois mois rend l'impact des aléas d'emploi du temps bien plus important : « *Il se trouve que ce praticien a eu une rupture du tendon d'Achille juste avant le début de mon stage donc il a été en arrêt pendant 2 mois et du coup j'ai pu passer qu'un mois avec lui.* » (E2).

### 3.8.2. Les propositions d'amélioration du stage

#### 3.8.2.1. Inciter à plus de pédiatrie sur le versant ambulatoire

Faire plus de pédiatrie sur le versant ambulatoire est vu comme une des principales améliorations à apporter à ces stages : « *Et euh... et en ambulatoire euh... bin essayer de vraiment nous mettre que leur pédiatrie le jour où on est chez eux. Bon se serait l'idéal mais il*

*faut bien qu'ils fassent comme ils peuvent. Si il ya bien un truc qui serait top se serait d'avoir plus de pédiatre de ville dans les stages, évidemment. » (E3).*

#### 3.8.2.2. Les pédiatres de ville, un atout pour le stage couplé

Sept internes sur treize expriment clairement l'intérêt selon eux d'intégrer des pédiatres de ville dans les stages couplés : *« Aussi le fait en ambulatoire de suivre une pédiatre ça pourrait être bien. Parce que finalement ça ressemble beaucoup à de la médecine générale et moi j'ai trouvé ça intéressant d'aller voir une pédiatre en ville. » (E13).*

#### 3.8.2.3. Une journée en PMI est bénéfique pour la formation

La PMI apparaît dans plusieurs entretiens comme une structure intéressante pour la formation : *« Bin j'ai déjà un peu dit tout à l'heure, je pense que pour la pédiatrie se serait pas mal d'avoir de la PMI, en plus des urgences pour faire vraiment du suivi de l'enfant sain. Il y a des stages qui existent et qui je pense sont pas mal de ce côté-là. » (E5).*

#### 3.8.2.4. Une modification du format de stage vers un deux jours par semaine est débattue

Les avis quant au format de stage en deux jours sont divergents, certains internes y étant plutôt favorables : *« Moi je trouvais que c'était bien le fait que ce soit couplé quand même, le fait que ce soit pas fusionné tu vois, de faire 2 jours à l'hôpital et puis ensuite tu reviens en ambulatoire, parce que du coup ça te met vraiment dans le bain de chacune des activités. » (E7) ; d'autres complètement opposés : « Alors moi j'aurai jamais fait en deux jours deux jours par exemple, si c'était en deux jours deux jours j'aurai pris de l'hospitalier pur. Même si le turn-over est plutôt important en pédiatrie, difficile de sortir du service, de revenir reprendre alors qu'on a loupé deux jours par ci, deux jours par là. En terme de logement, de contrainte ça aurait été trop pénible. Et puis ce qui veut dire aussi caser les gardes, sur les jours où il y a pas de prat, sur les week-ends donc que les jours pourris donc non. Et pareil pour l'organisation des logements ça aurait pu être mieux organisé. (silence)... » (E4).*

### 3.8.2.5. Demande de formation à la gynécologie auprès de praticiens spécialisés dans ce domaine.

Pour plus de la moitié des internes interrogés, la gynécologie auprès de médecins généralistes non spécialisés à la gynécologie est insuffisante pour la formation : « *Et pour la gynéco, un jour par semaine c'est pas suffisant. Et du coup soit voir avec des médecins qui en font plus, qui ont plus la possibilité de prendre les internes, à la limite en diminuant le nombre de jours au cabinet classique pour augmenter le nombre de jour de gynéco* » (E5) ; « *Ce qui serait bien ce serait d'avoir au moins une gynéco en ambulatoire... mais du coup faudrait qu'ils acceptent de te laisser faire... plus dur vu que ça serait en libéral ...mais soit en ambulatoire soit à l'hôpital si les gynéco sont motivés et s'ils veulent bien nous laisser aller en consultation avec eux. Ou alors de faire un stage que en ambulatoire avec trois mois de pédiatrie et trois mois de gynécologie. Après hors des grandes villes je sais pas si il y en a beaucoup qui font que de la gynéco... après je sais que à Grenoble il y a des médecins généralistes qui une fois qu'ils ont passé le DIU gynécologie ne font quasiment que ça avec l'échographie et tout...* » (E11).

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. Rappel des objectifs et résultats de l'étude**

Au travers de cette thèse, notre objectif était d'explorer le ressenti et le vécu personnel des internes en médecine générale sur l'apport en pédiatrie des stages couplés ambulatoires et hospitaliers mis en place à la faculté de Grenoble.

#### **4.1.1. Les points positifs des stages actuels**

Le principal point positif de ce stage est son apport pédagogique global sur les apprentissages en pédiatrie, du fait de sa complémentarité entre le versant hospitalier et le versant ambulatoire.

L'hôpital est un réel atout pour apprendre les bases de l'examen clinique et être confronté aux pathologies pédiatriques. Le service des urgences pédiatriques est le plus utile à la formation, il permet notamment de déterminer le degré d'urgence d'une situation clinique et ainsi d'adapter la prise en charge lorsque l'interne se retrouve en ambulatoire. L'apprentissage auprès des pédiatres est unanimement reconnu comme important pour l'interne. Sur les terrains de stages où cela était possible, la rotation entre les différents services hospitaliers a été appréciée et considérée comme utile à la formation.

Le versant ambulatoire vient compléter les connaissances acquises en hospitalier. L'interne y est davantage confronté au suivi du nourrisson, le « savoir être » avec l'enfant, le relationnel avec les parents et la gestion du trinôme médecin-enfant-parents. Les notions autour de l'alimentation et la diversification sont abordées principalement en cabinet de ville. Les principales activités pédiatriques d'un médecin généraliste qui s'articulent autour de la prévention, du dépistage et du suivi sont vues uniquement en cabinet, c'est pourquoi les internes ont apprécié l'aspect représentatif de la médecine générale du versant ambulatoire.

Les trois mois auprès des médecins généralistes permettent de voir d'autres organisations de cabinet et pratiques de la médecine. C'est une opportunité pour prendre contact avec les

autres professionnels de santé, les différentes structures de prise en charge pédiatriques et enrichir ainsi les connaissances, voire se créer un réseau pour certains. Le rythme de travail y est plus souple et le temps dégagé pour la formation personnelle est un critère de choix.

D'un point de vue organisationnel, la transition entre les versants hospitalier et ambulatoire n'a pas posé problème à l'interne du fait de l'entraide entre internes, de la proximité des lieux de stage, et semble même être motivante et re-dynamisante pour le stage.

#### **4.1.2. Les points négatifs du stage actuel**

L'interne apprécie sa formation hospitalière mais l'accès aux consultations avec les pédiatres reste très limité et insuffisant. La charge administrative est trop lourde, fastidieuse et soustrait du temps précieux à l'interne auprès des patients.

D'un point de vue relationnel, la réticence de certains pédiatres s'est faite ressentir et quelques internes ont moins bien vécu leur stage en conséquence.

En ambulatoire, pour certains, trop peu de patients pédiatriques sont vus par l'interne, l'organisation du cabinet serait à améliorer.

La formation sur les adolescents et les pathologies chroniques reste difficile à aborder, trop peu d'adolescents sont vus et la formation est axée principalement sur la pédopsychiatrie à l'hôpital, donc peu adaptée à la médecine générale.

La validation de la gynécologie au cours de ce stage était un critère de choix mais beaucoup d'internes ont été déçus de la formation dans ce domaine par le manque de pratique.

### **4.2. Confrontation aux données de la littérature**

Nos recherches bibliographiques nous ont confortés dans nos résultats et sont en adéquation avec notre thèse.

#### **4.2.1. Complémentarité entre l'hôpital et l'ambulatoire**

Ces nouveaux stages couplés apportent une réelle plus-value par rapport aux stages hospitaliers ou ambulatoires simples de par leur complémentarité. En effet, l'hôpital et l'ambulatorio apportent chacun des domaines de compétences différents, les associer est un bon compromis (30). L'hôpital permet d'être confronté aux urgences pédiatriques et à des pathologies plus rares qu'un médecin généraliste doit savoir repérer au cabinet (31) (21). Pour certaines pathologies plus courantes, comme l'asthme, les connaissances hospitalières sont nécessaires et l'apport d'un stage ambulatoire simple est trop faible (32). En accord avec nos résultats, dans l'étude de Daillancourt, les internes expriment leur volonté d'apprendre la démarche scientifique à l'hôpital et ensuite de pouvoir la mettre en pratique en ambulatorio (30). Il ressort aussi de cette étude que l'apprentissage à l'hôpital seul n'est pas suffisant, il apporte parfois des connaissances trop spécialisées (30) (21) et n'aborde pas le suivi de l'enfant sain. On peut d'ailleurs voir que les internes de médecine générale, tout comme les maîtres de stage universitaires militent pour davantage de stages ambulatoires plus proches de leur pratique future (31) (33). En effet l'intérêt du stage ambulatoire n'est plus à démontrer, de nombreuses études sont concordantes pour établir son utilité : apport de compétences nécessaires pour un médecin généraliste avec motifs de consultations non vus à l'hôpital (31) (30) (25), en adéquation avec le quotidien d'un médecin généraliste (pathologies aiguës, dépistage, prévention) (25) (26), meilleure valorisation et autonomisation de l'interne (31), avec une nette progression des internes dans ces domaines au cours des 3 premiers mois de stage (32) (26).

#### **4.2.2. Organisation du stage ambulatoire**

Toujours en accord avec nos résultats, il apparaît dans l'étude de Daillancourt que trois mois en pédiatrie seraient insuffisants, mais que trois mois en gynécologie ambulatoire seraient suffisants (30). Notre étude faisait apparaître le manque de patients pédiatriques vus en ambulatoire. Dans la thèse présentée par Piveteau (31), les internes étaient satisfaits du choix des maîtres de stages en fonction de leur volonté et de leur capacité de formation, avec un pourcentage de pédiatrie/gynécologie autour de 27%. D'autres études montrent la nécessité de formation théorique et pratique par des MSU avec activité importante en pédiatrie, minimum 25% - 30% (34) (3).

#### **4.2.3. Apport des pédiatres de ville et structures annexes**

Les internes de notre étude ont exprimé le désir et l'intérêt d'un stage couplé avec des pédiatres de ville. Cette idée se retrouve dans plusieurs autres thèses (31) (30) (25) (3). Dans le compte rendu de l'audition des pédiatres du 4 novembre 2009 (9), les professionnels expriment leur volonté de collaborer avec les médecins généralistes. « *Le dépistage et le suivi des enfants les plus vulnérables, la participation aux prises en charge médico-psycho-sociales notamment dans le cadre de la protection de l'enfance, et l'évaluation des handicaps sont maintenant assurés essentiellement par des diplômés de médecine générale qui n'y sont pas préparés.* » On voit donc ici tout l'intérêt de la formation des futurs médecins généralistes par les pédiatres. Le bulletin de l'académie nationale de médecine de 2013 (4) montre aussi l'intérêt d'ouverture de stages ambulatoires chez des pédiatres, ce qui participerait à une meilleure collaboration médecins généralistes/pédiatres et une meilleure définition du rôle de chacun.

Au cours de nos entretiens est aussi ressortie la volonté des internes d'être formés, au moins une journée par semaine, dans des structures annexes comme les centres de PMI. La pédagogie des stages en PMI, auprès des sages-femmes et autres structures complémentaires (CAMSP, CMPP, CPEF...) est souvent évoquée et décrite comme pertinente dans les données de la littérature (31) (30) (25) (26) (34) (32).

#### **4.2.4. Limites du stage**

La revue de la littérature signale une lacune pédagogique dans certains domaines, notamment les pathologies chroniques et sur les problématiques de l'adolescent (25), ce qui concorde avec nos résultats.

Concernant la gynécologie, le souhait des internes de bénéficier d'une formation en ville, le manque de gestes ambulatoires lors de l'apprentissage et la difficulté pratique des internes de médecine générale masculins sont évoqués dans la thèse de Daillancourt et de Piveteau. Cela s'accorde avec nos données.

### **4.3. Forces et faiblesses de l'étude**

#### **4.3.1. Forces de l'étude**

Notre travail comporte plusieurs forces qui font l'intérêt et la fiabilité de ses résultats.

Il s'agit d'un travail original, elle est la seule étude sur ce thème à la faculté de Grenoble mais aussi en France. Nous avons retrouvé dans la littérature plusieurs thèses abordant les stages hospitaliers, les stages ambulatoires, mais pas de thèses abordant les stages couplés dans le cadre de la validation de la pédiatrie. De ce fait, cette étude apporte des données nouvelles à la littérature sur thème de l'apprentissage en pédiatrie.

Le but de l'étude étant d'explorer le ressenti des internes, la méthode qualitative était adaptée à ce travail. Quant à l'entretien semi-dirigé, il a permis une parole plus libre des sujets sur leur ressenti tout en gravitant autour des mêmes thèmes. Il était adéquat dans ce contexte.

La population cible a été adaptée. En effet il s'agissait d'interroger des internes ayant fait ce type de stage afin de pouvoir les optimiser. Sur les treize internes ayant fait ce stage, tous ont accepté de participer à nos entretiens, ainsi les résultats se veulent exhaustifs pour le premier semestre de mise en place de ces stages couplés.

Une triangulation de l'encodage a été effectuée permettant une plus grande fiabilité de nos résultats.

Aucune idée n'a été retrouvée isolée dans un entretien, ainsi nous pouvons dire être arrivés à saturation des données au bout de treize entretiens.

#### **4.3.2. Faiblesses de l'étude**

Malgré le fait qu'aucun étudiant ne l'ait déploré, les questionnaires se sont déroulés entre un à quatre mois après la fin du stage, ainsi nous ne pouvons exclure un biais de mémorisation.

Ayant voulu étudier le ressenti des internes lors du premier semestre de mise en place de ces stages, nous n'avons pas fait d'entretiens auprès d'internes ayant réalisé ce stage en été. Ainsi, et sans pouvoir l'affirmer, certaines données pourraient être différentes en fonction de la période de l'année où le stage pouvait se dérouler.

Les premiers entretiens peuvent être plus pauvres en information car nous n'avons pas réalisé d'entretien test avant de réaliser les premiers enregistrements. Il a donc fallu un entretien pour pouvoir nous adapter à ce mode de fonctionnement.

Aucune idée isolée n'a été retrouvée au cours des entretiens, cependant nous aurions pu confirmer la saturation des données par un ou deux entretiens en plus, nous ne l'avons pas fait pour ne pas étudier une autre population, les internes du premier semestre de mise en place des stages couplés étant treize.

Notre étude peut comporter un biais dans le recueil des données, en effet si l'analyse des résultats a été faite sous couvert de triangulation, le recueil des données sous forme d'entretiens a été divisé en deux, chaque chercheur interrogeant 6 à 7 sujets. Ainsi de par le comportement et les interventions de ce dernier les réponses auraient pu être différentes.

Cette thèse a pour objectif d'optimiser la formation des internes de médecine générale et ainsi pouvoir proposer des grandes lignes d'amélioration en fonction de la littérature existante

et des résultats de notre travail. Comme rédigé plus haut, nous avons retrouvé de nombreuses concordances entre nos résultats et les travaux réalisés antérieurement dans toute la France. Ainsi plusieurs grandes idées se forment et pourraient être envisagées ou confortées au niveau local.

#### **4.4. Perspectives d'amélioration**

##### **4.4.1. Favoriser les stages couplés**

Selon notre étude et la bibliographie, la principale mesure d'amélioration de la formation des IMG en pédiatrie serait de favoriser la mise en place de stages couplés plutôt que de stages purement hospitaliers ou purement ambulatoires qui apparaissent tous deux comme moins complets pour notre formation. Le stage hospitalier apportant à la fois une vision sur la clinique et le suivi de la pathologie et le stage ambulatoire apportant une vision sur la clinique, le suivi de l'enfant sain et l'organisation de la consultation pédiatrique.

##### **4.4.2. En ambulatoire**

En ambulatoire il serait important de viser à structurer le versant ambulatoire autour de la pédiatrie et non comme un SASPAS en assurant une phase de semi-actif, des débriefings réguliers et surtout une majorité de patients relevant de la pédiatrie lors des consultations réalisées par l'interne. Cette structuration passe par l'affiliation d'institutions multidisciplinaires comme les services de PMI aux stages, déjà intégrés à la faculté de Grenoble, mais aussi par l'intégration de pédiatres de ville pour compléter la formation de l'interne.

##### **4.4.3. En hospitalier**

En milieu hospitalier il faudrait préférer un passage aux urgences pédiatriques, au moins sous forme de gardes. Si une affectation en service est faite, opter pour des services polyvalents ou un roulement parmi les différents services. Il apparaît aussi comme primordial de faire respecter le temps de travail et le temps de formation des internes, limiter la charge

administrative afin de favoriser le temps de pratique clinique et pédagogique et permettre aux internes d'assister aux consultations notamment de suivi chronique.

#### **4.4.4. Au niveau pédagogique**

Réaliser en début de prise de poste un état des objectifs et compétences à acquérir afin de pouvoir les cibler lors du stage et vérifier régulièrement leur acquisition (31) (26).

Les cours réalisés par les pédiatres apparaissent comme importants et adaptés pour l'interne. Aussi conviendrait-il de faire en sorte que l'interne en ambulatoire puisse y assister et si possible intégrer les pédiatres dans les cours dispensés par le département de médecine générale afin d'avoir une vision pluridisciplinaire et plus exhaustive.

#### **4.4.5. Format de stage en alternance périodes de trois mois.**

En l'absence de littérature sur le sujet et notre étude ne pouvant pas évaluer un autre format que celui d'une alternance de périodes de trois mois lors du stage, il ne nous est pas possible plaider en faveur ou défaveur d'un format en trois mois d'alternance.

#### **4.4.6. Pour les adolescents**

La formation au suivi de l'adolescent est compliquée du fait de sa nature. En effet les adolescents consultent peu en médecine générale et ceux qui sont suivis le sont pour des motifs très spécifiques ne relevant pas toujours de la médecine générale, psychiatriques ou non. Ainsi selon nos résultats les étudiants se sentent peu formés auprès de l'adolescent du fait du manque de patients de cette catégorie mais cela semble difficilement modifiable. Cela pourrait rester une limite non modifiable du stage à palier par exemple par une majoration de l'approche théorique.

#### **4.4.7. En gynécologie**

Malgré le fait que notre étude portait sur la pédiatrie, la gynécologie a été longuement abordée par les internes. Nous retenons donc une volonté des internes à se former en gynécologie en ambulatoire et non en hospitalier auprès de praticiens spécialisés, gynécologues et médecins généralistes, et auprès de structures multidisciplinaires comme les centres de planification de l'enfance et de la famille (CPEF).

## **4.5. Ouverture**

Afin de compléter ce travail, une étude quantitative pourrait permettre de chiffrer la progression des internes lors des différents types stages et dégager les outils pédagogiques essentiels à leur formation. Les 11 familles de situation du CNGE serait un bon support pour évaluer cette progression. Cela serait bénéfique pour la formation en pédiatrie mais aussi peut être dans d'autres domaines de la médecine générale, et ce d'un point de vue local et national.

## 5. BIBLIOGRAPHIE

1. Royer pierre. Souvenirs et messages d'avenir. Paris; 1998. (Elsevier).
2. Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot. Paris; 1969.
3. Sommelet PD. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. :601.
4. Bulletin de l'académie nationale de médecine. 4 juin 2013;197(6):1115-22.
5. Chabrol B. Pediatric medicine in 2013. 2013;(6):8.
6. Katz M, Rubino A, Collier J. Demography of pediatric primary care in Europe. 109. Pediatrics. mai 2002;788-96.
7. Desvignes V, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire. Doin; 2014. 466 p.
8. Van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. Arch Dis Child. 1 oct 2010;95(10):791-5.
9. Caron F-M, Cau D, Chantepie A. Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009. 2009 nov.
10. Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Bull Académie Natl Médecine. juin 2013;197(6):1143-52.
11. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Aout 2016;(588):8.
12. Jourdain-menninger D, Aballea P. Rapport d'évaluation de la consultation pédiatrique sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré de l'APHP, et recommandation pour les réseaux d'urgence ville hôpital à Paris et en Saine-Saint-Denis. 2004 juill. Report No.: 2004-103.
13. Le médecin généraliste pour la santé de l'enfant - MG France [Internet]. [cité 3 mars 2020].  
Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/229-horscategorie/550-colloque-enfant?fbclid=IwAR2ILoy36P1gZgQqKC9oyyYjMy4yYnbhXNYcaDs-TXxqfcOho9mktAjRlDE>
14. MG FRANCE. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. 2014 [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
15. HAS. Rôle du médecin de l'enfant intervenant dans le premier niveau de recours aux soins [Internet]. 2017 [cité 23 févr 2020]. (Les parcours de soins). Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/role\\_medecin\\_enfant\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/role_medecin_enfant_vf.pdf)

16. Ameli.fr. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. 2019 [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/savoie/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#text\\_74106](https://www.ameli.fr/savoie/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#text_74106)
17. Ameli.fr. CCAM [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CCAM\\_V62.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM_V62.pdf)
18. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. 250 oct 27, 2001 p. 16963. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000773722&categorieLien=i d>
19. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. mai 1, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>
20. Delorme D. Soins primaires pédiatriques en ambulatoire: quelles justifications à la mise en place d'une formation spécifique? [Internet]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2011 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/154913650>
21. Lexutan-Indre D. Etude comparative entre les résultats de consultation d'une interne aux urgences pédiatriques et les médecins de l'Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. Université Paris Sud; 2016 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1/SET=4/TTL=1/REL?PPN=221279075>
22. Bouxom S, Bouzonnet C, Chevalley M, Dubois L, Turenne MP, Rahuel C, et al. Administrateurs composant la Commission Ephémère (CE). 2018;8.
23. CNGE. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. 2016 [cité 25 févr 2020]. 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/)
24. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. 0199 août 28, 2010 p. 15668. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&categorieLien=i d>

25. Poulat G. Pratique clinique en pédiatrie des internes de médecine générale lors du stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie à la PMI, en Midi-Pyrénées [Internet]. Université Toulouse Paul Sabatier; 2015. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1/SET=7/TTL=1/SHW?FRST=1>
26. Porte Cazaux B. Evaluation des acquisitions des internes de médecine générale au cours de leur stage de pédiatrie-gynécologie en milieu libéral : cas de la pédiatrie [Internet]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2014 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/447/1/2014TOU31032.pdf>
27. CNGE. Familles de situations cliniques types en médecine générale [Internet]. [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20communs%20aux%20stages%200A%20et%20H/Outils%20p%C3%A9dagogiques/Familles%20de%20situations%20cliniques%20types%20en%20MG%20CNGE.pdf>
28. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
29. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesiter Rev. 2015;15(157):50-4.
30. Daillancourt F. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie [Internet]. Université de Rennes 1; 2018 [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/1f4f3adb-6ba4-4a4d-a600-334444df9809?inline>
31. Piveteau A. Evaluation du premier semestre expérimental d'un stage ambulatoire en gynécologie et pédiatrie couplé au SASPAS, à la faculté d'Angers [Internet]. Université d'Angers; 2012 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20086466/2011MCEM429/fichier/429F.pdf>
32. Bismuth M, Delahaye M, Brillac T, Latrous L, Boyer P, Porte-Cazaux B, et al. Stage ambulatoire en soins primaires en pédiatrie Une formation professionnalisante. Médecine. 17 juin 2015;11(5):217-21.
33. Angot O, Poutrain J-C. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création: enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises. Université Paul Sabatier (Toulouse); 2009.

34. Laforest F. Suivi de la femme et de l'enfant par le médecin généraliste: enquête transversale comparant Maîtres de Stage Universitaires de stage praticien niveau 1 et de Pôle Femme Enfant en Ambulatoire. Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.

## 6. ANNEXES

### 6.1. ANNEXE 14 – QUESTIONNAIRE

#### Guide d'entretien

##### **Question principale large :**

« Que penses-tu de l'apport de ton stage pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire dans ton cursus ? »

Redirection en sous thèmes sous forme de relances si les thèmes ne sont pas abordés spontanément.

##### **Contexte :**

« Quelles sont les raisons pour lesquelles tu as choisi ce stage ? »

##### **Compétences acquises / Objectifs de stage :**

« Quels sont les domaines, en pédiatrie, dans lesquels tu penses avoir progressé au cours de ton stage ? »

- Chez le nourrisson et l'enfant > 1 an ?

(repères dans l'alimentation du nourrisson, examens systématiques et de suivi du nourrisson et de l'enfant après 1an, répondre aux plaintes concernant les problèmes locomoteurs et les maladies prévalentes, coordination des soins en cas de maladie chronique ou handicap, éducation et de prévention)

- Chez les grands enfants/adolescents ?

(éducation et prévention, prendre en compte l'adolescent dans sa globalité (somatique/psychique), conseiller/ orienter si besoin)

##### **Pratique :**

« Comment ton stage était-il organisé ? Qu'en penses-tu ? »

« Que penses-tu du format de stage en 3 mois ? »

« Comment s'est passée ta transition entre les deux périodes ? » (Intégration dans l'équipe, durée de formation sur 3 mois, cours, changement de lieu)

**Clôture de l'entretien :**

« Quels ont été les inconvénients à ce type de stage selon toi ? »

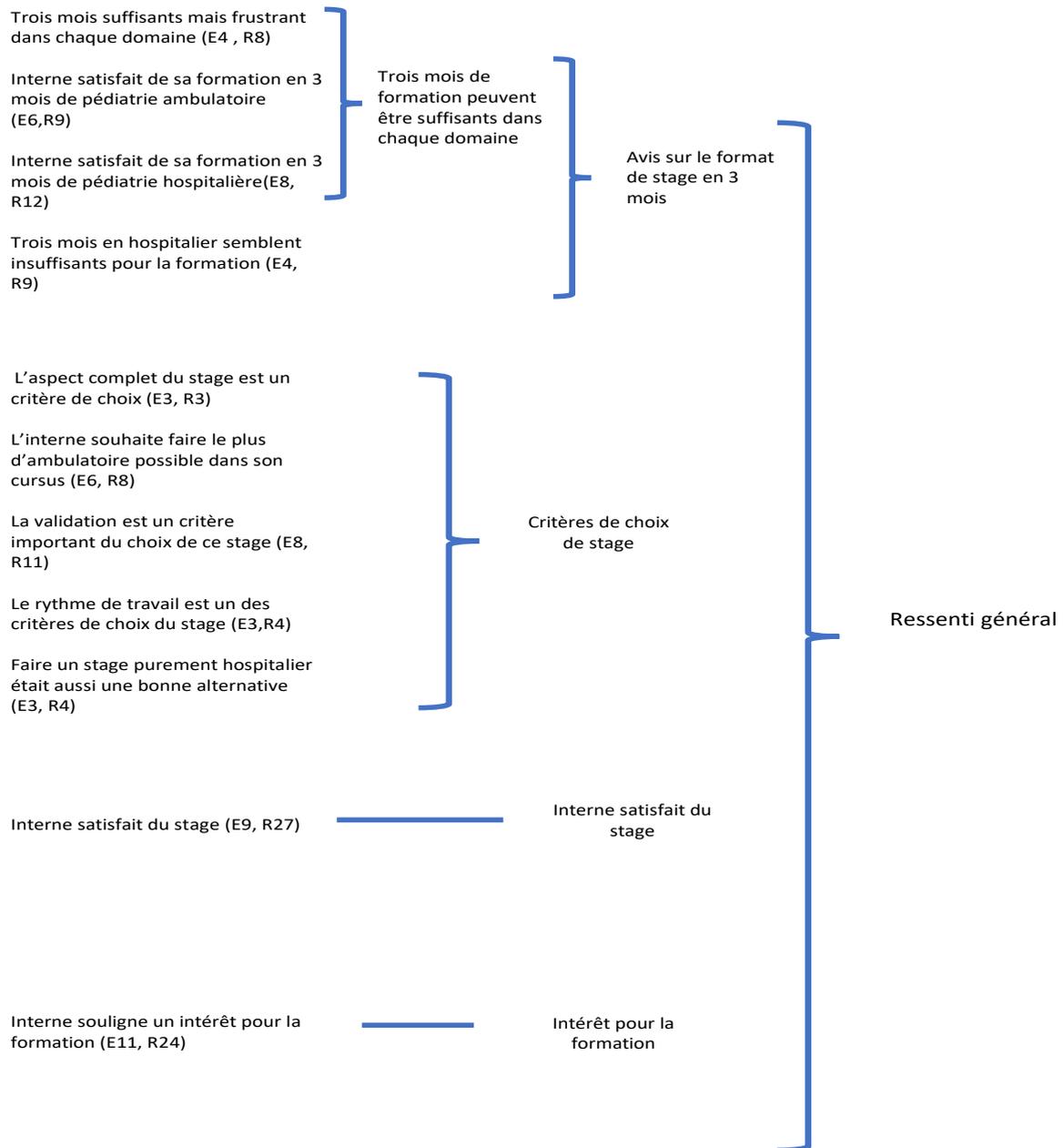
« Quels ont été les avantages à ce type de stage selon toi ? »

« As-tu des propositions particulières ou des idées qui permettraient d'optimiser ce stage ? »

« Penses-tu avoir vu beaucoup/suffisamment de pédiatrie au cours de ton stage ambulatoire ? »

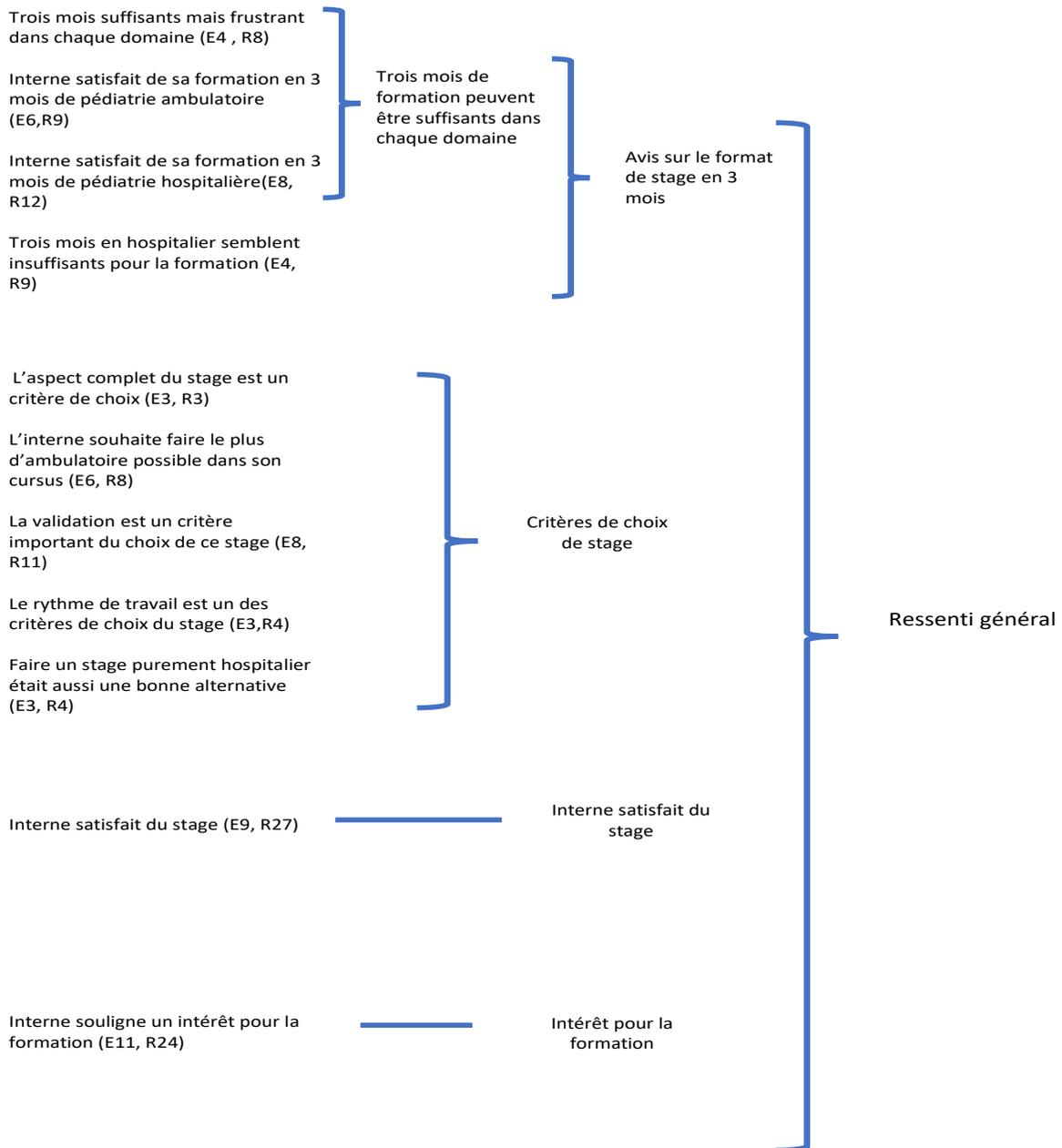
## 6.2. ANNEXE 15 - RESENTI GENERAL, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF

(E = nombre d'entretiens concernés, R = nombre de références concernées)



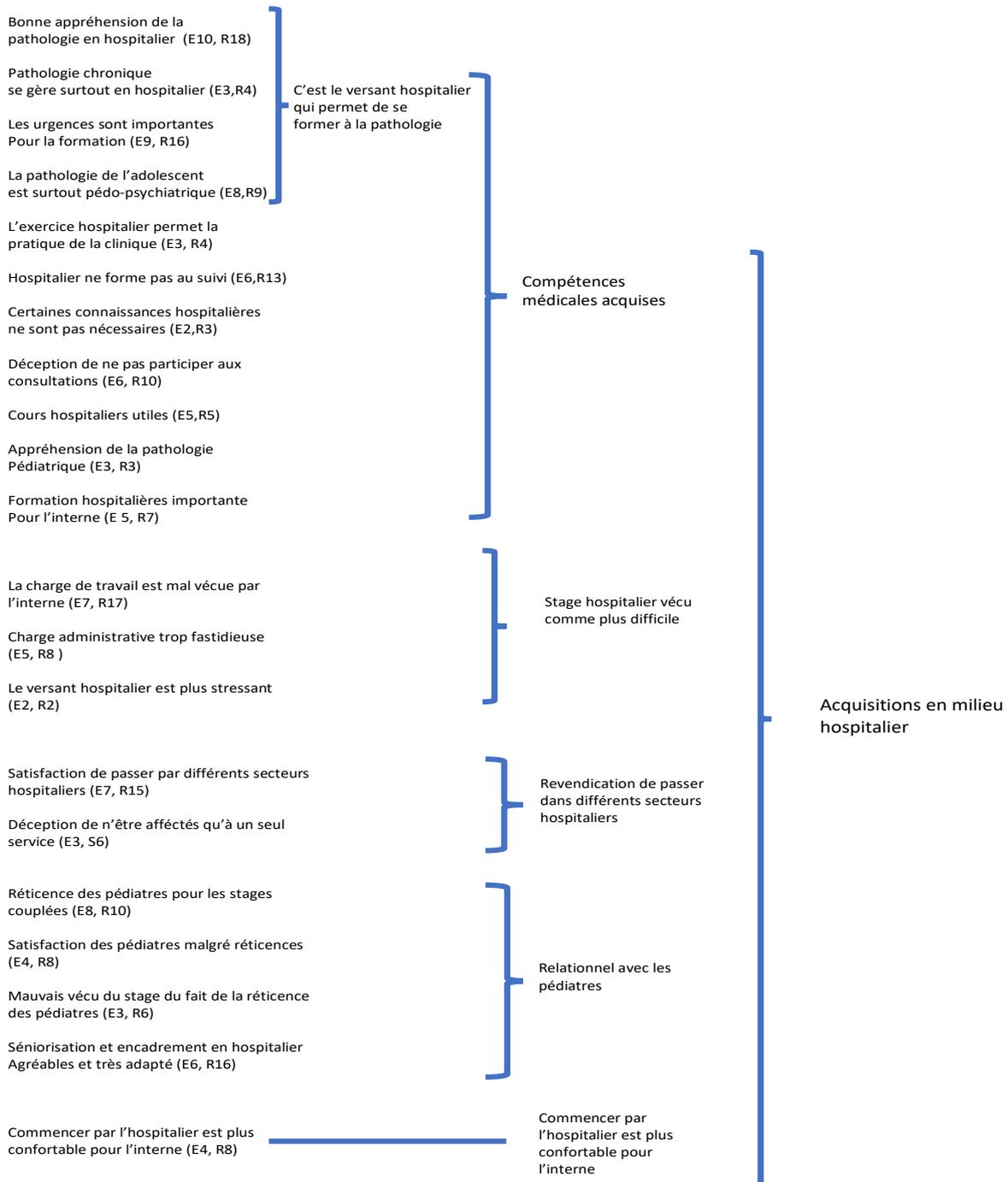
### 6.3. ANNEXE 15 - RESENTI GENERAL, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF

(E = nombre d'entretiens concernés, R = nombre de références concernées)



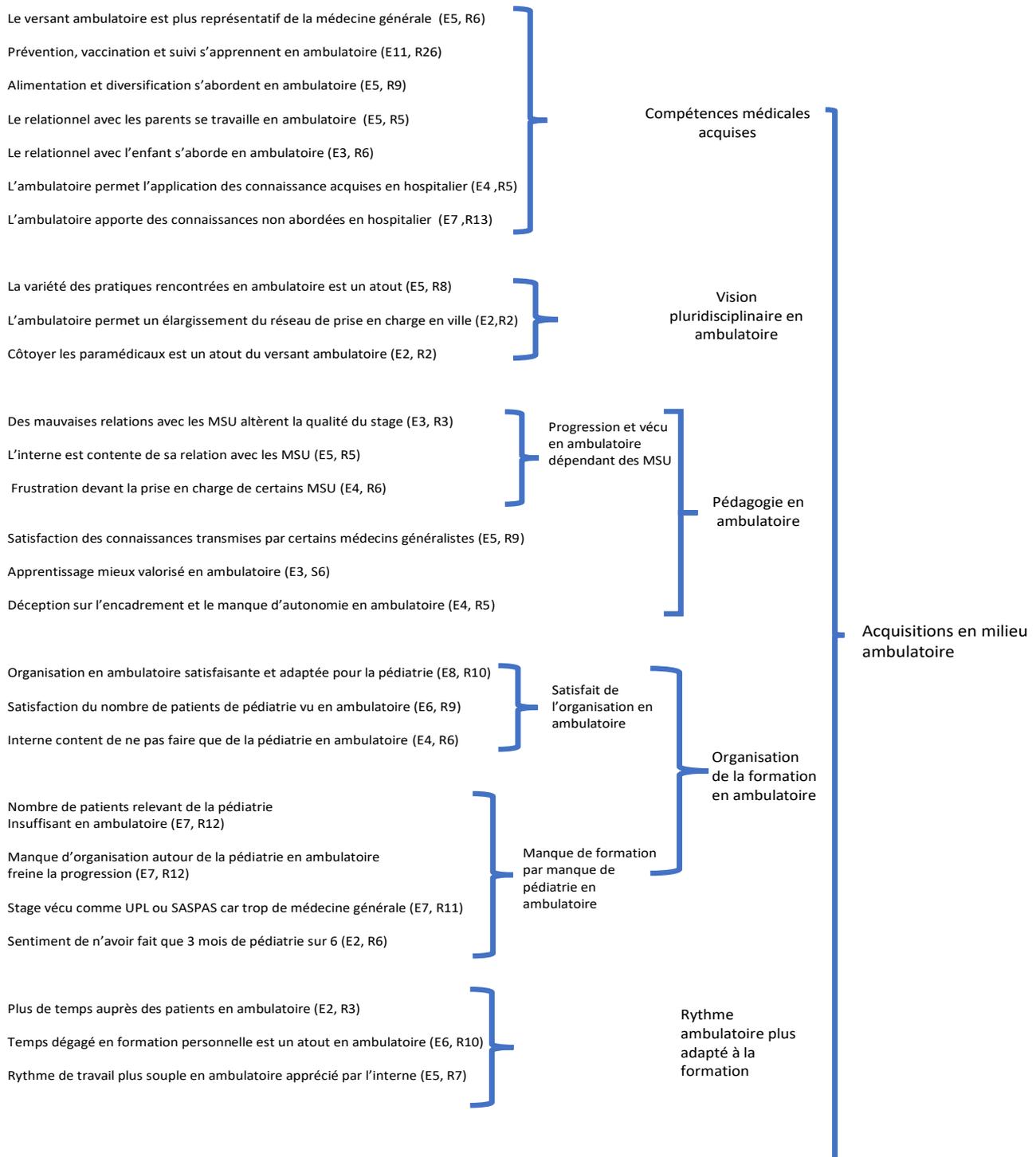
## 6.4. ANNEXE 16 - APPRENTISSAGE EN MILIEU HOSPITALIER, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF

(E = nombre d'entretien concernés, R = nombre de références concernées)



## 6.5.ANNEXE 17 - APPRENTISSAGE EN AMBULATOIRE, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF

(E = nombre d'entretiens concernés, R = nombre de références concernées, MSU : maîtres de stage universitaires)



## 6.6. ANNEXE 18 - URGENCES PEDIATRIQUES, SECTEUR LE PLUS FORMATEUR EN HOSPITALIER, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF

(E = nombre d'entretiens concernés, R = nombre de références concernées)

Les urgences permettent d'apprendre à évaluer l'urgence et d'adapter la prise en charge (E12, R18)

Bon apprentissage de la clinique aux urgences (E4, R6)

Les urgences ne permettent pas l'apprentissage du suivi de l'enfant (E2, R2)

Les urgences sont le service le plus adapté à l'apprentissage pour la médecine générale (E8, R14)

L'interne est déçu de ne pas avoir été affecté aux urgences pédiatriques (E2, R2)

La charge de travail aux urgences est vécue comme difficile (E3, R5)

L'interne est content d'être passé aux urgences (E5, R8)



Les urgences pédiatriques sont le secteur le plus formateur en hospitalier

## 6.7.ANNEXE 19 - VECU DU CHANGEMENT DE POSTE, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF

(E = nombre d'entretiens concernés, R = nombre de références concernées)

Bon vécu de la transition (E6, R9)

Entraide entre internes a permis une bonne transition (E5, R5)

Le changement de poste n'a pas posé de problème du fait de la proximité des lieux de stages (E5, R5)

Le changement au bout de trois mois est motivant et redynamise le stage (E5, R9)

La transition est mal vécue du fait du mauvais accueil des pédiatres (E2, R4)



Vécu du changement de poste

## 6.8. ANNEXE 20 – INTERET ET AVANTAGE INTERET ET AVANTAGE DU STAGE COUPLE, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D’UN MODELE EXPLICATIF

(E = nombre d’entretiens concernés, R = nombre de références concernées)

Les versants hospitaliers et ambulatoire sont complémentaires (E10, 33)

L’interne est satisfait de son stage car il apporte une vue d’ensemble à la pédiatrie (E3, R6)

Le stage couplé permet de favoriser une bonne articulation en la ville  
Et l’hôpital (E4, R6)

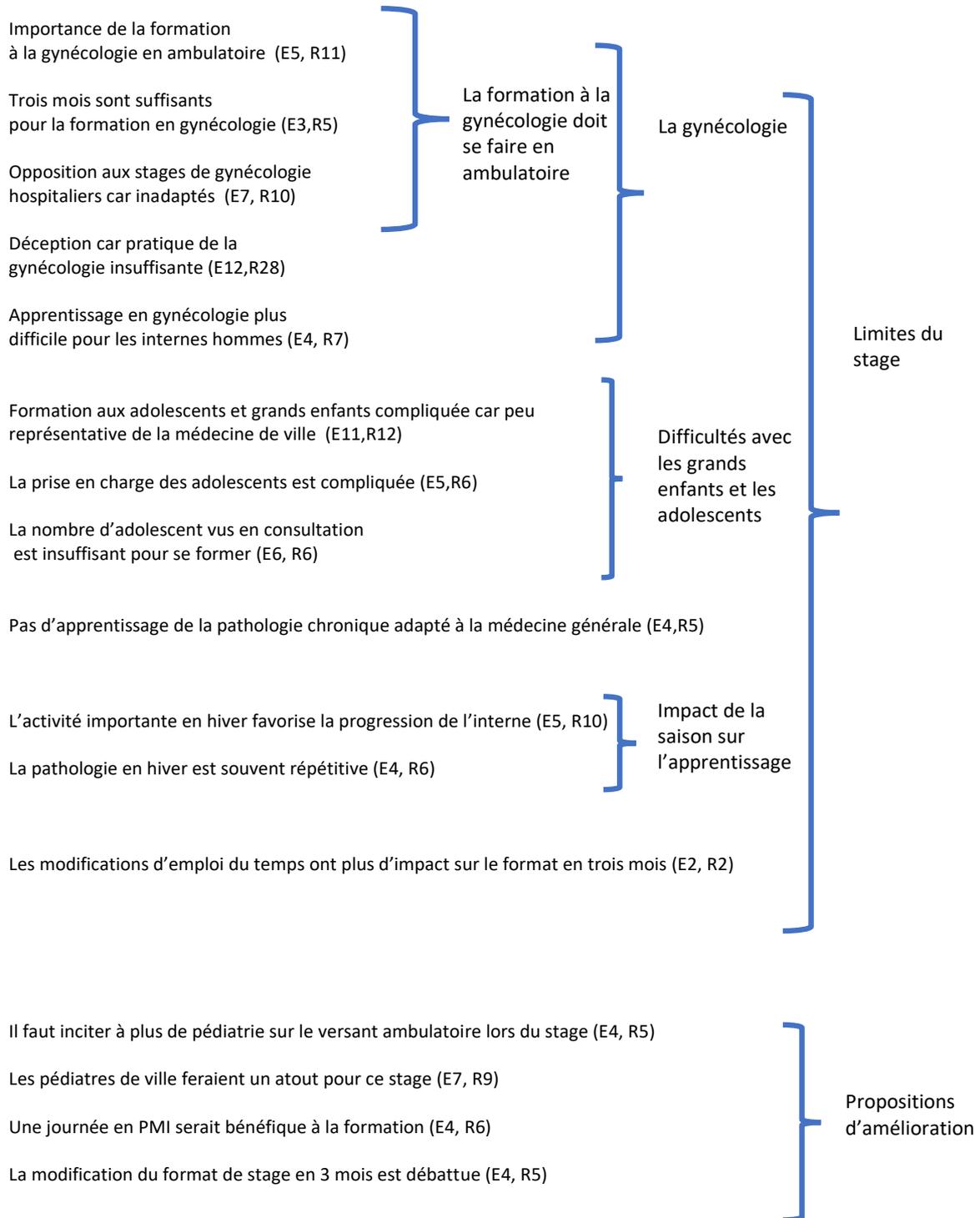
Le stage couplé est plus enrichissant qu’un stage non couplé (E6, R8)



Intérêt et avantage du  
stage couplé

## 6.9. ANNEXE 21 - LIMITES ET AMELIORATIONS, DU CODAGE DESCRIPTIF A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE EXPLICATIF

(E = nombre d'entretien concernés, R = nombre de références concernées)



### **6.10. ANNEXE 1 - ENTRETIEN 1 (C1 = chercheur 1, S1 = sujet 1)**

C1 : Bon du coup, qu'est-ce que tu penses de l'apport de ton stage de pédiatrie mixte ambulatoire et hospitalier pendant ton cursus ?

S1 : Je t'avoue que moi je l'ai fait en partie parce que ça validait la gynéco

C1 : Ouais

S1 : Pour ne pas avoir à le refaire en 3ème année, sur le plan de la pédiatrie je n'ai fait que trois mois, mais ça va parce que c'était en hiver, on a eu un gros... (silence)... on a eu beaucoup de monde quoi, donc je pense avoir vu assez de patients, pas pour être pédiatre mais pour vraiment savoir ce que je fais en ville quoi. Après sur le plan de la gynéco, j'avais pas tant que ça de gynéco dans mon stage. J'avais deux demi-journées par semaine. Mais c'était de la gynéco... vraiment ... vraiment med gé quoi, contraception ... poser des stérilets, implants, des trucs comme ça. C'était pas de l'écho ou de la spé gynéco donc je pense que ça m'a apporté pas mal. Pour la med gé en tout cas je pense que c'est bien, fallait pas beaucoup plus.

C1 : D'accord. Et donc les raisons pour lesquelles tu as choisi ce stage c'était ? ...

S1 : C'était surtout pour avoir un stage libre en 3ème année, j'aurais bien aimé faire 6 mois de ped, mais ça m'aurait embêté d'avoir 6 mois de gynéco à l'hôpital quoi.

C1 : Ok d'accord, ok, et... donc toi du coup pendant ton stage... dans le domaine par exemple de l'enfant en dessous de 1 an, est ce qu'il y a des thèmes dans lesquels tu aurais progressé, dans l'examen de l'enfant... dans l'alimentation

S1 : Dans l'alimentation ouais parce qu'on en a quand même vu pas mal

C1 : au-delà de 1 an..

S1 : Alors sur l'examen oui parce qu'on a examiné des enfants de tout âge, avec des gestes aussi, donc je pense que l'examen de l'enfant ça va

C1 : ok

S1 : Même sur 3 mois ça va

C1 : Dans la coordination de l'enfant dans la post hospitalisation ou dans un suivi ?

S1 : Ca c'est plus compliqué, vu que c'était l'hiver on a fait vraiment de l'urgence et en hospité j'ai pas fait de consultation pendant 3 mois. Donc ça fait que j'ai vu des patients dans le cadre de l'hospitalisation, je l'ai pas revu après et j'ai pas trop su ce qu'ils devenaient, et en ville dans mon stage à moi j'en ai pas vu beaucoup des enfants.

C1 : Et donc niveau éducation et prévention ?

S1 : A part les vaccinations, l'alimentation et les choses comme ça, j'ai pas fait de suivi à long terme donc peut être que ça ça manquait un petit peu

C1 : Et en alimentation du coup ? Un petit peu, beaucoup ?

S1 : Ouais on a eu des cours théoriques hum... après ouais dans le cadre de l'hospitalisation c'était assez cadré ce qu'ils mangeaient, lait et biberon, on faisait pas vraiment de nutrition

C1 : Donc pas forcément tout ce qui est diversification

S1 : Non ça c'est vrai qu'on a pas eu vraiment l'occasion, j'aurais du mal à conseiller les parents là-dessus

C1 : Sur les laits par exemple ?

S1 : Les laits à part le côté général tu vois, AR ou hypo-allergénique ou les trucs comme ça, plus précisément que ça c'est vrai que c'est compliqué

C1 : Et par rapport aux problèmes locomoteur des enfants : ça peut être le développement ou d'autres problèmes que les parents rencontrent.

S1 : J'en ai pas vu beaucoup, en plus on a pas de traumatisme parce que aux urgences pédiatriques ils sont vus avec les adultes. Après tout ce qui est scoliose, anomalie de longueur tout ça, j'en ai quasiment pas vu, niveau locomoteur j'ai pas vu grand-chose

C1 : Et chez les plus grands, donc euh.. les ados et les enfants, est ce que tu as fait des entretiens plus globaux type psychologiques

S1 : Oui, un petit peu avec les ados, j'ai fait des entretiens avec les psy, et avec les médecins pédiatres, et puis on les voit aussi aux urgences tous seuls, avec les ados j'en ai vu pas mal.

C1 : Et vous avez l'impression que ça vous a permis d'orienter un peu les patients dans la suite ?

S1 : Bin euh... si je reste là oui, parce que du coup on connaît un peu vers qui on peut les orienter dans le coin, donc oui, après on sait qu'on les gèrera pas en médecine générale mais je sais plus vers qui je les envoie quoi. Les ados compliqués...

C1 : Et niveau éducation prévention chez l'ado

S1 : Prévention chez les ados, ça dépend prévention de quoi... euh..., surtout du psy chez les ados, on en avait beaucoup, après prévention euh...

C1 : tabac alcool..

S1 : Non pas des masses, pas du tout même

C1 : et du coup, ton stage, il était organisé comment sur les 3 mois trois mois

S1 : J'ai fait trois mois de ped juste pédiatrie et après trois mois en ville. Avec sur les 3 mois en ville 3 jours et demi par semaine ou je bossais, donc 2 demi-journées gynéco et le reste MG classique quoi

C1 : et les 3 mois d'hospit c'était organisé comment ?

S1 : C'était eu... on tournait entre urgence, pédiatrie hospit conventionnelle et un peu d'ado, un peu de soins continus. Sachant que vu que nous on avait que 3 mois on nous a surtout donné les places urgences et hospit conventionnelle, les plus formatrices en fait. J'ai surtout fait ça.

C1 : Et tu en as pensé quoi du coup globalement de l'organisation de la pédiatrie 3 mois, de l'ambulatoire 3 mois et globalement de tes 6 mois.

S1 : Bin globalement, moi j'ai bien fait de commencer par la pédiatrie, parce que je me suis habitué au service, et j'ai repris des gardes après en étant en ambulatoire, eh... en pédiatrie c'était bien parce que j'ai fait quasiment que de l'hospitalisation conventionnelle et des urgences, donc là où on apprend le plus je pense. Uhm... après le stage ambulatoire j'ai fait quand même relativement peu de gynéco, deux demi-journées par semaines, avec des fois des vacances, ouais j'ai pas fait toujours deux demi-journées donc ça fait pas tant que ça de jours de gynéco.

C1 : et du coup la transition entre les deux ? Notamment au niveau de l'intégration dans l'équipe ?

S1 : Bin moi ça allait parce que je suis passé de l'hospitalier à l'ambulatoire, donc je suis arrivé avec les nouveaux internes au départ en hospitalier donc ya pas eu de soucis. Et au bout de trois mois j'avais pas m'intégrer avec mes prat individuellement donc yavait pas de problème dans ce sens-là.

C1 : Et sur la durée de formation de 3 mois t'en penses quoi du fait que ça ne dure que trois mois ?

S1 : Bin à mon avis ça va dépendre du semestre où tu es, on a vu tellement de patient en hiver que je pense que 3 mois ça va. Après 3 mois en été en pédiatrie je sais pas si ça va suffire, nous a vu tellement de patients... je pense qu'en pédiatrie j'en ai vu suffisamment.

C1 : Et sur les cours, le fait d'avoir 3 mois à un endroit, 3 mois à l'autre c'était pas dérangeant ?

S1 : Non en pédiatrie yavait des cours théoriques quasiment tous faits dans les trois premiers mois donc j'ai pas eu de problèmes. Après ceux qui l'on fait dans l'autre sens, ils se débrouillaient pour venir le matin aux cours, c'était 8h le matin les cours en pédiatrie... donc avant ta journée en fait. Et en ambulatoire j'en avais pas donc euh...

C1 : Et sur le changement de lieu, le fait d'avoir à faire trois mois dans un endroit puis 3 mois dans un endroit différent.

S1 : Bin là c'est pas si loin que ça, j'avais un prat vers \*\*\* et un prat vers \*\*\* donc j'ai pas dû changer d'appart ou quoique ce soit donc... J'étais pas loin tu vois, 20 minutes max en voiture.. un quart d'heure vingt minutes... donc ça a pas posé de problème.

C1 : Et selon toi du coup, si tu devais résumer un petit peu quels seraient les avantages d'un stage mixte ambulatoire hospitalier ?

S1 : Bin, je pense que déjà le fait de te valider deux semestres, ça te laisse un peu plus de liberté en troisième année, en tout cas de ce qu'on en sait pour l'instant on verra comment ça évolue. Hum... et le fait d'avoir la gynéco en ambulatoire du coup, parce que.... Les retours que j'avais des anciens internes c'est de faire trop de gynéco ou de chose comme ça... enfin d'écho pardon en gynéco, des trucs que tu referas pas forcément en ville après. Et là je pense que j'ai vraiment

fait de la gynéco que je pourrai faire en cabinet. J'ai pas fait plus, mais j'ai fait ce que je pourrai faire en cabinet donc le côté ambulatoire pour la gynéco j'ai trouvé ça cool.

C1 : Et pour la pédiatrie du coup ?

S1 : Uhm... bin pour la pédiatrie je pense qu'il faut passer à l'hôpital parce que .... Ce qu'on nous demande c'est de repérer les patients grave à hospitaliser et ça je pense qu'on l'apprend aux urgences. Après les ... patients que je verrai en ambulatoire j'en ai vu selon mes prat donc euh... je pense que c'est mieux de le faire comme ça, pédiatrie à l'hôpital et gynéco en ambulatoire, moi j'ai trouvé ça bien ouais.

C1 : Et les inconvénients de ce format du coup pour toi ?

S1 : Bin surtout la durée je pense hein... Bin moi je pense que ça m'a convenu parce que j'ai vu beaucoup de patients mais je pense que j'aurais fait 6 mois j'aurais appris beaucoup plus en pédiatrie, c'est peut-être l'inconvénient. Après si je prends dans l'autre sens avec la nouvelle équipe en milieu de semestre... moi c'était pas mon cas donc ça a été mais je pense que l'inconvénient c'est vraiment la durée quoi, le fait de faire que 3 mois. La moitié ça fait vachement moins quand même.

C1 : Et du coup est ce que toi... t'aurai des propositions particulières ou des idées qui permettrai d'optimiser ce format de stage ?

S1 : Bin je pense que c'est surtout en formation ambulatoire... accès plus gynéco quoi, parce qu'on valide un semestre de gynéco en faisant 2 demi-journées par semaine, en faisant quasiment un stage d'UPL en dehors de ça donc ouais axer surtout là-dessus... Ou alors avoir des cours théoriques de gynéco à côté. Mais euh... la voilà... formation gynéco j'ai eu que ça. C'est vrai que yaurai moyen je pense d'optimiser en ouvrant à des SF, ou à d'autres spécialistes mais... (silence)

C1 : Et du coup pour la pédiatrie en ambulatoire ?

S1 : A la limite avoir un des prat qui fait pas mal de pédiatrie ou qui te prend en consultation quand il en fait parce que c'est vrai qu'en ambulatoire j'en ai pas vu beaucoup... j'en ai vraiment pas vu beaucoup, ils en faisaient pas spécialement mes prat. En fait faudrait que la

partie ambulatoire soit vraiment gynéco et péd, je sais pas si c'est réalisable mais c'est pas un stage d'UPL a la base et on fait quand même vachement plus de MG que de gynéco ou de ped en ambulatoire. Donc plus axer sur le gynéco et la ped pour la partie ambulatoire.

C1 : Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter pour clôturer l'entretien ?

S1 : Non je pense avoir un peu tout dit... moi j'ai bien aimé, franchement j'ai bien aimé, même si j'ai pas fait beaucoup de gynéco j'ai appris ce qu'il fallait que j'apprenne, après si veut me former plus je pourrai le faire quand je serai thésé on peut toujours se former. Et la pédiatrie... pour moi qui l'ai fait en hiver je pense que ça va. Sur ce stage je pense que ça va être la limite sur ce qui le font en été, voir peu de patients en peu de temps quoi. Mais bon moi ça va, j'ai l'impression.

C1 : ok ok bon bin parfait, c'est pas mal, merci à toi

S1 : Bin de rien...

### 6.11. ANNEXE 2 - ENTRETIEN 2 (C1 = chercheur 1, S2 = sujet 2)

C1 : « Que penses-tu de l'apport de ton stage pédiatrie mixte, hospitalier et ambulatoire dans ton cursus ? pour toi...

S2 : Hum alors du coup niveau pédiatrie franchement ça a été hyper bénéfique parce que la population des patients était pas du tout la même, moi pendant 3 mois j'étais secteur urgences, du coup aux urgences d'\*\*\*. Et hum... donc là on voyait les enfants par définition qui vont pas bien, qui sont malades alors que c'était pas forcément les consultations qu'on avait nous chez le med gé. Toutes les visites du suivi hum.... A deux mois trois mois tout ça en fait c'est des choses qu'on voit pas dans nos stages hospitaliers. Ne serait-ce que des trucs tout con hein, comme la vaccination, on a pas fait une seule vaccination euh... dans mon stage de trois mois aux urgences. Alors que là au-final chez le prat on le faisait assez régulièrement. Tout ce qui est au niveau du développement enfin... développement psychomoteur de l'enfant même si on avait quelque bases aux urgences pour voir si l'enfant enfin avait euh... un problème ou pas mais sinon j'avais pas vraiment un cut-off dans ma tête sur quand est ce qu'il va s'amuser avec ses pieds... quand est ce qu'il va tenir la tête droite et tout... alors que c'est un truc que j'ai acquis (tousse) ensuite ... du coup en ambulatoire. Pareil la diversification ... en fait j'ai commencé par les urgences donc il s'est trouvé que les patients me posaient des questions des fois sur place... fin... enfin... hum j'en avais jamais vu je connaissais rien du tout sur ça. Et tout ça c'est des choses que j'ai dû apprendre dans mon stage ambulatoire que j'aurais pas vu si j'avais pas fait le mixte. Et c'était quelque chose que j'avais un petit peu anticipé enfin... qui me paraissait un peu normal voilà d'avoir deux populations complètement différente... et je trouve que c'est... ouais que c'est hyper bénéfique quoi... (silence) d'avoir fait les deux. Je pense que j'ai eu plus de connaissances générales par rapport à ceux qui ont fait 6 mois d'hospit ou même ceux qui ont fait 6 mois de PMI qui ont pas forcément vu un enfant malade au final euh... silence pendant leur stage de PMI. Puis voilà... enfin je compare avec euh... des amis qui ont fait leur stage en PMI qui ont pas vu une bronchio de leur stage je trouve ça aussi dommage du coup euh.. et puis un petit peu même (silence)... pas angoissant mais je sais que

enfin moi la bronchio j'en faisais une montagne avant j'savais pas trop ce que c'était et tout euh... du coup ça me faisait flipper de voir un enfant qui sifflait et tout et euh... ça démystifie vachement de le voir en vrai. C'est vrai que d'avoir les deux versants c'était super appréciable et que c'est assez judicieux pour quelqu'un qui veut faire de la médecine euh général médecine gé en rural. Hum... Donc voilà un peu au niveau ... et là aussi où j'ai appris c'est au niveau pas mal de la gestion aussi plus de l'enfant je me suis rendu compte aux urgences... enfin quand j'étais plutôt en ambulatoire j'étais beaucoup plus proche de l'enfant au final je le prenais plus dans mes bras je discutais... enfin il y avait la mère qui discutait en face j'avais l'enfant dans mes bras c'était des postures que j'avais pas forcément aux urgences... je sais pas si c'était le moi peut être qui était de plus en plus à l'aise mais je pense que le contexte aussi aux urgences voilà ... (silence)

C1 : le stress ?

S2 : ouais voilà ça se fait pas c'était pas forcément adéquate alors que là quand l'enfant va bien entre guillemet que il y a une bonne ambiance dans la consultation c'est vrai que tu t'amuses un petit peu avec l'enfant etc... et c'est euh.. des comportements que j'avais pas eu avant. Quand t'as une relation après avec l'enfant bhé c'est de suite beaucoup plus facile de faire tes examens après derrière hein et j'ai beaucoup moins galéré sur mes examens en ambulatoire que j'ai pu galérer sur mes examens aux urgences parce que justement on avait plus le temps de se poser, plus le temps de créer cette relation avec l'enfant que j'avais pas eu le temps de faire aux urgences. Ouais mais après c'est des trucs tout con mais voilà enlever le body quand j'étais aux urgences souvent je disais aux parents "allé je vous laisse enlever le body" et puis j'y vais après. Alors que là c'était moi qui posait l'enfant, qui enlevait le body, en même temps je discutais avec la mère j'avais un contact avec l'enfant. Voilà en fait ça c'est des changements qui se sont opérés une fois que je suis passé en ambulatoire. Et qui me serviront plus tard si j'ai à travailler avec des enfants. Hum... voilà c'est les choses qui me viennent à propos du stage.

C1 : et pourquoi tu as choisi ce stage du coup ?

S2 : Alors moi... rire... c'était pour éviter la gynéco parce que faire 6 mois de gynéco hospitalière j'en comprenais pas vraiment l'intérêt dans ma pratique future et finalement faire trois mois de gynéco de ville me suffisait amplement. Je me destinais pas à avoir une patientèle hyper axée gynéco. Après connaître la base d'un médecin généraliste c'est nécessaire et je pense que faire 3 mois comme ça c'est suffisant pour avoir la base euh... les bases pour une consultation de contraception. Les base de ... du suivi de grossesse. Comment poser un stérilet, comment poser un implant, faire eumh un frottis. Voilà ce genre de chose au final jamais je ferai autre chose dans ma carrière et ça se trouve ça je le ferai même pas et euh... de toute façon je ferai pas d'autre chose et du coup avoir expérimenté ça pendant 3 mois c'était suffisant après la difficulté que j'ai eu par rapport à ça c'était que la med gé que j'avais qui faisait de la gynéco était une femme... et euh du coup mes patientes venaient voir une médecin gé pour un examen gynéco femme et moi j'étais souvent introduit comme un ... « voilà j'ai un interne homme avec moi est ce que ça vous dérange » et donc finalement à chaque fois... enfin souvent je me suis fait refoulé du coup et hum... et je dirai bien 3 fois sur 4 et c'est vraiment par une majorité de patiente au final donc euh... c'est vrai que je conseillerai plutôt plus de se renseigner sur le sexe du maitre de stage qui fait le ... parce que je pense qu'une femme qui va voir son médecin généraliste homme pour faire un examen gynéco j'aurais eu beaucoup moins de refus que ce que j'ai pu avoir là parce que c'est une femme et aaahhh.. c'est vrai que au final la gynéco je dirai pfff qu'il m'a bien fallu 3 mois quand même pour faire un petit peu le tour. Autant tout ce qui est diversification tout ça je dirai au bout d'un mois ou 6 semaines je commençais à être assez bien rodé, autant la gynéco ça a mis beaucoup plus de temps parce que j'ai eu beaucoup moins l'occasion d'expérimenté le truc et au niveau des geste euh... du coup pour le retrait stérilet et le frottis j'en ai fait pas mal, autant la pose d'implant j'en ai fait qu'un, retirer un implant j'en ai fait que un seul. Alors c'est bien pour l'expérience je sais que je peux faire mais c'est vrai que si dans dix ans je dois en faire un autre je serai pas forcément hyper serein. Euh... Poser un stérilet par contre j'ai pas pu le faire, ça c'est mon seul regret entre guillemet, j'en ai vu deux mais j'ai pas pu, pas pu l'expé... l'expérimenter hum donc euh donc voilà donc euh

c'était... (silence) un petit peu dommage par rapport à ça. Mais voilà mais voilà je regrette quand même pas parce que comparé à l'autre option qui est de passer 6 mois en gynéco je pense que ya pas photo.

C1 : ok... (Silence...) et en pédiatrie du coup les domaines dans le lesquels tu penses avoir progressé est ce que tu pourrais les définir ?

S2 : Alors c'est tout ce qui va être sur la prévention, du nourrisson aux urgences on est pas trop dans cet axe-là. Il y a un problème « l'enfant siffle » on doit répondre au problème et puis on va être dans la thérapeutique alors que la finalement les consultations de pédiatries c'est tout ce qu'il y avait à côté finalement... et pourquoi finalement il fait pas ses nuits, qu'est-ce que je peux faire pour qu'il fasse ses nuits euh... ça c'est des questions qui me... à chaque fois j'étais en difficultés avant et c'est vrai que c'est vraiment sur finalement tout ce qu'il y a à côté du versant pathologique tu vois ou vraiment le fait d'être en ambulatoire m'a beaucoup aidé. Comme je l'ai dit tout à l'heure dans ma relation avec l'enfant c'est quelque chose enfin voilà ou j'ai progressé voilà... voilà... bon je me répète un petit peu mais voilà c'est tenir l'enfant etc... jouer avec lui euh... entrer en contact et voilà c'est des choses que je faisais pas aux urgences umh.... La question de la diversification c'est vraiment des choses ... toujours les mêmes questions qui reviennent mais uhm mais voilà aussi les gestes de refaire la vaccination même si c'est pas sorcier de vacciner un enfant. Mais c'est con mais en trois mois j'ai fait des progrès sur ce geste-là. Tu enfin au début bin je prenais l'aiguille je désinfectais je piquais et puis à chaque fois je voyais qu'il se mettait à pleurer le gamin et puis au fur et à mesure au bout des trois mois le fait de ... justement jouer avec l'enfant voilà de ... hum... voilà de faire des ...diversions entre guillemet j'ai appris aussi avec ça au-final vers la fin des 3 mois à chaque fois que je vaccinais l'enfant ne se mettait pas systématiquement à pleurer. C'est un truc bête mais il y a eu aussi une courbe d'apprentissage par rapport à ça et hum... voilà. Je réfléchis du coup voir si j'ai pas d'autres choses qui me viennent à l'esprit... mais... voilà c'est à peu près tout.

C1 : Et tu as eu l'occasion de prendre en charge des enfants avec des pathologies chroniques ?

S2 : uhm... alors pathologies chroniques... Alors on a eu deux enfants diabétiques de type 1. Du coup c'était plutôt des ados. C'est vrai que c'est une bonne question parce que c'est une réflexion que je m'étais pas trop faite mais euh... la population pédiatrique que j'avais en consultation c'était assez finalement axé nourrisson et euh enfant en bas âge. C'est vrai que j'avais assez peu d'ados au-final. Du coup en pathologie chronique j'avais deux ados qui avait un diabète de type 1. Là c'est vrai que les consultations c'est pas moi qui les ai menés. Vu que c'était des chroniques ils avaient l'habitude de voir le med G et du coup c'est pas moi qui ai mené les consultations. Surtout que bon les ados c'est pas toujours facile à ... voilà pour qu'ils soient hyper compliants voilà... les enfants diabétiques on sait que ya pas mal de soucis avec ça et euh... je pense qu'ils avaient une bonne relation avec mon med gé et c'est pour ça que j'ai préféré être à l'écoute. Donc euh... donc voilà... après je réfléchis ... silence...

Euhm non ... Par contre juste un autre truc pour revenir sur une question précédente, c'est vrai que deux ou trois fois j'ai dû adresser des patients aux urgences uhm... et du coup aux urgences d'\*\*\* pour le coup puisque j'étais en stage pas trop loin d'\*\*\* et c'est vrai que le fait d'avoir vu les deux je pense que c'est un autre avantage justement, je pense que t'es plus serein quand tu te mets à adresser un patient aux urgences si tu y es passé avant. Tu comprends un petit peu le contexte, tu comprends finalement ce dont tu as besoin quand tu es aux urgences et euh... C'est vrai que du coup j'ai adressé 3 patients aux urgences et les trois fois où je l'ai adressé c'était euh.. sans doute aucun, je savais que c'était pas une connerie, que c'était pas par peur ou pas excès et euh... au contraire ça te permet quand tu as un patient... un enfant grave entre guillemets tu vois du coup en consultation une bronchiolite qui sifflait bien avec un score de Wang augmenté bin euh... je pense que si tu es pas passé aux urgences le petit de 6 mois qui siffle à mort je l'aurai envoyé quoiqu'il arrive parce que j'aurais paniqué mais là le fait d'être passé aux urgences tu quantifie ton Wang et il y en a plus d'un que j'ai renvoyé chez lui avec des consignes de surveillance claires. Ca c'est un autre point, un gros point bénéfique de faire ces stages 3 mois 3 mois parce que tu vois les deux versants parce que surtout quoiqu'on dise en 3 mois on commence à faire le tour de notre stage. En 3 mois euh... voilà... on a vu un petit

peu ce qu'on devait voir et finalement les 3 mois restant on est dans la répétition... et c'est une remarque générale un peu de tous nos stages d'internat. Je pense qu'au bout de 3 mois voilà on a fait le tour et euh... c'est vrai que les 3 derniers mois c'est une routine qui s'installe qui peut être pu ou moins déplaisante d'ailleurs et là c'était un point positif de ce stage c'est que au bout de 3 moi j'avais l'impression de voilà changer de stage, trouver un nouvel endroit, voir d'autre personnes et ça m'a redonner un petit coup de boost au milieu de mon semestre qui était bien sympa...

C1 : Et du coup ton stage était organisé comment pendant tes 3 mois d'hospit et tes 3 mois d'ambulatoire ?

S2 : Alors euh... j'ai commencé par euh.. du coup par le service d'hospit en fait... du coup il y avait trois services, les urgences, les grands enfants et les nourrissons. C'est vrai que notre volonté a la base c'était qu'on était trois il y avait trois services on s'est dit on fait 1 mois chacun. On s'est vite rendu compte que se serait pas possible parce que pour un mois le temps de prendre nos marques ça aurait déjà été fini et puis surtout les chefs d'un point de vue organisationnel étaient pas du tout chauds parce qu'ils ne se voyaient pas former un interne tous les mois et c'était très largement compréhensible, déjà que eux même étaient pas forcément chauds de ce stage couplé parce qu'ils avaient au bout de trois mois une nouvelle fournée d'interne à former. Donc au début on a tiré au sort pour voir qui passerait dans quel service. Moi j'ai été tiré aux urgences et donc j'ai été formé aux urgences et qu'aux urgences. Ensuite on avait possibilité lorsqu'il y avait des jours de congés de certains de les remplacer en service. Globalement moi je suis très content d'être passé aux urgences parce que l'hiver on voit un petit peu de tout aux urgences tandis que quand tu es au service nourrissons 90% de tes lits c'est des bronchio et 10% c'est des gastro et tu fais pas grand-chose d'autre de ton stage au final. Aux grands... au final c'est pareil en tout cas à \*\*\* hein je parle pour \*\*\* 50% des lits étaient occupés par les psy, des anorexiques et tout et je suis pas sûr que c'est là qu'on en retire le plus de bénéfice surtout en trois mois où le but c'est quand même de faire du concentré de prendre tout ce que tu as à prendre et là pour le coup les urgences je pense que c'est le meilleur endroit

pour ça. J'étais content par rapport à ça de tomber la-dessus. Après c'est vrai que trois mois aux urgences pédiatriques en hiver c'est suffisant et c'est pour ça que j'étais content de changer au bout de trois mois et de changer d'ambiance ça m'allait très bien. Ensuite euh... mon stage en ambulatoire j'avais deux maitres de stages. Donc une femme qui était plutôt accès gynéco et qui faisait de la MG classique et puisqu'elle faisait pas mal de gynéco et de suivi de grossesse elle suivait après les gamins. Et un homme qui lui faisait de la médecine générale plus générale, un tout petit de gynéco mais pas tant que ça. Il se trouve que ce praticien a eu une rupture du tendon d'Achille juste avant le début de mon stage donc il a été en arrêt pendant 2 mois et du coup j'ai pu passer qu'un mois avec lui. J'ai fait du coup mes deux premiers mois avec exclusivement le Dr \*\*\* donc la femme et un mois avec Dr \*\*\* le mec. Du coup c'était en journée assez tranquille. Je faisais trois jours de stages avec la meuf pas plus parce que les autres bureaux étaient pris donc j'avais l'occasion en dehors du mercredi de faire des consultations tout seul. C'est sûr que faire 3 jours de consultation avec la même personne ça suffisait. J'en profitais pour faire des consultations avec d'autres médecins à côté, j'ai été avec une pédiatre, pas mal de médecins du sport dans le cadre de mon projet professionnel, ça m'a permis de dégager du temps par rapport à ça. Du coup voilà les deux premiers mois plutôt gynéco, assez frustrant par le fait que je me faisais assez souvent virer dès que les consultations gynéco arrivait, j'étais en plus pas toujours d'accord avec la prise en charge de ma med gé, elle était vraiment pas dans le conflit, par exemple dès que la question de la vaccination était même en mode « ah non mais moi je ne vous oblige en rien » c'était des choses qui m'ont un peu choqué, je suis un peu plus rentre dedans comme style et donc c'est vrai qu'il y avait des choses qui me gênaient un peu. Elle a eu du mal aussi un peu à me lâcher la grappe, c'est à dire que j'ai fait beaucoup beaucoup de passif avec elle et finalement c'est que vers la fin que j'ai fait de l'actif sur les journées du mercredi où un bureau était libre et puis après du semi actif le reste de la semaine. Ca se passait bien, je sais pas trop quelle crainte elle avait en fait de pas m'avoir laissé avant gérer, souvent elle me disait qu'il fallait aller vite parce que le rythme de consultation était de toutes les 15 minutes et elle avait peur que je sois trop lent avec les gamins,

voilà ça c'était un petit peu dommage. Et puis par contre les journées d'autonomie elle s'arrangeait pour que ce soient des gamins vu que c'était mon stage de pédiatrie... elle s'arrangeait pour que ce soient des consultations de gamins pas trop compliquées, soit des suivis soit des petites viroses que je gérais. Et après par contre avec le mec c'était beaucoup mieux. Lui par contre était beaucoup plus rentre dedans justement, on s'est beaucoup mieux entendu et au bout de deux jours finalement j'ai fait que de l'actif et pour tout le dernier mois. Il me disait justement « moi je savais pas trop avec »... il disait justement « t'avais pas trop fait d'actif donc j'étais inquiet je savais pas comment gérer » puis finalement voilà je pense c'était plus du problème du relationnel avec lui ça s'est super bien passé j'ai fait de l'actif quasiment pendant 1 mois, il me laissait le cabinet entre midi et quinze heures, je terminais les consultations, je commençais les suivantes et puis c'était super bien. Là pour le coup du tout-venant, c'était son planning de consultation, il était toujours disponible avec son téléphone quoi mais c'était limite un petit SASPAS.

C1 : Et tu estimes que tu as fait assez de pédiatrie sur ton versant ambulatoire ?

S2 : Pour le coup vraiment l'ambulatoire c'était un UPL pour moi, c'était de la med gé quoi mais en terme de pourcentage je dirais que c'était un quart un tiers mais après c'était vraiment de l'UPL. Après j'étais content aussi parce que mon stage d'UPL j'avais fait un stage de station très accès traumato donc j'avais pas fait de médecine générale du tout durant mon stage et c'était aussi l'un des points pour lequel... on revient un peu à la question d'avant... j'ai choisi ce stage. C'est que finalement l'an prochain si je me retrouve à faire un SASPAS j'aurais jamais fait d'UPL c'est vrai que c'était pour le coup l'occasion bin voilà de faire un petit peu de médecine général. C'est vrai que d'un point de vue extérieur on peut trouver ça un peu dommage de ne voir qu'un quart d'enfant sur son stage de pédiatrie mais pour le coup moi j'étais content et ça m'allait très bien... silence... ça m'a permis de faire de la med gé tout venant.

C1 : Et du coup pour toi si tu devais définir les avantages d'un stage mixte ambulatoire et hospitalier se serait quoi ?

S2 : Bin vraiment de voir tous les ... silence... pff... bin de voir tous les versants de la pédiatrie quoi enfin on rejoint un peu ce qu'on a dit déjà mais que ce soit dans la prévention, l'accompagnement des patients, dans la détection de pathologies aiguës. Et par exemple... enfin moi j'ai pas pu l'expérimenter mais tu posais la question du suivi chronique et c'est vrai que je voyais ma med gé qui a suivi un gamin depuis qu'il est nourrisson et maintenant ils ont quinze ans, ça donne des consultations hyper agréables où les gens se tutoient et c'est vrai que c'est un autre versant de la pédiatrie qu'on a pas sur les stages hospitaliers. Et donc euh... donc voilà... c'étaient les avantages hein que tu me demandais ?

C1 : ouais et puis peut être après les inconvénients ?

S2 : Euh... silence... ouais inconvénients sur le versant pédiatrie j'en vois pas tant que ça, peut-être pourquoi pas d'un point de vue pédagogique si c'est notre stage de pédiatrie peut être un peu plus de pédiatrie pourquoi pas faire une journée chez un pédiatre en ville si c'est possible d'organiser ça pour faire des journées de consultations. Je pense qu'il y a toujours possibilité de toute façon, voilà on est interne et il suffit d'être un petit peu démerde sur nos jours off pour faire nos démarches sur nos jours off, de pas forcément avoir le travail pré-maché quoi. Mais voilà du point de vue pédiatrique je suis très satisfait de mon stage. L'inconvénient c'était plus le versant gynéco quoi, quand t'es un mec et que la médecin gynéco est une femme clairement c'est un frein quoi et... silence... je pense que d'un point de vue pédagogique si on lit vraiment les objectifs pédagogiques du DMG sur nos stages de gynéco je suis sûr que je suis pas dans les clous. Après personnellement moi je m'en fous totalement mais je sais que je suis pas dans les clous. Donc je pense que ça ça peut être un axe sur lequel on peut peut-être travailler. Je sais pas du coup si les patientes seraient plus ouvertes si c'était des gynéco de ville directement et pas des med gé. Mais en tout cas voilà je conseillerai aux internes hommes si ils veulent vraiment se former de prendre en compte le sexe du praticien. Voilà.

C1 : bon bin je pense qu'on a fait le tour, merci \*\*\*.

### 6.12. ANNEXE 3 - ENTRETIEN 3 (C1 = chercheur 1, S3 = sujet 3)

C1 : Bonjour \*\*\*, bon appétit, alors dis-moi qu'as-tu pensé de l'apport de ton stage en pédiatrie mixte hospitalier ambulatoire dans ton cursus ?

S3 : Ok de manière générale ?

C1 : Oui

S3 : ok je dirai que l'apport c'est déjà la... je pense que c'est plus complet qu'un stage pédiatrique normal, c'est vraiment l'aspect complet parce qu'au final j'ai commencé par l'hospitalier, j'ai trouvé que c'était bon certes évidemment intéressant. Il faut y passer pour bien se rendre compte de ce que c'est que la réelle pédiatrie, comment adresser un gamin aux urgences, avoir le ... surtout le, finalement le ... ouais c'est ça c'est plus là-dessus comment adresser surtout l'aspect urgence. Mais par-contre ça manquait vraiment sur le suivi. (Silence)... j'aurais eu que l'hospitalier le suivi et finalement ce qui est notre quotidien en médecine générale plus tard, enfin la majorité, je l'aurai pas eu donc (silence)... c'était important pour moi d'y passer, tout en complétant, surtout l'hiver j'ai pu voir bien les bronchiolites les diarrhées et tout. Ca c'était important. Vraiment c'est surtout ça que ça m'a apporté je pense, c'est une vue d'ensemble. Euh... après... je sais pas si... (silence) c'est clair ?

C1 : Oui, et quelles sont les raisons pour lesquelles toi tu as choisi ce stage ?

S3 : très honnêtement... bon voilà parce que ya des raisons voilà... mais très honnêtement, c'est aussi pour les raisons euh... (silence)... un petit peu de rythme aussi. Parce que finalement la pédiatrie l'hiver ça me faisait peur ça reste hyper dense. Et je me suis dit j'ai pas envie de refaire un stage hospitalier juste pour refaire tourner un service euh... voilà. Et je trouve que du coup l'ambulatoire mine de rien ça m'apportait un quelque chose qui ressemble plus à ma vie plus tard. Ca me faisait une pause dans l'hiver et forcément je savais que j'aurai moins de gardes et ... (silence) même si j'en ai fait quelques une en plus après mais j'avais je l'avoue un rythme un peu plus tranquille et moins stressant avec des prat qui s'occupent que de toi, qui s'occupent de ta formation, plutôt que d'être avec des pédiatres qui finalement sont bien contents de t'avoir pour faire tourner le service. Donc voilà. Très honnêtement la raison elle est

un peu là. Mais l'aspect complet du stage, comme je l'ai dit avant, ça c'était l'autre gros point positif que j'avais déjà anticiper et je me doutais que je ferai pas de suivi, qu'en plus on avait des secteurs à respecter et que je passerai pas partout à l'hôpital non plus donc euh voilà, c'était le meilleur moyen de tout voir.

C1 : et est-ce que les attentes que tu avais par rapport à ce pourquoi tu as choisi ce stage, là, est ce qu'elles ont été remplies ?

S3 : Globalement oui mes prat ont fait au mieux pour me filer le plus de pédiatrie et de gynécologie. Ca manquait peut-être un peu de gynécologie pour le coup, d'un côté ils faisaient au mieux mais mine de rien le cabinet il faut qu'il tourne avec de la médecine générale globale. Donc je m'attendais peut-être à ce qu'il y ai certains prat qui fassent au moins 50 % que de gynéco ou de pédiatrie dans la journée et il arrivait que ce soit moins, je trouvais que 50 % c'était un peu la part à respecter. Je trouvais que des fois il y a eu un peu moins et en même temps il se trouvent un petit peu tentés de nous faire repasser sur de la médecine générale classique s'il y a un peu des urgences... À l'inverse cela m'a aussi surpris d'apprendre autant en cabinet avec des prat même si les pédiatres peuvent être aussi critiques parfois sur la prise en charge des médecins généralistes. Voilà j'ai eu des remarques au début de la part des pédiatres hospitaliers que « c'était pas auprès des médecins généralistes que l'on apprenait à pédiatrie » que ... et j'ai senti qu'il faisait une différence sur les 3 internes de médecine que l'on était entre celui qui allait partir au bout de 3 mois et ceux qui étaient là pour 6 mois. Bon ça c'est finalement un peu détendu peu après mais je pense qu'ils avaient beaucoup d'a priori sur cette organisation et moi je suis finalement surprise d'avoir appris autant. Parce qu'encore une fois en milieu hospitalier en hiver il faut que ça tourne on faisait des après-midis entiers de courrier et c'est pas là qu'on apprenait auprès des enfants. Je pense que je passais 30 minutes à 1h auprès des enfants alors que au cabinet je passais beaucoup plus de temps près des patients. Et encore une fois quand on a des prat qui sont axés sur nous, j'avais des prat qui étaient bien à jour sur les recommandations et je pense qu'ils m'ont appris de très bonnes choses c'était tout à fait adapté.

J'ai bien mieux appris en cabinet tout cas dans de meilleures conditions, dans de meilleures conditions, plus à l'aise, mieux (silence) mieux comment dire, valorisée.

C1 : Et en pratique comment s'est déroulé ton stage, tu as commencé par l'hospitalier c'est ça ?

S3 : J'ai commencé 3 mois en hospitalisation en effet et après j'ai fait trois mois de Prat les trois mois d'hospitalisation en fait on tournait, il y avait trois secteurs. J'étais à \*\*\* je n'avais pas précisé il y avait soit... (silence) enfin c'est ce qu'ils ont trouvé de mieux pour que tout tourne bien, on était trois internes à faire ce stage, donc un n'a fait que les urgences l'autre a fait les grands enfants donc ça c'était moi et un dernier était aux nourrissons. Donc moi j'avais pris les grands enfants parce que je me suis dit que ça me rapprocherait plus que les nourrissons, qui était peu représentatifs de la médecine générale avec un turn-over bien plus rapide. Les urgences je pense que ça aurait été mieux mais en même temps j'ai eu une garde par semaine aux urgences donc j'ai quand même bien été (silence)... bien été aux urgences, j'ai fait 13 gardes sur 3 mois et j'en ai repris cinq sur mon stage quand j'étais chez le Prat. Il y a pas à cacher voilà les urgences c'est difficile mais c'est là où j'apprenais le plus aussi c'est là où ça ressemble plus à la médecine générale. Les petits d'urgences au cabinet ressemblaient beaucoup à ce que je voyais aux urgences et donc là c'était (silence) c'était et pas toujours ça mais c'était bien.

C1 : et du coup le fait d'avoir commencé par l'hospitalisation d'abord puis le praticien tu as trouvé une différence ?

S3 : C'est difficile à dire ce que j'ai pas fait dans l'autre sens mais en tout cas c'était mon choix de commencer dans ce sens-là. J'ai préféré commencer par avoir un minimum de base sur (silence) sur ce qu'on voit au quotidien enfin comment dire sur ce qu'on voit aux urgences. Vraiment des pathologies type bronchiolite et c'est un peu ce qui me faisait peur au début du stage. Donc c'est vrai que je suis arrivée chez les prat un peu plus rassurée, quand j'avais des enfants qui venait sur des consultations sans rendez-vous d'urgence ça me paraissait tout de suite beaucoup plus familier. Et puis j'avais envie de commencer par ce qui me paraissait le plus dur comme ça c'était fait aussi je sais pas j'avais envie de (silence) et puis que ah oui ça

aussi que dans le sens inverse j'aurai pas pu faire de garde. Oui voilà au moins dans ce sens-là j'ai pu continuer les gardes derrière donc voilà

C1 : Et du coup au niveau de l'organisation, de l'intégration dans l'équipe même du changement de lieu géographique ça n'a pas été trop dérangent le schéma 3 mois 3 mois ?

S3 : un petit peu parce que mine de rien 3 mois ça passe vite donc une fois qu'on a pris le rythme allé hop faut repartir faut reprendre une organisation, j'avais 4 prat différents donc 4 organisations différentes mais euh... (silence) ... en tout cas j'étais contente de changer, je pense dans un sens ou dans l'autre, après non l'organisation c'était euh... un petit peu loin quand j'étais à \*\*\*. J'avais un prat à \*\*\*, un a \*\*\* un autre à \*\*\* mais euh... Mais c'était pas dérangent et surtout c'était varié entre la population de \*\*\* qui était un peu plus précaire que la population d'\*\*\* donc du coup ça c'était pas mal. Ca se faisait bien je restais sur un terrain d'\*\*\*. Et je me suis pas sentie isolée non plus parce que j'ai eu droit à l'internat et mine de rien c'est un point positif. On a eu, on a négocié des choses et on était tous contents de pouvoir être logés à l'internat, vraiment. C1 : Et au niveau des compétences que tu as acquises, est ce qu'il y a des domaines dans lesquels tu as l'impression d'avoir progressé pour ta pratique ? Et puis on reviendra après sur certains points plus en détail

S3 : Ok... euh... (rires) c'est difficile... bon après forcément que, j'ai progressé, je pense. Je réfléchis peut-être plus dans le sens, est-ce que si j'avais fait 6 mois en pédiatrie cela m'aurait apporté plus de connaissances. Je pense sur l'aspect connaissance pure, en effet euh... Si t'es 6 mois dans un stage de pédiatrie avec des pédiatres, confronté à des pathologies plus complexes, je pense que oui t'es forcément un petit peu meilleur en pédiatrie oui... Mais à l'inverse, encore une fois si on rapporte les choses à ce qui se passe au cabinet pour nous futurs médecins généralistes, est ce que gérer des maladies un petit peu compliquées de pédiatrie m'aurait réellement apporté dans ma pratique future, je ne pense pas. Donc je pense que faire comme ça... (silence) ça a été, encore une fois un moyen de voir un petit peu tout, peut être juste survoler, c'est sûr que en 3 mois 3 mois tu peux pas aller au fond de toutes les choses. Il y a

aussi l'adaptation au rythme et je pense, enfin c'est... oui je regrette vraiment pas, je pense que si c'était à refaire je ferais comme ça.

C1 : Et si on reprend les objectifs du CNGE, sur les enfants de plus de 1 an, les repaires de l'alimentation, l'examen du nourrisson, les questions sur les maladies prévalentes, la prévention, les maladies chroniques et le handicap ?

S3 : Et bien à part peut-être que en dehors de la coordination en maladie chronique et handicap, oui peut être que ça, je peux pas dire qu'au cabinet je l'ai appris. Après les autres points que tu as dit pour le coup je l'ai plus vu au cabinet qu'en hospitalier. L'alimentation du nourrisson, honnêtement je ne l'ai appris qu'au cabinet. Enfin la diversification, les conseils aux parents et même le temps qu'on consacre aux parents et aux gens, il est pas du tout le même au cabinet où tu peux prendre le temps d'expliquer ce genre de choses que sur des urgences. Aux urgences il y a une salle pleine et où même si c'est important on peut pas tout revoir. L'examen et le suivi du nourrisson alors ça je pense euh... si j'avais été aux nourrissons à l'hôpital je pense que j'aurais plus étayé. Et pour l'enfant de plus de 1 an sérieusement je l'ai fait au cabinet, même si j'étais chez les grands enfants à l'hôpital. Répondre aux questions sur les maladies à forte prévalence, après tout ce qui était prévention, vaccination ça c'était au cabinet. Enfin voilà très clairement.

C1 : Et tu as donc l'impression que ton stage comme il a été fait là t'a permis de pratiquer ça ?

S3 : Oui, en ambulatoire hein ?

C1 : Oui

S3 : Ah oui franchement, si il n'y avait eu que de l'hospitalier ça aurait pas été le cas, oui je pense que si on devait résumer, sur la pathologie pure l'hospitalier est forcément plus adapté, mais sur tout le reste et je pense là que c'est bien le trois quart de ce qu'on fera en pédiatrie bin ça c'est au cabinet donc c'est représentatif. Et voilà, il y a peut-être et forcément il y en a des médecins généralistes qui sont à jour, tout aussi bien que certains pédiatres. Il y a ça aussi, si j'avais fait plus de consultations en stages, si on y avait plus accès en étant moins engrainés dans ce turn-over énorme qu'est l'hiver euh... là je suppose que j'aurais appris plein de chose.

Mais je n'ai pas fait ça pendant mon stage, et aucun autre interne non plus. Je l'ai fait de manière exceptionnelle deux fois je pense

C1 : Et chez les ados, les grands enfants, t'as l'impression que ton stage t'a apporté des choses dans l'entretien de l'ado ? Dans la prévention ?

S3 : Euh... alors là pour le coup comme j'étais aux grands enfants à l'hôpital et qu'on faisait de la pédopsychiatrie et pas mal de soucis d'adolescents, pour le coup j'ai plus touché euh... voilà aux discours avec l'adolescent, la prévention et les problèmes qu'il y a autour, ça je l'ai peut-être plus discuté en stage hospitalier que chez le prat ouais. J'ai je pense moins vu d'adolescents que d'enfants de moins de 6 ans chez le prat. Je pense que ça joue surtout là-dessus. Après j'ai quand même vu des jeunes filles pour tout le côté gynéco. Euh... parce que mine de rien je parle que de la pédiatrie mais je faisais quand même de la gynéco hein. Pas assez, là je peux pas dire que je me sente très à l'aise et compétente en gynéco mais euh... ouais voilà. Pour la gynéco je pense que ... de la même manière que la pédiatrie l'idéal serait de faire trois mois d'urgences gynéco et trois mois de gynéco de ville. Et vraiment de la gynéco de ville parce que c'est vrai que en cabinet de med gé voilà j'avais deux prat qui en faisaient... le plus mais ça reste allé, 20% de leur motif de consultation dans la journée, grand max vraiment.

C1 : Et du coup est ce que tu considères que sur ton versant pédiatrique tu as vu assez de patient relevant de la pédiatrie ?

S3 : Pour un stage étiqueté pédiatrique je pense qu'on peut mieux faire. J'ai eu un prat chez qui pas du tout, mais bon avec lui c'était particulier. Une où c'était top, pour le coup elle a bien, (silence) pour le coup je pense que c'est la seule qui a respecté un 50% de pédiatrie que je pense important. Les autres euh... il y avait des journées avec et des journées sans. Elles étaient nouvelles sur le stage, elles ont bien fait je suis pas du tout critique mais bon... je pense qu'il en manquait un peu, ouais. Ça m'arrangeait aussi de garder un petit pied dans l'adulte aussi hein. Parce que c'est sûr on oublie vite sinon mais ça c'était quand même faut être franc, pas mes objectifs de stage. Donc si on revient juste sur quand tu dois faire un stage de 6 mois de pédiatrie donc là j'avais peut-être un petit peu trop d'adulte c'est sûr.

C1 : Et est-ce que tu aurais des propositions pour optimiser ce stage ? En tant que stage de pédiatrie pour un médecin généraliste ?

S3 : Uniquement sur l'aspect ambulatoire ?

C1 : Non sur tout, dans sa globalité.

S3 : bin du coup je pense que en hospitalier, mais ça ça vaut pour tous les stages, nous faire faire plus de consultations, moins de services et surtout moins de paperasse bin forcément ça nous apprendra plus. Et euh... et en ambulatoire euh... bin essayer de vraiment nous mettre que leur pédiatrie le jour où on est chez eux. Bon se serait l'idéal mais il faut bien qu'ils fassent comme ils peuvent. Si il ya bien un turc qui serait top se serait d'avoir plus de pédiatre de ville dans les stages, évidemment. Parce que pédiatre de ville du coup du suivi je pense qu'ils en ont pas mal, ils ont du suivi pathologique mais sans être dans de l'hospitalier où ça nous intéresse moins, dans quelque chose de purement pédiatrique ça serait le top. Et c'est valable pour la gynéco et la pédiatrie.

C1 : Notamment type PMI ?

S3 : oui c'est ça, si je devais faire un stage parfait à les yeux je mettrais une journée d'urgences pédiatriques, une journée, de PMI, une journée de médecin généraliste et une journée de pédiatre, voilà mais bon... (rire) je parle de mon idéal. Là c'est sûr que tu vois tout, tu as tous les professionnels adaptés qui te montre l'enfant sous tous ses aspects.

C1 : Bon et bien l'entretien touche à sa fin alors, a tu des choses à rajouter ?

S3 : Non pour moi c'est bon je pense qu'on a fait le tour.

C1 : Et bien parfait, merci \*\*\*.

### 6.13. ANNEXE 4 - ENTRETIEN 4 (C1 = chercheur 1, S4 = sujet 4)

C1 : Bonjour \*\*\*

S4 : Bonjour \*\*\*

C1 : Alors \*\*\*, que penses-tu de l'apport de ton stage de pédiatrie mixte ambulatoire et hospitalier dans ton cursus de Med G ?

S4 : Je pense que ça m'a apporté beaucoup dans le sens où j'ai fait un stage de pédiatrie hospitalier où il y avait de tout, des urgences pédiatriques, de la néonatal, des adolescents et des enfants euh...classiques. J'ai commencé par celui-là puis ambulatoire derrière donc j'ai pu mettre en application tout ce que j'avais appris en hospitalier en ambulatoire. Je suis contente de l'avoir fait dans ce sens-là. Après les plus de mon stage bin c'est que j'avais du tout, j'avais pas que de l'urgence, j'avais pas que du service non plus m'ait j'avais vraiment de tout, du nourrisson à l'adolescence, pas de néonatal, très peu de néonatal donc là-dessus je ne pourrai pas trop te répondre. Voilà c'est à peu près tout ce que je peux te dire sur mon stage de façon globale.

(Silence)

C1 : Et quelles ont été les raisons pour lesquelles tu as choisies ce stage ?

S4 : Alors d'une part le classement, j'étais assez limitée finalement, parce qu'il me restait : \*\*\*, de l'ambulatoire à \*\*\* et \*\*\*. Donc j'ai pris ce qu'il restait. C'est sûr que l'idéal je te le caches pas, après avoir lu toutes les évaluations, ça aurait été un couplé à \*\*\* ou la ped à \*\*\*, je suis honnête. Et puis je voulais absolument un stage qui validait la gynéco parce que je voulais faire un stage libre derrière, un stage libre et pouvoir faire un stage hospitalier. Je sais pas encore sur quel exercice je m'oriente et pourquoi pas un exercice mixte. Donc je voulais absolument un stage mixte pour faire de l'hospitalier, enfin un service derrière.

C1 : Et alors pour revenir sur ce stage est ce que l'on peut aborder les compétences dans lesquelles tu penses avoir progressé ?

S4 : Alors du coup, en trois mois trois mois j'ai fait 1 mois aux urgences pédiatriques donc forcément toutes les urgences pédiatriques maintenant c'est systématique, je sais ce qu'il faut rechercher, ce qu'il faut regarder, les signes de gravité, ça c'est tout bon. Ensuite bin pour les

enfants c'est pareil tout ce qui est urgences souvent si c'est urgence médicale ou chirurgicale on sait cibler, trier, ce qui est urgent, pas urgent, grave pas grave et surtout en fonction de l'organisation, vue l'organisation qu'il y avait à \*\*\* c'est un interne tout seul aux urgences qui est séniorisé par téléphone et si besoin le chef se déplace. Donc grande autonomie mais énorme progression au bout de trois mois.

C1 : Et en regardant la pédiatrie en général, les compétences du médecin généraliste, est ce que tu penses qu'il y a d'autres domaines de la pédiatrie dans lesquels tu penses avoir progressé ?

S4 : Le suivi de l'enfant, comment être systématique dans le suivi de l'enfant, par exemple les consultations systématiques à un mois, deux mois, trois mois, six mois, neuf mois et même après les acquisitions que les enfants doivent avoir jusqu'à au moins six ans. Ce qui m'a permis de progresser là-dedans c'est l'encadrement, la pédagogie des médecins séniorisés, et les cours qu'on a pu avoir.

C1 : Et autant sur ton versant hospitalier qu'ambulatoire ?

S4 : Alors difficile de juger étant donné que j'ai commencé par l'hospitalier et j'ai mis en application ce que j'avais vu à l'hôpital en ambulatoire. Mais en complément, avec toujours possibilité de discuter avec les médecins généralistes de l'hôpital, sur ce que eux ont appris, sur ce que j'ai appris à l'hôpital, sur ce qu'il font en pratique et en mixant les deux.

C1 : Est-ce que tu penses que d'avoir fait uniquement six mois en hospitalier cela aurait changé la façon dont tu as acquis tes connaissances ? Ou fait 6 mois uniquement d'ambulatoire

S4 : Euh... Si j'avais fait six mois d'hospitaliers oui j'aurais pu approfondir mes connaissances parce que du coup en trois mois c'est court, j'ai plutôt ciblé sur le jeune enfant, l'enfant, mais l'adolescent a un peu été mis de côté. Donc si j'avais fait six mois d'hospitalier je pense que j'aurais pu un peu plus progresser sur la médecine de l'adolescence et sur les problèmes autour. Et si j'avais fait six mois d'ambulatoire j'aurais été complètement largué c'est sûr et certain. Ah oui j'aurais pas pu, non mais ça c'est sûr et certain j'aurais pas pu bien cibler et fonction des reco et de tout ce que j'avais.

C1 : Parce que dans la façon dont tu le présentes, le socle de ton stage c'était le versant hospitalier...

S4 : Ah oui c'était le socle, sûr et certain, bin pour moi pour mieux apprendre la pédiatrie mieux vaut avoir des pédiatres. Je ne dis pas que les médecins généralistes sont moins bien là-dessus, eux ils ont la pratique mais euh... avoir un pédiatre pour l'apprendre, pour le mettre en pratique et avoir le lien entre la théorie et la pratique je trouvais que c'était pas mal. Ce format de stage est pas en soit fondamental, j'aurais pu faire 3 mois d'ambulatoire puis trois mois d'hospitalier ou six mois d'hospitalier, mais pas six mois d'ambulatoire, ça c'est sûr et certain, j'aurais regretté si j'avais fait ce choix là. L'avantage de faire un couplé c'est de pouvoir mettre en application tout ce qu'on voit en hospitalier en ambulatoire, en hospitalier bin finalement on sait pas trop ce qui se passe en ambulatoire, et en ambulatoire on a pas les pédiatres pour nous épauler. Pour moi c'était complémentaire, d'acquérir les connaissances en hospitalier, et de les mettre en application en ambulatoire. Et ce qui aurait pu se faire, si le couplé n'avait pas été possible, ça aurait été de faire six mois d'hospitalier, et après de mettre en application mais un an plus tard, en SASPAS. Mais dans l'autre sens non, parce que pendant les trois mois d'ambulatoire, je voyais des enfants mais pas plus qu'un médecin généraliste, en comparaison par rapport à mon stage d'UPL, je n'en voyais pas plus que ça, donc pour moi ce stage en ambulatoire je ne savais pas trop où était ma place, est ce que c'était un interne amélioré d'UPL ou un pré-SASPAS ou un presque-SASPAS, finalement je faisais mes consultations toute seule comme un SASPAS. Je ne sais pas trop où était la place de l'interne là-dessus. Je sais pas trop si je réponds bien à tes questions.

C1 : Rire, si si c'est très bien. Et alors du coup, chez le nourrisson et l'enfant de plus de un an, est ce que dans les critères du CNGE il y a des endroits où tu penses avoir progressé ? L'alimentation, le suivi du nourrisson, les problèmes locomoteurs et les maladies prévalentes, la prévention, le handicap ?

S4 : Alors oui j'ai pu énormément progresser dans tout ce que tu as cité, à \*\*\*, qui est un petit centre donc forcément les repaires dans l'alimentation il y avait des chefs qui étaient vraiment

à fond dedans puisqu'elles étaient endocrino-pédiatres, examen systématique et suivi du nourrisson bin ça on le faisait beaucoup aux urgences parce que finalement à \*\*\* il y a très peu de pédiatres, très peu de médecins généralistes, population doublée l'hiver, donc on reçoit aussi beaucoup de médecine générale aux urgences l'hiver. Les problèmes locomoteurs et les maladies prévalentes un petit peu moins quand même, on faisait surtout de l'urgence. On a par contre pu faire de la coordination de soins en cas de maladie chronique, on avait beaucoup d'enfants qui revenaient aux urgences, en hospitalisation, pour lesquels on était forcément en lien avec le médecin traitant que ce soit par des courriers ou par des coups de fils. Et éducation prévention on l'a fait tout l'hiver donc pas de problèmes là-dessus.

C1 : Et chez les grands enfants tu disais moins ?

S4 : Alors oui chez les grands enfants et les adolescents moins, j'ai dû passer sur mes trois mois à l'hôpital peut être trois semaines complètes avec les adolescents mais souvent les ado qu'on avait c'étaient euh... de la psychiatrie, de la psychologie chez l'adolescent donc moins de problèmes somatiques, plutôt du psychosomatique. Après prévention et éducation bin pas toujours facile, pas toujours facile de le faire chez des adolescents ayant ce profil un peu psy... ils sont pas trop réceptifs, ils ont pas trop envie de parler, et ils sont pas représentatifs de la population générale et forcément il y a un biais à être sur l'hôpital, surtout en étant adolescent. Et pour ce qui était de l'orientation vers une structure ou un spécialiste c'était compliqué... à \*\*\* tout doit se faire en voiture donc l'adolescent si il a pas envie d'en parler à ses parents c'est hyper compliqué de le faire tout seul. Et l'hôpital de Sallanches étant une petite structure on été vite démunis. ... silence.

C1 : Ok bon ça c'était plus ce qui touchait aux compétences à l'acquisition des connaissances, pour ce qui est de la pratique comment était organisé ton semestre, qu'est-ce que tu en as pensé ?

S4 : Bon alors semestre d'hiver, donc premier semestre où les stages étaient couplés ambulatoire et hôpital, euh... j'ai vu avec ma co-interne qui faisait le même stage que moi, elle voulait commencer par le versant ambulatoire donc tant mieux, j'ai pu commencer par le

versant hospitalier. Donc trois mois d'hospitalier, comme je le disais tout à l'heure organisés en urgences pédiatriques, petits enfants et adolescents et un petit peu de néo-nat. On tournait par semaine en fonction des co-internes, de leurs formations, de leurs vacances, parfois on tournait par jour. Mais vu que c'est un petit centre ça roulait bien et les chefs étaient d'accord pour ça.

C1 : Et tous les internes étaient sur ce schéma-là ? Ou vous spécialement parce que vous étiez en couplé ?

S4 : Et bien pour mon semestre on a tous fait comme ça et pour ceux d'après je saurai pas te dire, ça a du forcément changer puisque apparemment ils faisaient six mois de stages en alternant deux jours à l'hôpital et deux jours en ambulatoire.

C1 : Et après ton stage ambulatoire s'organisait comment sur la semaine ?

S4 : Et bin il devait y avoir quatre médecins au départ mais \*\*\* est sorti du truc, donc finalement j'avais stage trois jours par semaine, du mardi au jeudi, très souple sur les horaires et sur les jours où il fallait être disponible à la fac pour les cours. Donc finalement ça laisser un long week-end donc plutôt pratique aussi, je préférais ça que des semaines à trou. Au niveau de l'emploi du temps bin quelque jours euh... pour les médecins pour nous apprendre à nous connaître et après autonomie totale avec un médecin disponible dans la salle d'à côté euh.. si jamais.

C1 : Et vous étiez organisés de façon à faire plus de pédiatrie ?

S4 : Souvent oui, souvent il y avait des créneaux d'urgence et on essayait de mettre les enfants là-dessus, surtout que l'hiver il y en avait pas mal. Avec un agenda au nom de l'interne.

C1 : Et le stage sur format trois mois trois mois, la transition entre les deux qu'est-ce que tu en penses ?

S4 : Bin très simple pour moi, je pense que c'est plus simple de commencer par l'hospitalier plutôt que l'ambulatoire, parce que finalement l'accueil des internes se fait le même jour et débarquer trois mois après pour deux personnes qui doivent tout reprendre à zéro franchement j'ai préféré dans ce sens-là, et si c'était à refaire je le referai aussi dans ce sens-là.

C1 : Et dans tout ce qui est adaptation au logement tout ça ?

S4 : Alors le logement grosse catastrophe, on était \*\*\* à \*\*\* à faire ce stage-là, on a deux personnes qui ont anticipé et ne voulaient pas aller à l'internat et une personne qui était déjà sur place et donc qui a décidé de rester vivre dans son appart ce qui se comprend. Demande du coup de logement à l'internat, pas de réponse jusqu'au 24 octobre. Donc j'ai appelé l'hôpital le 24 octobre en demandant pourquoi je n'avais pas de réponse, logement refusé. Donc voilà en étant en stage à \*\*\* aux urgences en horaires décalées bin j'en ai chier ma race en fait, désolé de le dire comme ça (rires), pour chercher un logement, essayer tout plein de refus, parce que salaire pas suffisant, parce que une locataire de six mois personne n'en veut, euh... et parce que je ne voulais pas non plus habiter de l'autre côté de \*\*\* pour avoir la route à faire deux fois par jour ou les lendemains de garde. Et puis surtout pour être isolée, je me suis retrouvée toute seule dans un appartement, financièrement c'était pas du tout intéressant, parce que six cent euros pour un interne pour 39m2 carrés pour six mois ça fait beaucoup. Surtout qu'ils m'ont dit au dernier moment que j'avais ma place à l'internat mais qu'ils avaient bloqué ces places pour les gens qui étaient à l'hôpital à cent pour cent mais qui avaient pris des appartements, on savait qu'ils avaient pris des appartements bien avant à côté et ils ont pas voulu l'entendre. Donc j'ai pas eu ma place. Et j'avais aussi vu avec eux que s'ils considéraient que je comptais pour un cinquante pour cent, je pouvais prendre le logement pour trois mois d'hôpital, et le reste en ambulatoire j'aurais fait le trajet depuis \*\*\* pour 3 jours par semaine mais ça aussi refus. Donc ça aussi j'ai essayé de négocier que bon il y a ma collègue qui ne prend pas l'internat mais si elle veut le prendre pour les trois mois d'après je m'arrange avec elle, mais refus aussi. Donc j'ai eu tous les inconvénients de l'hôpital sans en avoir les avantages.

C1 : Et au niveau de la formation, trois mois ça te paraissait trop court ?

S4 : Oui carrément pour l'hôpital, c'est trop court, c'est trop court.

C1 : Et alors quels seraient selon toi les inconvénients de ce type de stage selon toi ?

S4 : Alors l'inconvénient c'est pour la personne qui aurait commencé par l'ambulatoire, ça c'est nul, on peut pas mettre en pratique ce que l'on a appris, on peut le mettre en pratique plus tard

mais un an plus tard en SASPAS, l'autre inconvénient c'est le logement, très clairement, c'est nul. Et euh... et sinon est ce qu'il y a d'autre inconvénient... Et sinon pour les avantages c'est d'avoir une partie où on bosse bien et puis une autre partie où c'est plus tranquille et qui correspond plus à ce qu'on va faire plus tard, d'avoir du temps libre, de pas avoir de garde sur ces trois mois et là... et c'est tout... après c'est l'affinité avec les chefs moi ça s'est très bien passé en ambulatoire.

C1 : Et comment selon toi est ce qu'on pourrait optimiser ce genre de stage ?

S4 : Alors je dirais pas une aide au logement mais il y en a plein qui seront réticents à choisir entre guillemets les stages complets dans le trou du cul du monde parce que c'est loin de Grenoble, il y a pas beaucoup d'internes. Cet hiver j'ai compté ils seront trente six dans \*\*\*, donc ils auront moyen de s'organiser, nous c'était pas la cas ils étaient tous à l'internat et moi j'étais toute seules à côté donc ça c'était un peu nul d'être toute seule. Il y a pas d'aide, six cent euros de loyer par mois c'est pas, enfin pour un salaire d'interne c'est énorme, surtout en étant toute seule. Après je sais pas euh... après c'est des expériences personnelles, je pensais que \*\*\* c'était tranquille mais on m'a volé les pneus de ma voiture, donc j'ai du tout repayer ça en plus des six cent euros par mois (rire)

C1 : Et au niveau de la façon dont le stage était organisé ?

S4 : Alors moi j'aurais jamais fait en deux jours deux jours par exemple, si c'était en deux jours deux jours j'aurais pris de l'hospitalier pur. Même si le turn-over est plutôt important en pédiatrie, difficile de sortir du service, de revenir reprendre alors qu'on a loupé deux jours par ci, deux jours par là. En terme de logement, de contrainte ça aurait été trop pénible. Et puis ce qui veut dire aussi caser les gardes, sur les jours où il y a pas de prat, sur les weekend donc que les jours pourris donc non. Et pareil pour l'organisation des logements ça aurait pu être mieux organisé. (silence)...

C1 : ok, bon bin je pense qu'on a fait un peu le tour. Merci \*\*\*

S4 : Et bin de rien j'espère que ça vous aidera !

#### 6.14. ANNEXE 5 - ENTRETIEN 5 (C1 = chercheur 1, S5 = sujet 5)

C1 : bonjour \*\*\*, merci de m'accorder cet entretien

S5 : Bonjour \*\*\*, je t'en prie

C1 : Alors on va commencer par la première question, tu verras au début c'est une question un peu globale et puis par la suite si des thèmes ne sont pas abordés on reviendra dessus

S5 : Ok

C1 : Alors qu'est-ce que tu as pensé de l'apport de ce stage pédiatrie mixte ambulatoire et hospitalier dans ton cursus de médecine générale ?

S5 : Bin c'est toujours plus intéressant de faire de la médecine générale un peu plus spécialisée donc avec un peu plus de pédiatrie que la moyenne et un peu plus de gynéco. Donc moi j'ai commencé par le stage en ambulatoire donc sur euh... autour de \*\*\*. J'avais une demi-journée de gynéco au planning familial et euh... une demi-journée de gynéco à l'hôpital. Donc euh... qui était faite par des médecins généralistes. C'était bien c'était assez complémentaire les deux parce que du coup la gynéco à l'hôpital c'était surtout du suivi où on faisait voilà des frottis, des examens gynéco systématiques pour les populations de femmes plutôt autour de quarante ans en moyenne, et le planning c'était totalement une autre population avec des jeunes, souvent de milieux défavorisés, et là on abordait beaucoup plus souvent la contraception et finalement c'est là où j'ai pu faire le plus de petits gestes : pose de stérilet, pose et retrait d'implant et tout ça. Donc c'était intéressant de voir cet aspect et de voir ce qui était accessible en tant que médecin généraliste, ce qu'on est capable de faire et ce qu'on peut faire. Voilà pour la partie gynéco. Et pour la partie pédiatrie donc j'étais en pédiatrie à \*\*\*. C'est un stage qui est je pense vraiment intéressant parce qu'on tourne en fait dans les services donc on fait à la fois de l'urgence, à la fois du service et puis on découvre un peu l'unité des ados qui est plus orientée un peu psy, on avait la possibilité de faire un peu de consultations et d'HDJ mais en trois mois j'ai pas pu en faire, j'ai pas eu le temps. Donc ça permet de voir... on fait surtout des urgences en fait, ça plus les gardes ça permet vraiment de voir quels enfants il faut adresser aux urgences euh... enfin reconnaître un enfant grave. Après dans le service il y avait quand même un certain

nombre de patients qui avaient des pathologies chroniques voire rares des fois et du coup c'était un peu moins intéressant pour la médecine gé parce que de toute façon ce sera pas à nous de gérer mais permet quand même d'avoir un bon aperçu je pense. Après ce qui m'a un peu manqué c'est que je trouve que j'ai pas fait beaucoup de gynéco, finalement une journée par semaine pendant trois mois c'est peu. Je me sens pas capable à l'heure d'aujourd'hui de poser un stérilet toute seule sereinement, poser un implant toute seule sereinement. Euh... D'autant plus qu'au planning il y a eu des soucis organisationnels donc je voyais un ou deux patients par après midi donc euh... Voilà, c'était un peu limité et le reste de la semaine pendant les trois mois d'ambulatoire c'était plutôt du SASPAS. Donc j'étais en autonomie et je faisais mes consultations mais j'avais pas forcément mes patients de gynéco ou de pédiatrie qui venaient me voir donc c'était vraiment du SASPAS classique on va dire. Voilà un petit peu ce que je peux en dire.

C1 : Et pourquoi est-ce que tu as... quelles ont été les raisons qui t'ont motivé à prendre ce stage-là ?

S5 : Alors déjà je voulais pas.... J'aime pas l'hospitalier, moi je veux vraiment faire du libéral donc euh.... La possibilité de faire plus de libéral et moins d'hospitalier c'était déjà un gros argument pour moi. Et je me disais que les stages de gynéco on savait pas trop ce qu'on pourrait avoir et le fait de faire de la gynéco avec des médecins généralistes ça me paraissait être plus une pratique de médecin généraliste et pas faire six mois de gynéco à l'hôpital qui est vraiment très très spécialisée je trouve. Donc c'était plus ouais pour faire plus de libéral et pour voir la pratique de la gynéco en ville.

C1 : Ok donc toi c'était vraiment sur le versant gynéco ?

S5 : Ouais, ouais, ouais. Après ce qui m'a un petit peu manqué je pense, a posteriori, c'est que en trois mois de pédiatrie euh... je me sens pas très à l'aise, comparé à si j'avais fait six mois de pédiatrie je pense.

C1 : Pare ce que tu considères vraiment que tu as fait trois mois de pédiatrie, pas six mois de pédiatrie ?

S5 : Oui je considère que j'ai fait trois mois de pédiatrie et un peu de gynéco. Trois mois de pédiatrie hospitalière, d'urgence et donc de prise en charge d'un enfant malade et pas du tout la prise en charge d'un enfant sain.

C1 : Et du coup dans tout ce qui est alimentation, examen du nourrisson avant un an, prise en charge des pathologies chroniques, du handicap, répondre aux questions des parents, sur le sommeil, l'alimentation, est ce que tu as l'impression que ton stage t'a aidé, t'as permis d'avancer ?

S5 : Non je considère que c'est insuffisant de ce côté-là effectivement. Parce que quand tu as un enfant malade c'est pas le moment de donner des conseils aux parents sur l'alimentation, sur tout ça. Donc euh... c'est vraiment ce qui m'a manqué je pense, organiser le suivi d'un enfant sain, bon après tout ce qui est vaccin tout ça on en a fait un peu au cabinet donc le calendrier vaccinal ça va mais les conseils à donner aux parents ouais je pense que ça c'est ce qui va me manquer. Et je pense que c'est ce qui pourrait être intéressant pour les prochains stages, peut-être de coupler de la PMI avec des urgences pour avoir les deux aspects vraiment en même temps quoi.

C1 : Et quelles sont les conséquences que ce genre de stage t'as permis de développer selon toi ?

S5 : Par rapport à la marguerite ? (rires)

C1 : (Rires) Ah bin comme tu veux, par rapport à ta marguerite à toi si tu veux..

S5 : (Rires) Pour la partie pédiatrie c'est ce que je disais tout à l'heure c'est vraiment reconnaître un enfant grave, et savoir l'adresser aux urgences, déjà ça c'est le principal apport de ce stage je pense. Ensuite toujours en pédiatrie c'est d'être attentif et de ne pas méconnaître les diagnostics différentiels, par exemple bronchiolite et insuffisance cardiaque chez l'enfant donc vraiment être attentif dans ton examen clinique à tout ça... euh... (silence), déjà ça... (silence) c'était quoi la question déjà ?

C1 : Quelles sont les compétences que ce stage t'a apportées selon toi ?

S5 : Principalement ça... euh... après c'était un SASPAS donc suivi du patient lambda, j'avais en plus une spécificité d'addicto donc j'ai un peu développé des compétences dans ce domaine-là pour le renouvellement des traitements tout ça, prise en charge des populations un peu précaires. Donc eh ça en plus de la partie médecine générale classique. Et en gynéco surtout pour la prescription des pilules parce que c'est principalement ce qu'on faisait et euh... dépistage des MST. Voilà par rapport à un stage ambulatoire classique.

C1 : Et du coup ton stage était organisé comment ?

S5 : En hospitalier on tournait à peu près tous les quinze jours. Globalement il me semble que j'ai fait un mois et demi d'urgence en cumulé et après un mois de service et une quinzaine de jours chez les ados donc un peu de psy, et à remplacer en fait, parce qu'on remplaçait pas mal les autres sur leurs vacances donc j'ai fait principalement des urgences.

C1 : Et au niveau des ados tu as pu en voir un petit peu, te former sur la prévention, l'entretien chez l'adolescent ?

S5 : Alors oui mais vu que c'était vraiment une spécificité psychiatrique, c'était plus de l'entretien psychiatrique que du suivi et de la consultation chez un ado. Et c'était surtout à l'hôpital. En ambulatoire j'en ai vu quelques-uns mais pas beaucoup. Pas suffisamment c'était vraiment une population adulte et pas gynéco ou pédiatrie spécialement.

C1 : Et tu as pu te former pour la prise en charge du handicap chez l'enfant ?

S5 : Oui, j'en ai vu à l'hôpital, dans un contexte d'hospitalisation, (silence)... ils y en avaient qui était souvent hospitalisés pour leur pathologie chronique, souvent c'était des trisomies, euh... des trisomies vingt et un. On les voyait pas mal surtout que c'était l'hiver et qu'il y avait pas mal de pathologies respiratoires mais on abordait pas vraiment le suivi. C'était vraiment le côté hospitalier. On avait en théorie la possibilité d'assister à des consultations mais en pratique ça a pas été possible que ce soit pour moi ou mes co-internes puisqu'on était pas assez nombreux pour pouvoir se le permettre. Et je pense que c'est vraiment en consultation que tu peux aborder le suivi de l'enfant malade mais là ça a pas du tout été le cas. Après on a eu quelque... On a eu pas mal de cours, le matin, où on a abordé la théorie pour le suivi, comment dépister par

exemple les retards de développement d'un enfant, à qui l'adresser et tout ça. Mais ça restait de la théorie, en pratique on a pas trop suivi.

C1 : Et au niveau organisationnel c'était pas trop compliqué pour toi ? De faire trois moi trois mois, de changer d'établissement ?

S5 : C'était pas évident, parce que j'ai commencé par l'ambulatorio, pendant ce temps les internes qui étaient pédiatrie à l'hôpital ils avaient des cours le matin, auxquels je pouvais pas toujours me rendre donc j'ai perdu un peu de théorie de ce côté-là. Ça c'est mineur mais j'ai trouvé un peu difficile d'arriver au bout de trois mois, dans le sens où les autres internes étaient déjà là depuis trois mois, ils avaient leurs habitudes, ils étaient connus par les chefs, les chefs savaient qu'ils étaient autonomes, savaient qu'ils se débrouillaient et finalement on a eu une demi-journée d'explication et de séniorisation vraiment importante et après les chefs ont un peu oublié qu'on venait d'arriver et on a eu une séniorisation identique à celle des internes qui étaient là depuis trois mois. Donc ça c'était pas facile et euh... ce qui était pas facile non plus les médecins de pédiatrie nous ont dit d'emblée que eux ils n'y étaient pas du tout favorable, parce que euh... ils estimaient que c'était pas suffisant pour en savoir suffisamment sur la pédiatrie, bon ça au final je suis un petit peu d'accord mais finalement je pense qu'en tant que médecin généraliste on a pas besoin d'être des pédiatres ultra spécialisés non plus. Et l'impression que j'en ai eu c'est qu'ils nous le faisaient un petit peu payer quand même. Autant, enfin après c'est un point de vue extérieur mais j'ai l'impression que les deux internes qui ont commencé leur stage à l'hôpital, ils ont été accueillis comme les autres internes, et que nous les deux qui sommes arrivés trois mois après, il y avait quand même une réelle réticence de la part des médecins et ça s'est ressenti un peu tout le long du stage j'ai trouvé. Avec les co-internes par contre ça s'est pas du tout fait ressentir et avec les infirmières euh... (silence) non pas spécialement, après c'était une grosse équipe avec beaucoup de turn-over et du coup les infirmières on les voyait vraiment pas souvent, ça tournait vraiment beaucoup. Et ça c'est peut-être un autre des désavantages c'est que en trois mois c'est peut-être aussi difficile de s'intégrer dans le service, surtout à \*\*\* comme on tournait beaucoup, on tournait tous les quinze jours

entre les différentes unités, les infirmières tournaient aussi indépendamment, les médecins aussi, au final les médecins nous connaissaient pas. Il y a des médecins avec qui j'ai travaillé euh... un jour ou deux en trois mois et c'est tout.

C1 : Et pour le logement ? Le fait de changer de lieu de stage ?

S5 : Je suis restée dans le même appartement, j'avais pris un logement sur \*\*\* donc je faisais les trajets quand j'étais en ambulatoire mais c'était pas très loin, c'était à vingt minutes en voiture. Après à l'hôpital c'était pas très loin j'y allais en vélo donc ça c'était pas un problème.

C1 : Alors qu'est ce qui serait selon toi les avantages et les inconvénients d'un stage couplé ?

S5 : Le principale avantage d'un couplé pour moi c'est d'avoir beaucoup plus d'ambulatoire, ça nous rajoute quand même trois mois d'ambulatoire dans notre cursus et quand on veut faire du libéral c'est pas négligeable. Donc ça c'est vraiment le gros avantage que je vois. Donc je pense que c'est quand même intéressant de faire cette formule de stage pour voir à la fois de la pédiatrie et de la gynéco en médecine générale, donc voilà... Sans faire six mois de vraiment spécialité avec six mois de pédiatrie et six mois de gynéco hospitalière où c'est quand même assez spécialisé. Je pense que c'est pour moi les deux gros avantages et les inconvénients c'est que finalement on fait peu de gynéco, la pédiatrie on en fait mais pendant trois mois c'est peut-être pas suffisant. Et c'est que de l'enfant... silence, enfin je dis que c'est un peu réducteur mais c'est principalement de l'enfant malade et on a pas de suivi d'enfant sain. Moi c'est ce qui m'a manqué et je considère que j'ai pas eu l'avantage du libéral pour la pédiatrie.

C1 : Alors ça recoupera peut-être un peu mais quelles seraient selon toi les choses à apporter pour optimiser ce genre de stage ?

S5 : Bin j'ai déjà un peu dit tout à l'heure, je pense que pour la pédiatrie se serait pas mal d'avoir de la PMI, en plus des urgences pour faire vraiment du suivi de l'enfant sain. Il y a des stages qui existent et qui je pense sont pas mal de ce côté-là. Et pour la gynéco, un jour par semaine c'est pas suffisant. Et du coup soit voir avec des médecins qui en font plus, qui ont plus la possibilité de prendre les internes, à la limite en diminuant le nombre de jours au cabinet classique pour augmenter le nombre de jour de gynéco.

C1 : Bon et bien je pense qu'on a tout abordé

S5 : Oui je vois pas trop ce que je pourrai rajouter

C1 : Et bien merci de ta participation

S5 : De rien !

### 6.15. ANNEXE 6 - ENTRETIEN 6 (C1 = chercheur 1, S6 = sujet 6)

C1 : Bonjour \*\*\*, alors merci de m'accorder de ton temps pour l'entretien. Donc je vais d'abord te poser une question assez large et puis ensuite en fonction des choses que l'on a pas abordées je vais rediriger l'entretien via des questions plus précises.

S6 : Ok

C1 : Que penses-tu de l'apport du stage pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire pour l'apport dans ton cursus ?

S6 : Pour moi c'est très complémentaire dans le sens où on voit l'avant et l'après, on voit avec le stage ambulatoire on voit les enfants qu'on doit envoyer aux urgences qui nécessitent une hospitalisation et après on voit le versant hospitalisation bin lors du stage euh... en service quoi. Après le ... (silence) oui la version couplée c'est surtout ça ouais que je trouve le plus intéressant. Parce qu'en médecine générale bin en ambulatoire on apprend vraiment le suivi de l'enfant sain qu'on apprend pas du tout en hospitalier quoi. Et je pense que c'est ce qui manquait beaucoup aux stages hospitaliers, et après ce qui est le plus... la plus importante dans l'hospitalier pour moi c'est de gérer les urgences en fait de cibler ce qui doit être hospitalisé ou pas en terme de cas clinique quoi.

C1 : Et alors quelles sont les raisons pour lesquelles tu as choisis ce stage ?

S6 : Bin pour l'aspect ambulatoire parce qu'on est quand même en médecine générale et, plus on fait de l'ambulatoire mieux c'est je trouve, ça sera plus de notre pratique. Et voilà ça permettait d'avoir un œil sur ces deux pratiques et puis aussi ça permettait de valider le stage de la femme et ça, et ça ça va être, plus valable dans quelque temps j'imagine. Mais euh... (silence) parce que moi au final j'ai eu à faire plus de la moitié de mon internat en ambulatoire et je trouve ça quand même cool.

C1 : Et alors du coup pour revenir sur le stage en lui-même, est-ce qu'il y a des domaines en pédiatrie dans lesquels tu penses avoir progressé pendant ton stage ? Est-ce qu'il y a des points que ce type de stage t'a aidé à améliorer ?

S6 : Bin tout ce qui est conseil un peu comme disais mes prat de puériculture, dans le sens tout ce qui est sommeil, nutrition tout ça, qu'on aborde pas forcément en hospitalier parce que dès que c'est pas grave bin c'est du ressort du médecin généraliste ou des sages-femmes ou je sais pas qui. Euh... (silence) et puis ouais comme je dis c'est l'urgences quoi, quand tu passes aux urgences tu vois les gens un peu graves, moi j'ai eu la chance de tomber sur des médecins généralistes qui étaient quand même très compétents en pédiatrie, qui hospitalisaient rarement. Donc on voit un peu les gens qui sont restés en soins intensifs pendant quinze jours, surtout les enfants voilà, pendant l'hiver qui restent pour une bronchiolite avec le respirateur pendant quinze jours et tu vois celui qui est entre deux tableaux en médecine générale. Donc c'est vraiment ces deux points là en fait : les conseils puériculture et la gestion de l'urgence quand il faut hospitaliser ou pas.

C1 : Donc dans ton cas par exemple pour l'alimentation du nourrisson ton stage t'a aidé ?

S6 : Ouais, euh... silence oui oui ça m'a aidé sur les conseils de par exemple la diversification c'est quelque chose qu'on aborde pas du tout à l'hôpital, pareil pour le sommeil, il y a des questions... on va nous poser des questions en médecine générale si tu n'y a pas déjà pensé c'est difficile de répondre à « mon enfant ne dors que trois heures par nuit est ce que c'est normal ? qu'est-ce que je dois lui donner il ne mange pas de ça ? », des conseils un peu pratique quoi. Que le stage ambulatoire nous a permis en tout cas m'a permis de découvrir un peu cet aspect-là et voilà... (silence)

C1 : Et pour ce qui est du suivi et de l'examen du nourrisson, et de l'enfant de plus de un an ?

S6 : Oui oui, bin toute façon on les voit tous les mois. Et puis je pense qu'on passe plus de temps.... Oui c'est vrai qu'on passe plus de temps à faire l'examen clinique en ambulatoire qu'en hospitalier, l'hôpital on a tous les courriers à faire, tu vois bien tout l'administratif et euh... (silence) on a plus de temps clinique en ambulatoire qu'en hospitalier, sauf les périodes où on est aux urgences où c'est vrai que là on a plus de temps clinique dans le service. Mais en service conventionnel c'est vrai que le temps clinique est un peu limité.

Oui c'est vrai que l'ambulatoire tu passes toute la consultation à faire de la clinique après tu remplis le carnet de santé tout ça mais c'est sûr que par rapport à la visite que tu fais le matin où c'est surtout la pédiatre qui te laisse examiner mais t'es quand même... (silence)... le diagnostic est déjà fait aux urgences, tout ça... (silence)

C1 : Pour poursuivre sur le nourrisson et l'enfant, tout ce qui est de répondre aux questions des parents sur les maladies prévalentes, les maladies chroniques, le handicap et même l'éducation ou la prévention tu as pu en faire de tout ça ?

S6 : En service ou en ambulatoire ?

C1 : Dans ton stage en général ?

S6 : Bin c'est vrai que j'ai pas eu l'occasion... j'ai pas trop fait de consultation en fait avec les pédiatres, parce que (silence) c'est vrai que j'aurai pu prendre plus le temps mais c'est vrai qu'on avait pas mal de taffe dans le service, après j'étais en ambulatoire et j'aurai pu revenir sur mes après de formation, revenir faire des consultations mais je l'ai pas fait. Mais du coup c'est vrai que tout ce qui est suivi de maladie chronique, qui nécessitent un suivi avec un pédiatre c'est vrai que ça je l'ai pas trop vu. Je trouve que le plus formateur pour répondre aux plaintes des parents c'est les urgences pédiatriques, autant quand ils sont chez le généraliste ils connaissent leur généraliste, et euh... (silence) quand t'es aux urgences ils viennent vraiment pour un motif et je trouve ça plus intéressant quoi, c'est là où tu as le plus de prévalence, la relation aux parents, les parents qui sont souvent stressés et qu'il faut savoir gérer. Tu l'as peut-être un petit peu en ambulatoire mais tu l'as moins quand même. Souvent ils viennent aux urgences stressés parce qu'ils pensent que c'est très très grave et ça se finit la plupart du temps en virose. Tu l'as un peu en médecine générale pour euh... sur des consultations d'urgence on va dire. Mais je pense que pour moi c'est plus important de passer aux urgences pédiatriques qu'en service selon moi. Enfin moi je trouve que si il y a un mix à faire c'est vraiment la chose la plus importante ouais c'est les urgences pédiatriques. Le plus formateur en tout cas et... (silence) voilà.

C1 : Et pendant ton stage tu as pu faire un peu d'éducation, prévention, vaccin ?

S6 : Ouais bin ouais carrément, toute façon c'est un peu le rôle du médecin généraliste donc tu en fais beaucoup plus euh... (silence)... beaucoup plus en ambulatoire qu'en service quoi, parce que bin après t'as ta consultation qui est dédiée tous les mois et donc sur un enfant sain tu vas prendre plus de temps pour faire les examens, tout ce qui est dépistage et tout ça. Même chez les plus âgées, on va dire après dix, enfin surtout après tu vois les jeunes filles douze treize ans tu les vois pour un certificat ou autre chose là tu vas faire de la prévention avec le vaccin contre le papillomavirus et des choses comme ça. Que t'aurais jamais fait en service quoi.

C1 : Et les ados tu les a abordés un peu ? Prévention ? Entretien

S6 : J'ai fait plus on va dire.... Plus en médecine générale mais je pense que ça parce que les ados qu'on reçoit en service souvent c'est des psy hein. Euh... faut pas se le cacher c'est souvent comme ça, donc tu fais moins de prévention. Enfin si tu en fais un petit peu, tu fais plus sur la sexualité et tout ça, t'essaie de faire de la prévention mais ça reste des cas particuliers. Moi j'en ai plus fait en ambulatoire en tout cas. Mais je pense que c'est parce que c'est moi dans le stage, je me suis positionné en hospitalier je voulais plus faire des nourrissons c'était plus intéressant, je voulais plus en faire plutôt que de m'occuper d'ados mais c'est moi qui me suis positionné comme ça quoi. (silence)

C1 : Ok et maintenant d'un point de vue plus organisationnel comment était organisé ton stage et que penses-tu de son organisation ?

S6 : Alors bin c'était trois mois trois mois. (silence)

C1 : Et tu as commencé par quoi ?

S6 : moi j'ai commencé par la pédiatrie en service

C1 : Et vous faisiez comment dans le service tu tournais un petit peu ?

S6 : Ouais on tournait un petit peu, du coup j'étais à \*\*\*, comment ça se passait... en gros on avait une semaine de BIP des urgences et de huit heures à dix-huit heures euh... toutes les urgences ped bin ça passait par l'interne de ped donc toi. Et euh... moi j'avoue que dès que je pouvais le prendre je le prenais parce que... (silence). Les autres semaines en gros t'étais reparti sur deux ailes. Une aile ou en gros c'était plus de la ... adolescent ou la.... Ouais adolescents

on va dire mais en période hivernal il y avait des petits partout. Ou sinon c'était plus petit, pas de la néo-nat mais plus des petits jusqu'à huit ans environ on va dire .

C1 : Et en ambulatoire tu as adapté ta consultation pour avoir plus de pédiatrie ?

S6 : Euh oui oui, carrément ils essayaient avec les secrétaires de mettre beaucoup plus de pédiatrie et de gynéco. Et bin pareil pour la gynéco sauf voilà après euh... (silence) vu que je suis un mec, du coup euh... ça passe moins. J'ai eu pas beaucoup de consultation gynéco et après quand la consultation gynéco comme j'en avais pas beaucoup après la prat osait pas forcément nous passer la main et moi j'étais pas forcément à l'aise pour la gynéco quoi. C'est ça qui était un peu compliqué mais par-contre les prat ont fait bien attention de remplir leurs journées avec de la ped au maximum. Et en période hivernal bin ils avaient des... bin comme partout dans l'année mais ils avaient des plages d'urgences et comme on était en période hivernal c'était souvent des enfants et donc c'était moi qui les voyait. Souvent les créneaux d'urgence étaient laissés à l'interne, donc ça c'était intéressant aussi.

C1 : Et qu'est-ce que tu penses du format trois mois trois mois ? Pour ce qui est de la transition entre les deux, l'intégration dans l'équipe, la formation.

S6 : Bin c'est un peu frustrant parce que tu pars du stage alors que tu commences tout juste à être à l'aise euh... (silence), je sais pas si il y a un format... (silence) c'est bien aussi, oui c'est un peu frustrant mais t'as appris quand même dans les deux. Mais c'est vrai que tu quittes un peu le stage et puis tu te dis bin là je suis à l'aise en ce moment et je pars du stage et du coup tu peux pas profiter de la période où tu es à l'aise quoi. Mais euh... après là ça a changé pour les semestres d'été où pendant six mois ils ont fait deux jours par semaine dans chaque stage et euh je crois que c'était vraiment dur. Et je l'imagine aussi parce que t'es avec euh... (silence) bin deux prat différents, t'es avec un stage à l'hôpital, il faut te caler sur les trois logiciels, euh... (silence) sur toute la semaine je pense que c'est assez dur. Et pour le suivi des nourrissons après c'est cool parce que t'avais tes patients dans le service et tu pouvais les suivre sur toute la semaine quoi. Après peut être voir une semaine sur deux sur six mois, ça pourrait être le bon format.

C1 : Et pour la durée de formation, avoir fait trois mois d'hospit puis trois mois d'ambu ?

S6 : Non parce que déjà qu'on tourne toutes les semaines dans le service, donc à chaque fois bin t'apprend de nouvelles choses. Non je trouve que c'est une bonne continuité.

C1 : Et pour le changement de lieu, devoir passer de l'hôpital aux prat, niveau logement, déplacement ?

S6 : Bin nous c'était tout à côté donc c'était plutôt... (silence) non ça changeait rien, les prat c'était juste à côté de l'hôpital et il y en avait une qui était un peu plus loin donc il fallait faire un peu plus de voiture mais après bon bin les stages ambu bin il faut que t'ai ta voiture quoi, c'est là le truc. Mais ça changeait pas grand-chose.

C1 : Et est-ce que tu pourrais définir quels étaient les inconvénients à ce type de stage ? et est-ce que tu aurais des propositions pour l'optimiser ?

S6 : Uhm... (silence) euh... ouais l'inconvénient c'est plus ouais le côté des trois mois où c'est un peu frustrant de faire que trois mois parce que (silence) parce que tu as l'impression de (silence) de pas... t'es à l'aise, tu peux faire les choses tout seul, tu peux encore t'améliorer. Et c'est un peu frustrant de quitter le stage à ce moment-là quoi. Mais l'autre inconvénient après (silence) non après l'inconvénient mais c'est tout stage hospitalier, ça reste la paperasse dans le service, ça c'est vrai que ça me saoule. Sinon non c'est vrai je vois pas trop d'autre inconvénient. Je réfléchis, après ce qui aurait pu être cool c'est de faire plus de temps dédié pour les consultations avec les pédiatres. On est pas assez dans le service donc c'est pas possible, j'aurai peut-être pu le faire sur mes journées de formation quand j'étais chez le prat mais euh... (silence). Après oui les améliorations euh... peut être faire une semaine sur deux dans le format, je sais pas, je sais pas ce qui serait le mieux. Ouais une semaine sur deux mais c'est vrai que faire quelques jours dans la semaine chez le prat quelques jours dans la semaine à l'hôpital ça me semble un peu lourd. Je pourrai demander à une interne qui y a passé après moi mais moi ça me semble un peu, un peu lourd.

C1 : Bon bin écoute merci, je pense qu'on a fait le tour.

S6 : D'ac

C1 : Je te remercie.

S6 : Bin de rien.

### 6.16. ANNEXE 7 - ENTRETIEN 7 (C1 = chercheur 1, S7 = sujet 7)

C1 : Alors première question un peu générale, que penses-tu de l'apport de ton stage mixte hospitalier et ambulatoire dans ton cursus ?

S7 : Moi j'ai trouvé que c'était une chance de pouvoir faire ça parce que tout le monde n'a pas eu l'occasion de le faire... Et après euh... et moi j'ai été hyper content de ce stage, mes médecins étaient géniaux. Ca m'a aussi permis d'avoir un rythme différent sur les trois mois et les trois mois mais c'est-à-dire euh... ça veut pas juste dire d'un côté j'avais pas beaucoup de boulot et de l'autre beaucoup mais c'était pas la même chose, c'était pas la même gestion du travail, il y avait pas les mêmes problématiques. En plus moi j'ai commencé par le stage ambulatoire et les médecins à l'hôpital quand je suis arrivé quand ils ont vu que j'avais des vraies connaissances ils étaient hyper contents ils m'ont fait beaucoup plus confiance et ça c'est super bien passé à \*\*\* en pédiatrie. J'ai fait mon stage chez \*\*\*, \*\*\* et \*\*\*... et tous très compétents, ils avaient tous une façon de travailler très différente donc déjà ça t'enrichit en tant que médecin généraliste parce que tu vois encore 3 nouvelles façons de travailler qui enrichit encore les trois manières de travailler que tu as vu en UPL donc c'est hyper intéressant et en plus de ça c'est sûr d'autres problématiques, la gynécologie et la pédiatrie. Après il y a eu des choses plus problématiques mais je pense que ça va être dans les questions d'après non ? Mais voilà moi j'ai trouvé que c'était une chance ce stage et je pense qu'il faut le généraliser.

C1 : Pour toi quel est l'avantage d'avoir un stage où c'est du couplé, l'ambulatoire et l'Hospitalier ?

S7 : Je trouve que tu vois des problématiques différentes et des patients différents. Les problématiques elles sont différentes parce que tu fais beaucoup plus de suivi par exemple en ambu comparé à l'hôpital où tu ne peux pas faire de suivi et les consultations c'est pas toi qui va gérer c'est les Prats dans leurs activités hospitalières... mais quand tu es chez le médecin généraliste le suivi c'est toi qui le fais et c'est trop agréable parce que les enfants tu les revois du coup tu peux faire des vraies consultations de nourrisson, tu les revois un mois à 3 mois fin tu vois c'est super chouette ! C'est de la vraie médecine générale quoi.

C1 : Et l'avantage de l'Hospitalier là-dedans ?

S7 : L'avantage de l'Hospitalier c'est que ça te remet un petit peu dans l'evidence base médecine surtout dans des spécialités comme ça ou je trouve ça très dogmatique. La pédiatrie et la gynécologie je trouve ça très dogmatique tu vois. Genre si tu as des gens qui ne font pas trop comme il faut faire à l'hôpital c'est le genre de spécialité où ils vont dire « il a fait n'importe quoi »... C'est le genre de spécialité au tout le monde pense qu'il n'y a qu'une manière de faire. Tu vois \*\*\* elle est gynécologue et on discutait de la manière de faire de certains praticiens et elle était pas du tout d'accord. C'est dogmatique quoi ! Donc je trouve que c'est hyper enrichissant parce que à la fois tu vois la vraie pratique de comment ça se passe en médecine générale, tu vois des pratiques différentes, tu vois des manières de faire différentes, les patients si ils viennent c'est parce que c'est des praticiens qui leur conviennent tu vois, et ils chérissent aussi leur médecin pour ça. Il y a pleins de trucs que tu vois ne vont pas se faire à l'hôpital mais derrière les patients ils viennent aussi pour ça et moi je trouve ça très intéressant... et l'hôpital ce que ça t'apporte déjà tu sais comment c'est organisé donc tu as déjà tout ce côté organisationnel qui est hyper important où toi tu as envie de savoir quand tu es en ville, tu as envie de savoir comment ça marche. Tu sais pas forcément comment ça se passe les urgences, comment ils attendent les enfants. Tu vois pas les mêmes pathologies quand tu es à l'hôpital donc ouais c'est très différent et enrichissant.

C1 : Et au niveau de la pathologie que tu vois à l'hôpital et en ville ?

S7 : En ville tu fais plus de suivi, à l'hôpital tu fais plus les consultations d'urgence donc tu vois moi je sors d'hiver, il y avait vraiment beaucoup de monde, les bronchiolites, de la pneumopathie, de l'asthme tu vois aussi beaucoup de nourrissons. Moi j'étais au nourrisson donc en terme d'âge je voyais essentiellement des nourrissons et un peu moins de grands enfants là où en médecine générale tu vois je voyais un peu moins de nourrissons et plus d'enfants plus grand.

C1 : Ton stage il était organisé comment ?

S7 : Quand j'étais chez Le Prat je bossais 4 jours par semaine en gros. Je bossais chez les trois médecins en fait un jour à un jour et demi en moyenne chez chacun. Il y en avait deux qui étaient dans le même cabinet. L'organisation c'était que au début j'étais avec elles pendant les consultations donc tu sais c'était un peu du semi-actif et ensuite c'était de l'actif où je consultais dans un bureau à côté et du coup elles essayaient de cibler les consultations pour que je vois plutôt des enfants ou de la gynéco et après quand elles faisaient des actes plutôt gynécologiques. Pour le coup ça aussi c'est plus adapté aux actes en gynéco ambulatoire que à l'hôpital où tu vas faire au final beaucoup d'IVG, beaucoup d'écho, où tu vas te retrouver aux urgences gynéco quoi et tu feras pas beaucoup d'actes, du coup la elles m'appelaient et j'ai essayais de faire avec elles. Et après je faisais aussi un peu de la médecine générale parce que forcément tu peux pas avoir un planning où tu as que de la gynécologie et de la pédiatrie et donc du coup ça te remettait dedans.

C1 : Et qu'est-ce que tu en as pensé aussi du coup d'avoir aussi de la médecine générale ?

S7 : Moi j'ai trouvé ça très bien parce que j'avais des Prat qui étaient très bien du coup c'était intéressant, leur cabinet était bien organisé et comme je te disais je trouve que ça permet quand même d'enrichir encore des trois manières différentes de faire, les logiciels différents, une manière de travailler différente, du matos différent aussi si c'est quelque chose qui t'aide dans ta pratique future. Moi j'aime bien me dire ça tu vois quand tu rentres dans un cabinet ah bah tu vois là c'est organisé comme ça par rapport aux enfants c'est hyper important la manière dont c'est organisé. J'étais allé chez une pédiatre de ville quand j'étais en UPL et genre j'avais halluciné parce que tout le cabinet était organisé pour l'examen clinique : pour chaque âge elle avait un peu un coin et en fait elle arrivait quasiment toujours à faire son examen clinique sans jamais perturber l'enfant avec plein de distractions et c'était trop bien parce qu'il y avait une organisation du cabinet par rapport à ça. Et le fait de voir trois praticiens différents t'avait aussi ça, ce côté organisation du cabinet et astuces pour plus tard. Et pour le fait qu'il y avait de la médecine générale bah écoute de toute façon tu peux pas faire autrement, tu vas pas t'isoler quand les gens ils font de la médecine générale pour bosser et ça ne fait que enrichir de toute

façon ton contact et ton relationnel avec les patients et ça peut être utile pour les consulte de gynéco ped. C'est quand même le fond de notre formation donc ça reste logique donc c'est pas mal qu'on ait ça au milieu.

C1 : Et en hospitalisation vous vous organisiez comment ?

S7 : Du coup moi j'étais dans le service des nourrissons, on avait pas mal de gardes, une vingtaine voire plutôt 25 gardes je crois donc on en avait vraiment beaucoup. Moi j'étais aux nourrissons quasiment tout le temps j'étais pas au grand enfant, c'était séparé. Les médecins quand on est arrivés ils ont pas voulu nous faire passer partout... l'argument c'était vu que vous restez que 3 mois on va pas vous faire un mois et demi plus un mois et demi, chose qui à mon avis était faisable quand même mais peu importe je pense que c'était la première fois et donc ils étaient un peu réticents. Donc moi j'ai fait 3 mois aux nourrissons, j'ai quand même pu faire deux trois jours aux grands enfants et après les gardes et voilà. Le matin on avait la visite, après on faisait beaucoup de courrier parce que la pédiatrie c'est beaucoup beaucoup de courriers quand même vu qu'il y a un gros turn-over.. et beaucoup de pathologies répétitives quand même...c'est beaucoup les mêmes pathologies, il y a pas tant de pédiatrie qui est que des pathologies hospitalières. Mais c'est pas les mêmes prises en charge qu'en médecine générale tu les voyais un peu plus tard, dans des phases un peu plus graves... ça te montrait bien la gravité tu vois des patients donc ça t'aide ensuite quand tu es chez le médecin généraliste à te dire bon bah là tu vois c'est une bronchiolite plus sévère ou là la pathologie elle est plus sévère il faudrait quand même faire ça où faire cet examen.

C1 : Et si tu devais définir les compétences pour un médecin généraliste en pédiatrie ou gynéco que tu as acquises, quelles seraient ses compétences pour lesquelles le stage couplé a été bénéfique ?

S7 : Moi je dirais le relationnel avec les parents parce que quand tu es en ambulatoire tu es beaucoup plus en discussion avec les parents. Moi je trouvais qu'en ambu tu es beaucoup plus dans la discussion, dans la communication, dans l'éducation finalement... quels gestes ils doivent avoir etc.. choses que tu as beaucoup moins le temps de faire finalement quand tu es

en hospit. En termes de connaissance de la structure organisationnelle pour ça c'est bien de faire l'hospit. En ambu... en terme de suivi ça clairement tu peux pas le faire en hospit. C'est plus varié parce que tu as un panel plus grand d'âge d'enfants. C'est de la pathologie beaucoup plus fréquente que tu vois pas à l'hôpital mais à laquelle il faut quand même apporter une réponse au patient, des trucs plus du quotidien. A l'hôpital ils ont pas le temps et c'est pas leur rôle de dispenser ça... en ambulatoire tu es en amont.

C1 : Est-ce que sur l'alimentation la prévention les vaccins d'autres choses comme les maladies chroniques le handicap, est-ce que ton stage t'a aidé déjà ?

S7 : Bien sûr par exemple la vaccination tu ne la fais pas quand tu es en hospit. La prévention c'est pareil. Pour le handicap j'avais une de mes médecins \*\*\* qui voyais beaucoup d'enfants handicapés et tu avais un suivi avec eux. Par contre j'ai pas vu énormément de pedopsy. A l'hôpital ou chez les Prat j'ai eu plutôt des enfants jeunes. Pour ça j'ai pas senti particulièrement que ça m'ait apporté quelque chose de faire de l'ambulatoire là-dessus, sur cette tranche d'âge. En fait la temporalité elle est importante chez ses patients là quand tu es en hospitalier parce qu'ils sont hospitalisés longtemps et le truc principal de la prise en charge c'est de prendre le temps de parler avec eux et donc je trouve qu'ils remplacent un peu en hospitalier la médecine générale parce qu'ils ont ce temps-là lors de l'hospitalisation. Donc après ils leur font de la prévention etc... et puis c'est beaucoup de la pathologie psychiatrique et de la problématique sociale, parentale, la violence.. Etc

C1 : Et au niveau organisationnel c'était pas trop compliqué de faire 3 mois 3 mois?

S7 : Non c'était les mêmes problématiques que quand tu es en UPL ou en SASPAS. Tu vas dans des cabinets différents mais moi en plus j'avais deux médecins qui étaient dans le même cabinet... l'autre médecin qui était à \*\*\* c'était un peu plus loin, à une demi-heure, donc voilà tu fais un peu de voiture. À l'hôpital après l'intégration s'est très bien passée. Au début ils étaient quand même un peu réticents, au début ils ont eu un peu peur... Ils se disaient qu'il fallait quand même qu'ils nous forment. Ils savaient pas trop si nous on allait être compétents aussi. Au contraire je trouvais que c'était plus simple de s'intégrer que quand tu arrives dans

une équipe au tout début d'un semestre parce que nous on était déjà intégrés avec les internes que tu connais déjà et ils peuvent tout t'expliquer comment marche le service, le logiciel et tu as pas à demander au chef. Donc c'est les autres étudiants qui étaient là en stage pendant les 6 mois qui ont aidé quand même pour l'intégration... et puis les médecins même si au début ils étaient un peu réticents après ils étaient très content parce qu'ils ont vu qu'on était aussi à l'aise avec pleins de choses parce que déjà on avait des capacités communicationnelles qui était bonne parce qu'on avait déjà fait 3 mois avec des enfants.. ils voyaient qu'on savait comment tenir un enfant, comment se comporter avec les enfants et les parents et du coup après ils nous ont fait vite confiance. Moi je sais que ça c'était très bien passé mais même avec les autres qui ont fait le stage couplé je pense que ça c'est quand même globalement bien passé.

C1 : Et est-ce que tu considères que tu as vu assez de pédiatrie en ambulatoire ?

S7 : Pour moi ce stage c'était un stage couplé de gynéco et pedia donc j'allais faire 3 mois de pédiatrie en hospitalier après donc je voulais voir des enfants en ambulatoire mais pas que des enfants parce que sinon ça voulait dire que je ne faisais pas de gynéco. Moi j'ai estimé qu'il y avait un ratio bien plus important de pédiatrie que de gynécologie en ambulatoire et du coup j'ai vu largement suffisamment d'enfants mais c'est plus sur la gynéco ou j'en ai pas vu assez. Il y a une problématique en gynécologie en ambulatoire quand tu es un homme parce que c'est difficile d'être intrusif... les patients l'acceptent plus ou moins et les Prat sont plus ou moins à l'aise vis-à-vis de ça aussi. Parce que déjà un patient qui va prendre la décision d'aller voir un médecin généraliste pour son activité de gynécologie il y a déjà une démarche qui est différente du patient qui va aller à l'hôpital ou chez sa sage-femme, c'est déjà pas la même démarche... tu vois c'est le médecin de famille, je vais aller faire ma gynéco chez lui euh... donc après si en plus... Euh... Ce que je veux dire par là c'est que là-dedans tu as des patients si jamais ils vont chez leur médecin généraliste c'est pour ne pas être dans une structure hospitalière où il y aura beaucoup de gens, où il y aura des étudiants qu'ils ne connaissent pas etc.. donc quand toi tu es étudiant au milieu de ça tu entraves un peu cette logique-là.. donc du coup c'est plus difficile vis-à-vis de ça et de faire des gestes surtout en gynécologie chez Le Prat.

C1 : Est-ce que tu trouves là de l'avoir fait en hiver tu as une plus-value par rapport à l'été ?

S7 : Oh non... je me dis que les pathologies étaient sûrement les mêmes.. je pense que les pathologies pédiatriques sont plus répétitives en hiver mais en même temps c'est là aussi où tu as le pic de fréquentation, de consultations pédiatriques un peu d'urgence donc... tu continues d'avoir le même suivi que ce que tu aurais l'été, il n'y a pas de raison qu'il y ait moins de suivi l'été que l'hiver d'autant que les gens ils pompent plutôt l'hiver donc voilà... je pense que tu as juste plus d'activités l'hiver. Je pense que tu as beaucoup de pathologies fréquentes mais tu as globalement plus d'activité en hiver donc moi je pense que c'est plutôt une chance de le faire en hiver.

C1 : Pourquoi est-ce que tu as choisi ce stage ?

S7 : Parce que déjà je connaissais les Prat, je connaissais \*\*\* parce que \*\*\* était en stage là-bas je savais qu'elle était très contente de son stage et que c'était quelqu'un de très pédagogue et qui était vraiment là pour notre formation etc... donc déjà j'avais confiance dans mes Prat. Ensuite moi le fait de faire 6 mois de pédiatrie hospitalière ...et bien je trouvais que le couplé c'est quand même une expérience qui m'enrichirait plus tard parce que c'est directement ce que tu vas faire plus tard, tu vas voir les enfants en ambulatoire... et après ça te montrait encore une fois différentes organisations des pathologies différentes etc.. Moi c'est pour tout ça que j'ai pris le stage initialement. Et puis après j'avais connaissance de la région, je connaissais l'internat donc je savais où est-ce que j'allais loger, comment s'était organisé, j'avais des copains dans le coin aussi euh.. donc ouais c'est pour ça que j'ai pris le stage couplé...et puis aussi pour moi 6 mois de gynéco c'est débile, parce que pour connaître dans d'autres facultés, par exemple j'ai des copains à \*\*\* ils sont obligés de faire 6 mois pédiatrie et 6 mois gynécologie et ils ont exactement le retour que moi je disais, c'est pour ça que je voulais pas faire ça, c'est que quand tu es en gynéco pendant 6 mois tu es aux urgences gynéco, tu es la petite main, je le sais parce que \*\*\* est PH là-bas et je sais comment ça se passe avec les internes de médecine générale... finalement ils servent mais ils ne sont pas vraiment dans l'équipe parce qu'il y a des internes de spé et toi tu es là pour gérer les urgences gynéco et tu les appelles quand tu as un problème.

Ton boulot c'est surtout de faire de l'IVG parce que c'est là que tu as énormément de gens, tu fais les échos pour les IVG, tu doses tes béta HCG euh... et voilà c'est une gestion de la gynéco que toi tu ne connaîtras jamais en ambulatoire... pas que l'IVG tu peux pas connaître puisque par exemple \*\*\* elle, elle en fait en ville, et d'ailleurs ça c'est un truc qui est trop bien, un truc que j'aurais jamais connu si je n'avais pas fait d'ambulatoire en gynéco, voir comment ça s'organise dans un cabinet. Moi je trouve c'est important, c'est un vrai truc de santé publique c'est hyper important en plus dans les droits de la femme etc... c'est un truc qui est hyper actuel, ça aurait été hyper triste que dans ma formation j'ai jamais vu comment ça se passe de faire de l'IVG en ambulatoire etc.. tu vois ça m'aurait manqué... et donc je te disais mes copains ils ont fait 6 mois de gynéco et après 6 mois de pédiatrie. Et ensuite il passent aux urgences ped c'est pareil c'est des pathologies ultra répétitives mais c'est pareil tu verras pas ça en ambulatoire. Et puis tu n'auras pas le suivi alors qu'en médecine générale c'est le plus important ! C'est ça le plus important, c'est ça qui fait si tu es un bon médecin généraliste. Le suivi c'est quand même le fond de ton boulot en médecine générale. Les gens tu les revois, tu les vois grandir, tu as des problématiques différentes, tu vois une même personne à des âges différents et c'est ça qui est chouette !

S1 : Quelles étaient selon toi, s'il y en avait, les inconvénients de ce stage ?

S7 : Bah franchement je vais chercher mais tu sais bien que je vais te dire qu'il y en a pas ! Je vais essayer de t'en trouver quand même...Oui je t'ai dit le fait que tu valides ta gynéco pédia mais dans le fond la gynéco tu as toujours l'impression tu as quand même un petit manque sur la pratique de gynécologie en terme de gestes...et ça si je suis vraiment honnête je pense pas qu'un stage... euh...je pense que si jamais tu fais en tant que mec, je suis pas persuadé que si tu fasses ce stage ailleurs tu fasses tellement plus de choses. Parce que pour moi c'est le fait de faire de la gynéco ambulatoire quand tu es un mec, ça amène une problématique qui fait que tu feras moins de gestes... et c'est pas parce que tu es à l'hôpital que tu en feras plus par contre. Je pense que les endroits où tu en feras plus c'est plus à la PMI à la limite, parce que les gens qui vont à la PMI c'est pareil c'est un autre recrutement, un autre type de patient et moi je pense

qu'ils seraient moins gêné d'avoir des étudiants de médecine générale pour faire des gestes, parce que justement ils viennent à la PMI pas pour voir un médecin précis. Ils viennent parce que justement ils sont à la recherche d'un geste, d'une prestation, d'un acte technique quoi.

C1 : Ça rejoint un peu ma dernière question, quelles sont pour toi les améliorations qui pourraient être apportées à ce stage ?

S7 : Moi je trouvais que c'était bien le fait que ce soit couplé quand même, le fait que Sse soit pas fusionné tu vois, de faire 2 jours à l'hôpital et puis ensuite tu reviens en ambulatoire, parce que du coup ça te met vraiment dans le bain de chacune des activités. Le fait de faire des gardes moi je trouve que ça reste un truc important à l'hôpital, parce que c'est le rôle aussi du médecin généraliste de faire une continuité des soins. Sinon je mettrais rien de différent... ou à la limite une journée en PMI... pour faire un peu plus d'actes gynéco, mais bon ça je pense que c'est variable en fonction des différents étudiants... il y a peut-être certaines personnes elles ont fait plus de gestes gynéco... En fait quand tu fais 3 mois d'ambu, il faut quand même le dire tu es plus tranquille, tu ne fais pas de gardes, tu n'as pas certaines obligations, tu n'as pas certaines pressions notamment les courriers et du coup ensuite quand tu sais que tu vas avoir tes 3 mois d'hospitalisation et ben du coup tu vas beaucoup plus d'investir. Moi je sais que quelques semaines avant j'avais eu un peu de temps parce que il y a eu des jours dans la semaine où je bossais pas je me sentais pas du tout en surmenage, et du coup je bossais à côté parce que j'étais pas dans le truc où tu es tout le temps à l'hôpital, je travaillais des trucs, j'allais même à l'hôpital \*\*\* voir mes potes pour dire et voir comment on allait s'organiser dans deux semaines, je regardais un peu les topos du service parce que tu sais ils ont plein de topo sur les cours et tout, j'essayais de me préparer à l'activité à l'hôpital. Et du coup quand je suis arrivé à l'hôpital j'étais hyper motivé et pendant 3 mois j'ai bossé parce que je savais que ça durait que 3 mois. Parce que quand tu fais 6 mois à l'hôpital tu sais que tu vas avoir mal, que quand tu vas rentrer tu vas être crevé, tu auras pas la motivation de relire des trucs et de voir des choses différentes et d'enrichir ta pratique... et du coup aussi quand tu arrives à l'hôpital et que tu as fait tes 3 mois en ambulatoire et bien tu apportes du neuf et tu peux poser des questions, savoir ce que pensent

les pédiatres de telle ou telle situation en ambulatoire, et ça tu peux pas l'avoir si tu as un stage uniquement à l'hôpital.

C1 : Ok bon bin je pense qu'on a fait un peu le tour, merci à toi

S7 : De rien j'espère que ça vous aidera.

### 6.17. ANNEXE 8 - ENTRETIEN 8 (C2 = chercheur 2, S7 = sujet 8)

C2 : Que penses-tu de l'apport de ton stage pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire dans ton cursus ?

S8 : Alors euh... du coup, je pense que ça m'a beaucoup apporté parce que déjà je trouvais ça intéressant qu'il y ai de la gynécologie et de la pédiatre obligatoires dans notre cursus. Moi c'est vrai que ce sont deux matières de pratique qui m'intéressent beaucoup, donc à la fois d'avoir les deux c'était sympa. Et sur le côté mixte hospitalier et ambulatoire ça pareil j'ai adoré parce que moi plus tard je veux faire de l'ambulatoire euh... Mais cela dit c'est vrai que c'est quand même intéressant je pense d'avoir une idée de ce qui se fait en hospitalier, de comment les choses fonctionnent ... euh notamment en service de pédiatrie et que vraiment la pédiatrie en hospitalier ça m'a aussi beaucoup apporté. Donc je pense que vraiment les deux sont bien équilibrés. Moi je suis contente d'avoir fait ce stage plus qu'un stage hospitalier pure où qu'un stage ambulatoire pur. Je pense que les deux sont vraiment complémentaires.

C2 : Quelles sont les raisons pour lesquelles tu as choisi ce stage ?

S8 : J'ai choisi ce stage parce que j'avais pas envie de faire 6 mois de pédiatrie hospitalière. Je n'avais pas envie de faire 6 mois de garde intensive. J'ai hésité parce que j'avais bien envie de faire 6 mois de gynécologie si ça avait été de la gynécologie ambulatoire mais je sais que... fin j'imagine que dans les stages de gynécologie qu'ils vont nous proposer de 6 mois je sais pas trop ce qu'il y aura et j'avais peur de me retrouver obligé de faire 6 mois de gynécologie hospitalière ce qui m'aurait pas du tout plus ni motivé. Donc c'est pour ça je me suis dit que la gynécologie si je veux en faire plus tard je me débrouillerai pour me former donc c'est pas grave si j'ai une formation que de 3 mois on va dire en gynéco. Et euh... donc c'est vraiment ça, c'était vraiment un choix pour me ménager et pour faire un peu des deux quand même.

C2 : Quels sont les domaines, en pédiatrie, dans lesquels tu penses avoir progressé au cours de ton stage ?

S8 : Euh... bah en tout parce que je partais de zéro comme beaucoup d'entre nous je pense. J'avais fait un stage en pédiatrie en tant qu'externe mais c'est vrai que ce n'est pas du tout pareil.

La pédiatrie c'est vraiment une spécialité qui s'apprend sur le terrain. Fin je me rappelle moi dans le livre je ne comprenais rien, c'était assez abstrait, je détestais le livre alors que la pédiatrie en vrai avec les patients j'ai adoré. C'est vraiment quelque chose qui m'a beaucoup plu. Du coup c'est les domaines où ça m'a apporté ?

C2 : oui tu peux faire chez le nourrisson et jeune enfant et puis chez les grands enfants et les adolescents.

S8 : Bah pour le coup moi en hospitalier j'étais chez les grands enfants donc je n'ai pas vu beaucoup de nourrissons à part pendant mes gardes aux urgences à l'hôpital. Donc c'est vrai j'ai pas mal appris les grandes pathologies des grands enfants mais aussi des pathologies un peu plus lourdes comme les encéphalopathes. Les nourrissons finalement j'en ai plus vu en ambulatoire chez le médecin généraliste ou là c'est presque que ça que j'ai en pédiatrie finalement... c'est les consultations de suivi 2 mois 4 mois 6 mois... Et c'était super parce que c'est vraiment la partie la plus intéressante je pense pour nous des nourrissons de voir le suivi, l'enfant normal. Et après d'avoir vu aux urgences des nourrissons qui allaient un petit peu moins bien.

C2 : Comment ton stage était-il organisé ? Qu'en penses-tu ?

S8 : J'ai commencé par 3 mois chez 4 médecins généralistes qui ne travaillaient pas au même endroit... euh... donc 3 mois chez eux ...donc j'ai eu un jour chez chacun et c'était très bien dans l'ensemble. Donc j'avais 4 praticiens : 3 avec qui ça s'est très bien passé et un avec qui ça c'est un peu moins bien passé parce qu'une pratique plus à l'ancienne très désorganisée euh... assez peu EBM, très dispersée comme pratique, donc ça ne s'est pas très bien passé d'un point de vue de l'apprentissage même si au niveau du contact bon ça allait à peu près mais c'était pas idéal. Par-contre avec les trois autres médecins généralistes c'était super elles avaient toutes les trois des pratiques différentes et complémentaires et j'ai vu beaucoup de pédiatrie et de gynécologie avec elles.

Et du coup ensuite j'ai passé 3 mois à l'hôpital en service des grands enfants où je faisais ma semaine de service plus les gardes aux urgences de nuit et de weekend. Ou là au niveau

organisation c'était pas mal de faire et du service et des urgences. Je pense que seulement des urgences ça m'aurait un peu lassé même si c'est là où on apprend le plus de choses. Et après c'est vrai qu'au niveau de l'organisation le rythme de pédiatrie à l'hôpital avec les gardes c'était quand même assez dur. Donc c'est vrai qu'il faut quand même noter ça dans l'organisation, moi j'ai trouvé ça difficile mais après comme tout le monde mais... même si c'était fait au mieux. Je ne sais pas à qui lancer la pierre mais c'est vrai que c'était très dur.

C2 : Que penses-tu du format de stage en 3 mois ?

S8 : 3 mois je pense que c'est le minimum bien euh... c'est vrai qu'en dessous de 3 mois on n'a pas trop le temps de s'installer euh... 3 mois j'ai trouvé que c'était parfait. C'est plutôt à l'hôpital je pense que ça leur faisait peur de faire que 3 mois alors que à la fin de mes 3 mois à l'hôpital ça roulait bien dans le service je m'entendais bien avec tout le monde. J'ai l'impression d'avoir acquis pas mal de choses et je vois pas trop ce que j'aurais pu apprendre vraiment de plus avec des mois supplémentaires parce que la pédiatrie finalement au niveau médical c'est pas très compliquée.

C2 : Comment s'est passée ta transition entre les deux périodes ?

S8 : Pour le changement j'ai fait ambulatoire vers l'hôpital. Je sais que les pédiatres avaient assez peur de notre arrivée mais je crois qu'à nous trois avec mes co-internes ça s'est bien passé. On a finalement très rapidement été mis dans le bain parce qu'on avait nos co-internes qui nous ont expliqué. Nos co-internes qui étaient là 6 mois nous ont expliqué tous les trucs et astuces et ça je pense que c'est ça que les chefs n'avaient pas compris. C'est qu'en fait au début du stage elles expliquent deux ou trois trucs et après les internes se débrouillent pour comprendre tout le reste alors que la nos co-internes ils nous ont tout de suite tout expliqué et donc je pense que ça a bien aidé à lancer la machine. Et c'est vrai qu'en une semaine je pense qu'on était tous lancés bien quoi... Et c'est le retour que les pédiatres nous ont fait après aussi.

C2 : Quels ont été les inconvénients à ce type de stage selon toi ?

S8 : Alors euh...les inconvénients du stage mixte hospitalier et ambulatoire moi je n'en vois pas. Les seuls inconvénients c'est ceux qui sont propres à chacun, c'est-à-dire en ambulatoire

de tomber sur un praticien qui n'est pas très pédagogue ou qui n'est pas un très bon maître de stage. En hospitalier les inconvénients de l'hospitalier c'est-à-dire d'avoir des gardes, des chefs qui ne sont pas très disponibles ou pédagogues. Mais vraiment pour ce qui est des inconvénients du format 3 mois 3 mois, à part le fait qu'il faut changer de stage et changer de travail finalement tous les trois mois ce qui est un peu rapproché, il n'y a pas d'inconvénients...je trouve.

C2 : Quels ont été les avantages à ce type de stage selon toi ?

S8 : Eh bien les avantages de ce format euh... ben moi ça m'a permis de voir et de l'ambulatorio et de l'Hospitalier et du coup je pense que c'est hyper complet parce qu'en pédiatrie c'est quand même pas mal articulé autour de ces deux choses. En ambulatorio bah les gamins on les voit souvent, on les voit pour le suivi et en hospitalier les urgences c'est quand même un outil pas mal utilisé par les parents et du coup qui ressemble beaucoup à la médecine générale et du coup c'était hyper intéressant. Donc les avantages eh bien ... c'est que ça donne une bonne vision d'ensemble de la pédiatrie. Ça donne une bonne vision aussi de la communication nécessaire entre l'hôpital et l'ambulatorio, qui est difficile d'être parfaite mais voilà...

C2 : As-tu des propositions particulières ou des idées qui permettraient d'optimiser ce stage ?

S8 : Euh ... d'optimiser... bah forcément que tous les praticiens soient parfaits et pédagogues et voient beaucoup de pédiatrie et de gynéco mais bon ça c'est compliqué à mettre en place parce qu'on est tous humains. Et euh... bah au niveau hospitalier c'est pareil ça dépend beaucoup des chefs.... Euh... des idées pour améliorer ça ?... je sais pas ... Que les gens s'entendent mieux entre eux ! (rire) Que les pédiatres et les médecins généralistes s'acceptent mieux, ça serait peut-être ça parce que voilà moi au fond... Pour moi à part les inconvénients de chaque stage pris à part il n'y a aucun inconvénient, aucune chose à améliorer au fait de faire 3 mois 3 mois.

C2 : Penses-tu avoir vu beaucoup de pédiatrie lors de ton stage ambulatorio ?

S8 : Alors euh... bah du coup ça dépend des jours. C'est vrai qu'on ne voit pas que de la pédiatrie mais avec du recul je pense que j'ai quand même bien vu au moins 40 % de pédiatrie voir 50%

voir 60% avec du recul mais maintenant ça fait 4 mois que je n'y suis plus. Mais en tout cas j'ai été satisfaite de ce que j'ai vu. Au niveau gynécologique c'est un peu plus compliqué, c'est forcément plus éparse, je n'ai pas vu 40 % de gynécologie forcément, cela dit c'est quand même une spécialité qui est moins vaste que la pédiatrie, et à part quelques gestes qui me reste à apprendre j'ai l'impression d'avoir appris pas mal de choses aussi.

### 6.18. ANNEXE 9 - ENTRETIEN 9 (C2 = chercheur 2, S9 = sujet 9)

C2 : Que penses-tu de l'apport de ton stage pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire dans ton cursus ?

S9 : Alors je pense que ça a été, pour moi en tout cas, une super expérience... euh... Franchement je pense que c'est une plus-value par rapport au stage de pédiatrie pur hospitalier. Dans le sens ou euh...les trois mois en hospitalier t'apportent tout ce qu'il y a à savoir en hospitalier, moi j'étais en stage pendant l'hiver donc toutes les pathologies de l'hiver que tu vois beaucoup chez les enfants, et en même temps le stage chez le Prat qui t'apporte tout le côté euh... bah suivi de l'enfant sain finalement, avec toutes les consultations que tu ne retrouves pas à l'hôpital, si ce n'est en consultation chose que tu ne fais pas forcément quand t'es en stage à l'hôpital, aller en consultation avec les chefs, donc c'est vraiment complémentaire euh... voila, pour avoir une réponse un peu globale, euh.. pour moi ça a été très positif.

C2 : Quelles sont les raisons pour lesquelles tu as choisi ce stage ?

S9 : Euh... Alors déjà parce que je souhaitais avoir un stage couplé et deuxièmement parce que ça faisait partie des stages que j'avais encore avec le classement que j'avais. Et puis parce qu'ils avaient une bonne évaluation... alors avant ils étaient pas en stage couplé, ils étaient en stage UPL, mais qui avaient une bonne évaluation sur Aravis en tant que stage UPL, voilà...

C2 : Quels sont les domaines, en pédiatrie, dans lesquels tu penses avoir progressé au cours de ton stage ?

S9 : Euh... ben déjà dans l'examen clinique de l'enfant, je pense avoir progressé à ce niveau-là, dans l'appréhension d'une consultation pédiatrique. Savoir comment manipuler un nourrisson, savoir comment aborder un enfant jeune. Après Je pense avoir progressé en terme théorique aussi, du suivi du nourrisson parce qu'on apprend la théorie mais quand on met en pratique on retient mieux. Sur les questions importantes à poser dans le suivi du nourrisson notamment toutes les questions que peuvent poser les parents quand ils viennent en consultation. Apprendre à y répondre. Des questions toutes bêtes comme sur le sommeil, la nutrition et tout un tas de choses que tu n'apprends je pense pas forcément en hospitalier parce que tu n'as pas les

consultations avec les parents. Parfois il peut y avoir quelques questions des parents en hospitalier mais elles sont beaucoup plus présentes en cabinet de ville et de ce faite, beaucoup plus proches de notre exercice plus tard de médecine générale.

C2 : Ok, du coup on peut faire par domaine, qu'as-tu appris chez le nourrisson et le jeune enfant ?

S9 : Euh... bah dans ce stage 2 choses, le côté hospitalier et le côté libéral. En pédiatrie de ville : Le suivi du nourrisson, la réponse aux questions des parents, manipuler les nourrissons, poser les bonnes questions parfois pour avoir les bonnes réponses de la part de l'enfant euh... qui pour moi c'est plus simple chez les nourrissons que chez les plus grands qui grandissent et qui se rapprochent de l'adolescence, où cela commence à être plus complexe. Euh... et puis aussi gérer l'urgence à l'hôpital mais aussi chez le médecin de ville, savoir quand envoyer un enfant aux urgences, pour les petits notamment qui expriment pas forcément leurs symptômes par la voix. Et puis savoir gérer les pathologies hivernales à l'hôpital même si ce n'est pas ce que je ferai plus tard euh.... J'ai appris aussi à gérer ces choses-là euh... Les gastros les bronchiolites etc...

C2 : Et chez les grands enfants ?

S9 : Alors chez les grands enfants et adolescents c'est là où j'ai le moins appris parce que ce sont les enfants que l'on voit moins euh notamment en médecine de ville. Euh... alors j'en ai plus vu quand même parce que je suis allé en consultation à l'hôpital de temps en temps avec les pédiatres qui elles voyaient plus des enfants de cet âge-là entre 7 et 15 ans quoi ou un peu plus avec des pathologies. Ce sont des patients qui sont plus groupés à l'hôpital et suivis par les pédiatres. Mais sinon en ville il n'y a pas un recrutement aussi important au niveau des pathologies de ses enfants là. Et du coup bah voilà j'ai moins appris sur la gestion de ses enfants là sur mon stage si ce n'est lors de ces consultations avec les pédiatres à l'hôpital.

C2 : Comment ton stage était-il organisé ? Qu'en penses-tu ?

S8 : Mon stage était divisé en deux fois 3 mois. J'avais trois médecins de ville. Je me divisais donc en trois journées dans la semaine quand j'étais en ville. J'ai essayé d'aller au moins une

de mi-journée voir une journée en consultation avec les pédiatres en plus ou d'aller voir des paramédicaux. Euh... et puis sinon sur les trois mois à l'hôpital j'étais en pédiatrie 5 jours sur 7 avec des samedi matins en plus. Et euh... en pédiatrie on a tourné entre les petits, les grands et on avait aussi un passage aux urgences... donc c'était divisé en 3 zones quoi... 3 parties... et j'ai fait des gardes aux urgences adultes car il n'y avait pas de gardes en pédiatrie à \*\*\*, par contre en journée aux urgences on ne voyait que la pédiatrie.

C2 : Que penses-tu du format de stage en 3 mois ?

S9 : Il y a des avantages et des inconvénients. Les avantages euh... on peut voir deux choses différentes donc ça c'est bien, avec une certaine continuité. Mais l'inconvénient principal c'est aussi cette continuité. Au moment où j'ai changé de stage dans les 2 cas c'est le moment où je commençais à me sentir à l'aise et à me dire que j'aurais pu aller plus loin dans l'apprentissage. Voilà... en médecine de ville c'est le moment où voilà y a un enfant qui arrivait, je savais gérer mais je n'ai pas eu tous les cas un petit peu, toutes les pathologies qu'on pourrait avoir pour aller plus loin et se dire bah voilà qu'est-ce qu'on ferait etc... J'ai eu l'impression d'acquérir le standard en médecine libérale et le standard en médecine hospitalière. Même si je pense qu'en médecine hospitalière je n'avais pas beaucoup plus de choses à apprendre si ce n'est faire de l'urgence pour le coups...

C2 : donc tu penses que tu aurais eu encore plus de choses à apprendre en ambulatoire ?

S9 : oui je pense ... J'aurais aimé apprendre plus en ambulatoire et aux urgences à l'hôpital...

C2 : Comment s'est passée ta transition entre les deux périodes ?

S9 : J'ai commencé chez le médecin généraliste. Euh... donc j'avais euh... de toute façon comme on se connaissait avec les autres internes qui switchaient après on savait comment ça allait se passer donc euh... je n'ai donc pas été surpris de la manière dont ça s'est déroulé. Donc j'ai plutôt bien vécu la transition avec une adaptation qui se fait comme tout changement de stage. Voilà rien de bien particulier sur cette transition comparée à un changement de stage classique.

C2 : ok, et du coup à l'hôpital tu as fait 1 mois dans chaque service ?

S9 : oui à peu près ... après moi j'ai fait plus d'urgences parce que il y avait d'autres internes qui ne voulaient pas trop en faire donc c'était pas plus mal... On fonctionnait en semaine à l'hôpital donc ce n'était pas difficile de s'adapter au fonctionnement des services et puis avec les garde, les vacances, on s'arrangeait, on faisait dès fois un jour par ci un jour par là... et quand on était aux urgences si il n'y avait personne aux urgences on allait dans les services donc on savait comment ça fonctionnait aussi.

C2 : Quels ont été les inconvénients à ce type de stage selon toi ?

S9 : C'est que ça dure seulement 3 mois dans chaque parties.

Pour moi, c'est un peu plus spécifique mais le fait aussi qu'on m'ait pas dit dès le départ qu'il y avait des consultations de pédiatrie à l'hôpital. Parce que j'ai trouvé ça intéressant et pour le coup adapté à la médecine générale .... Quand j'étais chez le médecin de ville on ne m'a pas dit tout de suite que je pouvais assister aussi en plus à des consultations à l'hôpital... je l'ai appris par les autres internes quoi.... Et j'y suis allé et en fait j'ai trouvé ça trop adapté à la médecine générale et du coup je me suis dit je vais y retourner parce que c'est intéressant quoi. Sinon euh....les inconvénients du stage euh.... Bah après c'est pas tellement un inconvénient mais j'avais une prat qui était plus âgée et donc sa patientèle était aussi plus âgée et donc moins de pédiatrie... J'avais moins de pédiatrie avec elle. Or j'étais avec elle le mardi et je pense que cela aurait été plus judicieux d'aller avec elle le mercredi car il y a plus d'enfants le mercredi. Sur la fin du stage j'ai demandé à faire des demi-journées en plus pour voir plus de pédiatrie. Et après inconvénient pour quelqu'un qui voudrait faire ce stage c'est peut-être le côté gynéco, mais pour en avoir discuter avec d'autres internes euh... c'est un peu le cas partout, il y a peu de gynécologie... sauf des prat qui font vraiment beaucoup de gynéco...J'en ai vu quand même un peu, j'ai pu poser des implants et quelques stérilet plus quelques consultations de contraception mais voilà après c'était clairement pas la majorité du temps... Pour la formation en gynécologie ce n'est pas le stage idéal.

C2: Quels ont été les avantages à ce type de stage selon toi ?

S9 : Le fait qu'il soit couplé et donc voir deux pratiques différentes et notamment la pratique en ville qui n'était pas proposée avant est bien adaptée à la formation d'un médecin généraliste puisque c'est ce qu'on va faire en médecine générale plus tard, chose qu'on avait pas avant de proposer dans notre cursus donc je trouve ça bien ...et puis forcément le côté hôpital est aussi intéressant avec notamment les urgences, savoir ce qu'il se passe quand on envoie un enfant aux urgences et quels sont les critères pour hospitaliser un enfant, pour avoir plus tard plus de discernement quant à nos orientations en cabinet de ville.

C2 : As-tu des propositions particulières ou des idées qui permettraient d'optimiser ce stage ?

S9 : Alors, il y a eu des propositions de faites et le stage a été modifié euh... à la demande des médecins. Le stage ou j'étais a changé, c'est-à-dire que il y a la problématique des 3 mois qui s'arrêtent et qu'on voudrait aller un petit peu plus loin... la ils ont tenté pour ce semestre de faire euh ... Ils ont proposé au prochain semestre de faire 6 mois dans les 2 en divisant les semaines. Donc 2 jours en cabinet de ville et puis 2 jours et demi ou trois à l'hôpital. Il faudra voir comment cela se passe... Est ce que ça va être intéressant euh... L'inconvénient de cette solution c'est que pour le service cela va être compliqué de s'adapter aux internes. Compliqué de rencontrer et nouer des liens avec les équipes. Après en pédiatrie à l'hôpital les hospitalisations sont souvent courtes donc cela se fait. Et que l'intérêt pour la médecine générale à mon sens ce sont les urgences même si c'est important de voir comment cela se passe en hospitalisation ça ne sera pas notre pratique plus tard. Aux urgences ça se passe un peu comme des consultations en ville donc il n'y a pas besoin d'être là plusieurs jours à suivre forcément. Et puis en cabinet de ville cela ne posera pas de problème puisque le but sera d'avoir un suivi des patients sur 6 mois euh... donc on peut très bien se remettre les rendez-vous régulièrement pour avoir un suivi sur 6 mois. Le plus gros inconvénient à cette proposition sera l'adaptation aux équipes pour les internes parce que cela va changer tout le temps donc... peut être au bout d'un certain temps ce sera mieux mais... il y a le côté aussi ou ça change quoi...on fait pas tout le temps la même chose...mais des 2 côtés il y a des avantages et des inconvénients, il faudra voir comment cela se passe avec les internes de ce semestre. Une autre amélioration possible

serait d'ajouter des consultations avec les pédiatres en ville ou à l'hôpital parce qu'on ferait que des consultations de pédiatrie. Après à voir ou rajouter des jours parce qu'on rajoute des jours tout le temps mais ... des consultations avec des pédiatres de ville ou à l'hôpital, parce qu'on enchaine les enfants quoi...et c'est des consultations qui s'apparentent vraiment à des consultations de pédiatrie qu'on peut voir chez le médecin généraliste. Il y a des parents qui font suivre leurs enfants par des pédiatres donc c'est la même chose qu'avec un médecin généraliste, ça pourrait être intéressant. Même si chaque pédiatre à sa spécialité, globalement il y a beaucoup qu'on pouvait faire en tant que médecin généraliste si on s'intéresse à la pédiatrie en tout cas... Donc pourquoi pas faire 3 jours avec médecins généralistes plus une journée consultation avec pédiatre de ville/hospitalier. Sinon euh .... Je trouve que 3 jours par semaine ce n'est pas suffisant il faudrait proposer 4 jours. Trois jours tu travailles tellement peu que quand tu y vas tu n'as plus envie de travailler car tu n'es plus dans le rythme, tu dis arf... alors que tu devrais être motivé mais au final je trouve ça fait l'effet inverse !

C2 : Penses-tu avoir vu beaucoup de pédiatrie lors de ton stage ambulatoire ?

S9 : Je pense avoir vu beaucoup de pédiatrie lors de mon stage en ambulatoire, à hauteur de 50-60 %. Ça dépendait des jours parce qu'avec une des médecins généralistes j'avais moins de pédiatrie donc ça s'équilibrait. Les médecins avaient vu avec leur secrétaires pour mettre la pédiatrie les jours où j'étais là... après au niveau du secrétariat ça ne suivait pas forcément mais bon...

C2 : et la gynéco ?

S9 : Et la gynéco elles essayaient aussi pour la gynéco mais le fait que je sois un homme il y a plusieurs fois où je me suis fait virer de consultation et puis il y en avait quand même globalement moins que la pédiatrie.

## **ANNEXE 10 - ENTRETIEN 10 (C2= chercheur 2, S10 = sujet 10)**

C2 : Que penses-tu de l'apport de ton stage pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire dans ton cursus ?

S10 : Je pense que c'est... moi ça m'a apporté... fin je pense que c'est bien pour nous plus tard en médecine générale. Après j'ai eu la chance de passer aux urgences pédiatriques donc c'est quand même une bonne partie de la médecine générale avec des pathologies de l'urgence. Et en ambulatoire c'était plus du suivi euh... un peu de l'urgence mais pas de la grosse urgence... et oui du suivi de l'enfant sain. Et donc ça je trouve que c'est bien de combiner la partie suivi de l'enfant sain et les pathologies aiguës ... je pense que en faisant un mixte ambulatoire et hôpital, on a vraiment ces deux versions de la pédiatrie qui sont toutes les deux importantes en médecine générale.

C2 : d'autres choses à dire ?

S10 : Mmm... non mais oui entre les deux c'était les urgences qui était le mieux car j'ai vu plus de pédiatrie aux urgences quand même qu'en en ambulatoire et ça m'a vraiment mis à l'aise avec l'examen de l'enfant et des nouveau-nés. J'ai vu moins de pédiatrie en ambulatoire... Même s'il y a aussi les examens des dix jours et jeunes nourrissons en ambulatoire mais bon... j'étais moins mise en avant et je ne le faisais pas souvent. Alors que la bah quand tu es aux urgences t'es la première à y aller donc ça te force un peu à bien les examiner.

C2 : tu en as vu beaucoup des tous petits aux urgences ?

S10 : Oui...bah oui je crois que le plus petit c'était 3 jours mais... ah non celui-là il a dû aller directement en hospitalisation... Mais sinon à partir de dix jours, oui il y en a quand même quelque uns... Et puis aussi c'est vrai que aussi les patients avant 3 mois les parents emmènent plus facilement leurs enfants aux urgences que chez le médecin généraliste donc c'est là où tu en vois le plus oui. Donc oui moi je trouve que c'était un bon compromis pour notre formation.

C2 : Quelles sont les raisons pour lesquelles tu as choisi ce stage ?

S10 : Eh ben parce que je n'avais pas envie de faire que des urgences et aussi au niveau charge de travail. Et puis \*\*\* c'était pas trop loin de chez moi donc ça me faisait moins de route. Mais

principalement pour la charge de travail... parce que 6 mois aux urgences... fin 6 mois dans un service peut être que ça va mais moi je m'orientais vraiment vers les urgences ... mais...et puis surtout trop de gardes ! mais oui c'est vraiment la charge de travail qui m'a fait prendre le stage mixte.

C2 : Quels sont les domaines, en pédiatrie, dans lesquels tu penses avoir progressé au cours de ton stage ?

S10 : Mmm ...

C2 : on va répartir en 2 catégories, on va déjà faire chez les nourrissons et les jeunes enfants et après chez les plus grands et les adolescents

S10 : Chez les nourrissons euh bah tout ce qui est l'asthme, quand même pas mal, et puis les pathologies ORL les appendicites... euh... et savoir trier ce qui est urgent et où il faut adresser et ce qui peut être de notre ressort en médecine générale... voilà plutôt ça. Aux urgences il y a beaucoup de pathologies de médecine générale et quand on pouvait discuter avec les séniors bah là on sait qu'on aurait pu le faire nous au cabinet. Et chez les grands enfants euh... il y a beaucoup de la pédopsychiatrie... c'est majeur chez les grands enfants... et du coup j'ai fait plusieurs entretiens avec des ados. J'ai eu beaucoup de modèles mais ça m'a un peu entraîné à discuter avec eux sur l'adolescence tout ça et ... ouais ça c'est pas mal... d'apprendre à mener un entretien psy avec les ados, chose que je n'avais pas du tout fait en ambulatoire.

C2 : Comment ton stage était-il organisé ? Qu'en penses-tu ?

S10 : Alors euh c'était... tu veux les horaires et tout ?

C2 : euh peut être pas toutes les horaires exacte mais pas ou tu es passé et dans quel ordre etc..

S10 : Ah oui eh bien je suis d'abord passée en ambulatoire avec deux médecins.... Pédiatrie je pense un peu moins de 50 % je dirais... 5 jours par semaine ou 4 jours et demi. J'étais plus avec le docteur \*\*\* parce que lui il aime bien prendre des internes et il est très à l'aise. Il est souvent appelé pour des consultations de dernière minute donc c'était pas mal pour voir des pathologies de pédiatrie aiguës. Ses consultations étaient bien organisées, il sait ce qu'il faut aller chercher donc voilà il fait des examens bien ciblés. Mais après voilà au niveau de la prise en charge, un

peu trop d'antibiotiques à mon goût, ne faisais jamais de streptotest... fin je ne l'ai jamais vu en faire ! et il met tout le monde sous Orelox® ! (rire)... voilà mais il a une très bonne relation avec ses patients et les parents lui font bien confiance. Mais voilà au niveau de la prise en charge c'est pas reco tout le temps mais c'est aussi une autre manière de voir les choses et de se dire que peut-être moi je n'aurais pas fait comme ça et voilà... \*\*\* c'était plus un jour et demi. Avec elle c'était plus de la gynéco, j'ai plus travaillé la gynéco avec \*\*\* vu que \*\*\* n'en faisait pas du tout...et pas énormément de pédiatrie non plus. Quand c'était de la pédiatrie c'était plus du suivi et là c'était pas mal, elle me laissait bien examiner et me projeter... fin d'organiser le suivi avec les parents en leur expliquant tout ça donc ça c'était bien. Et ensuite je suis passée aux urgences pédiatriques plus les gardes et j'ai fait quelques remplacements dans les services d'hospitalisation. Après je pense de faire l'inverse ça peut être pas mal aussi puisque y'en a qui ont pu faire des gardes aux urgences pédiatriques sur leur partie ambulatoire. (parce qu'on ne peut pas faire des gardes aux urgences tant qu'on n'y est pas passé). Donc si y'en a que ça intéresse de reprendre des gardes après euh... ouais c'est pas mal. Mais sinon moi l'organisation ça m'a plu de faire dans ce sens parce que c'était un peu... bah ouais progressif... voir d'abord le suivi d'un enfant sain avant la pathologie aigue.. ouais c'était pas mal.

Et puis il y avait aussi l'histoire des cours là le matin... je sais pas si ...

C2 : si si vas y tu peux en parler !

S10 : Sur les trois premiers mois de stage il y avait des cours donnés par les pédiatres à l'hôpital. C'est un peu mal tombé vu que j'étais pas à l'hôpital à ce moment-là et ça m'enlevait du temps de consultation avec les médecins le matin d'autant plus qu'ils avaient plus de pédiatrie le matin.. mais les cours sont bien. Et après oui ce qui était dommage aussi c'est que docteur \*\*\* ne consultait pas le mercredi et c'est un peu dommage parce que c'est là où il y aurait potentiellement le plus d'enfants... Pour un stage de pédiatrie c'est pas très logique. Mais bon par contre cela permettait de libérer une place et d'avoir un cabinet de libre pour consulter avec \*\*\*, l'autre médecin, en doublon, donc c'était pas mal...

C2 : Que penses-tu du format de stage en 3 mois ?

S10 : Ben je trouve que 3 mois c'est bien. Après à la fin des 3 mois en ambulatoire j'avais hâte de changer parce que je m'entendais moyen avec les médecins et j'avais envie de voir une autre équipe. J'avais aussi l'impression d'avoir fait un peu le tour en pédiatrie en ambulatoire fin... que je n'allais pas en apprendre plus .. en pédiatrie je parle. Et après aux urgences je n'aurais pas fait plus de 3 mois non plus parce que c'est très fatigant avec les gardes... trop de gardes et les horaires... Et puis 3 mois c'est suffisant pour être à l'aise aux urgences. Là je vois je fais des gardes à \*\*\* où les urgences sont couplé les adultes et enfants et j'aime bien aller voir les enfants, je me sens à l'aise.

C2 : Comment s'est passée ta transition entre les deux périodes ?

S10 : Bonne question...eumm.. je me souviens plus trop ! ... non ça a été et je me suis assez vite adaptée au rythme... et puis on est très bien d'encadré à l'hôpital par l'équipe des pédiatres donc c'est rassurant. Au début quand j'étais pas sûr de moi pour un tympan ou autre les pédiatres étaient disponibles pour revoir les patients. Tous les enfants étaient systématiquement revu, je pouvais vraiment demander ce que je voulais quand je voulais donc ça c'était ... fin la transition voilà ça ...j'étais bien encadrer au début et quand il te sentent un peu plus autonome voilà ils te font un peu plus confiance, ils savent comment tu travailles et ça vient vite au bout d'un mois voilà ... du coup non ça allait.

C2 : et au niveau organisation concrète, logiciel etc ?

S10 : Ah oui par rapport au logiciel c'était plus compliqué car je ne le connaissais pas donc voilà et au début j'ai galéré pour avoir les codes parce que ça marchait pas..etc..Et eumm c'est vrai que pour l'équipe ce n'est pas forcément évident de tout reprendre au bout de 3 mois mais...mais au début on a été doublé donc ça a été. Une collègue interne est venue avec moi et m'a expliqué tous les logiciels et les habitudes du service tout ça...Mais ouais c'est vrai qu'au niveau logiciel c'était un peu galère ! mais après on apprend vite... Parce que oui c'est qu'on avait eu des formations en début de semestre mais en 3 mois, à la fin du stage ambulatoire, tu as tout oublié donc ce n'est pas très utile et puis je comprends que refaire une formation pour peu d'internes... c'est peut-être pas efficace mais je sais pas...

C2 : Quels ont été les inconvénients à ce type de stage selon toi ?

S10 : ... Ben c'est bien si je réfléchis c'est qu'il n'y en a pas eu beaucoup hein !! (rire)

Mais je pense que les inconvénients ne sont pas vraiment pour nous mais plus pour les médecins qui eux bah... fin j'ai cru comprendre que pour eux c'était plus compliqué de s'organiser mais moi ça m'a bien convenu de faire ces deux stages-là en un. Je vois pas vraiment d'inconvénients. Peut-être pas assez de pédiatrie dans mon stage ambulatoire... Des prises en charge pas totalement EBM en ambulatoire et du coup peut-être un peu plus reco à l'hôpital... ouais voilà principalement ça...

C2 : Quels ont été les avantages à ce type de stage selon toi ?

S10 : De voir les deux versants de la pédiatrie : un peu le suivi et un peu les pathologies aiguës. Et ça m'a bien mis à l'aise avec l'examen clinique des tout-petits et aussi des plus grands. Savoir aussi examiner, avoir un schéma bien systématique. Ça m'a aidée aussi au niveau des traitements, toutes les posologies tout ça ...ça m'a appris... tout ! vu que connaissais pas du tout l'adaptation des posologies avant. Voila

C2 : As-tu des propositions particulières ou des idées qui permettraient d'optimiser ce stage ?

S10 : Je pense que faire plus de journées avec des pédiatres de ville où d'autres paramédicaux ça serait pas mal...J'ai fait une journée avec une pédiatre et j'ai pu voir les tests des 3 ans et 4 ans... Après le reste des consultations avec elle était presque identique avec ceux des médecins généralistes, presque le même contenu mais en  $\frac{3}{4}$  d'h de temps ! alors qu'avec \*\*\* ou \*\*\* les consultations de suivi c'était en 20min quoi... Et sinon pendant qu'on est à l'hôpital avoir plus de possibilités pour aller en consultation avec les pédiatres à l'hôpital. On l'a pas fait du coup parce que manque de temps... c'était pas prévu dans le créneau quoi.

C2 : Penses-tu avoir vu beaucoup de pédiatrie lors de ton stage ambulatoire ?

S10 : Bah non pas beaucoup. C'est sûr qu'il y avait plus de pédiatrie en ambulatoire que lors de mon stage en UPL mais il n'y en avait quand même pas assez à mon goût. Moins de 50 % des consultations. Des journées entières passaient en ambulatoire ou je ne voyais que 5 enfants... donc pas énorme. En gynécologie je n'ai pas vu énormément de choses non plus. J'ai

vu la pose d'un implant et 2 stérilets et je n'en ai pas posé moi-même j'ai vu plusieurs retraits...  
Mais en gynécologie ce n'est clairement pas suffisant pour le compter comme un stage validant  
je trouve. Niveau gynéco je n'ai pas progressé du tout je trouve...

C2 : D'autres choses à rajouter ?

S10 : Non...

## 6.19. ANNEXE 11 - ENTRETIEN 11 (C2 = chercheur 2, S11= sujet 11)

C2: Que penses-tu de l'apport de ton stage pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire dans ton cursus ?

S11 : Je pense que c'est bien, fin je suis contente d'être passé par là même si à la fois les médecins généralistes et les praticiens hospitalier ne sont pas content de nous avoir que pour 3 mois. Moi je trouve ça très très bien et si c'était à refaire je recommencerais.

Ce qui est bien c'est à la fois de voir chez Le Prat des enfants qui sont souvent en bonne santé donc on apprend à faire un examen clinique de routine quoi et... c'est surtout ça qui est bien, que chez le prat tu peux faire ça que tu ne fais pas du tout à la fois aux urgences et en hospitalier. En hospitalier on ne s'intéresse pas du tout à cette partie-là et ça je trouve que c'est une lacune quand tu fais que de l'hospitalier quoi... Et donc j'ai l'impression d'avoir fait quelque chose de plus global en pédiatrie en tout cas, si on parle que de pédiatrie... et d'avoir vu aussi des enfants vraiment malade et..à hospitaliser ... ça c'était bien... après moi j'ai eu la chance en hospitalier de passer à la fois aux urgences, en médecine plus traditionnel en hospitalisation complète et avec les ados et donc c'est encore plus global, on voit encore plus d'enfant d'âges différents donc ça c'est bien. Après ce qui est moins bien c'est que du coup ce n'est que trois mois dans chaque partie et que du coup ça passe très vite. Tu n'as pas forcément envie de changer à la fin du stage... donc c'est bien ! T'es pas lassé !

C2 : Quelles sont les raisons pour lesquelles tu as choisi ce stage ?

S11 : Initialement c'est surtout parce que j'aime pas l'hospitalier du coup je voulais faire le plus possible de stages en ambulatoires... euh.. voir aussi les deux facettes à faire, le fait que ce soit plus large. Finalement d'être passé à l'hôpital en pédiatrie ça m'a un peu réconcilié avec l'hospitalier mais j'étais contente aussi de rester en ambulatoire.

Il y a aussi le côté gynécologie ambulatoire qui m'a plu. Je ne sais pas quel stage on va avoir en gynécologie mais moi je vais être médecin généraliste et je ne veux pas être gynéco-obstétricien ou quoi que ce soit et les stages en gynécologie à l'hôpital c'est pas toujours que de la... à moins

de faire que les urgences mais ...c'est pas toujours que de l'ambulatoire que tu feras à ton cabinet, de la gynéco de base...donc ça c'est pas mal aussi.

C2 : Quels sont les domaines, en pédiatrie, dans lesquels tu penses avoir progressé au cours de ton stage ?

S11 : À peu près tous. Lors de mon dernier stage d'externat j'étais passé aux urgences pédiatriques mais clairement j'en avais rien à foutre parce que l'ECN était déjà passé donc ...je me suis moins investie. J'avais qu'une envie c'était de partir en vacances!

Mais c'est vrai que... à la fois dans la relation avec les enfants, parce que ça fait un peu peur de prendre un petit bébé de 1 mois, de le manipuler etc... à la fois dans la relation avec les parents, comment leur parler... et puis après je sais pas, mais j'avais l'impression d'être nul dans des pathologies come la pneumo, l'asthme de l'enfant, comment gérer...fin les pathologies globales quoi, la gastro de l'enfant qui va vraiment très mal et qui nécessite d'être hospitalisé etc... ou tu ne sais pas au départ ... et vraiment surtout l'abord avec l'enfant en général.

C2 : et pour séparer un peu, qu'est-ce que tu as appris plus particulièrement chez les nourrissons, et après on fera les grands enfants

S11 : Ben chez le nourrisson faire un examen clinique de base : à la fois chez un nourrisson sain pendant un examen de routine ou s'il est pas bien d'avoir aussi la relation surtout finalement avec la mère etc.. après il y a des mères qui s'inquiètent pour pas grand-chose mais d'autres.. faut quand même prendre en compte la part de l'instinct maternel ou elle te dit que l'enfant ne va pas bien quand même...

Après c'est vrai que chez les nourrissons on a vite tendance à déléguer vers un médecin senior... même si tu fais bien sûr ton examen de routine mais... Il faut toujours demander un avis je pense pour ne pas passer à côté de quelque chose de grave.... De bien prendre en compte toute fièvre chez le nourrisson.. qu'est-ce que tu dois faire quoi...

Au-delà des 3 mois j'ai surtout appris en ambulatoire chez Le Prat avec les examens de suivi de base... à chaque fois même si on fait avec le carnet de santé il y a la visite quotidienne ... fin tous les mois ou 6 mois qui est intéressante euh... bon après c'est des truc de routine... et après

à l'hôpital on voit quand même beaucoup de médecine générale... et je pense aussi qu'on voit beaucoup de psy... On voit beaucoup de psy même chez des enfants jeunes, et savoir est-ce que c'est du somatique ou plutôt psychologique c'est pas toujours évident... même si finalement tu t'en rend vite compte je pense chez les enfants... que c'est du psycho aussi ...

Et euh... après j'ai vu beaucoup d'ados... mmm... à l'hôpital on voit beaucoup d'ado mais c'était pas forcément moi qui les prenais en charge, j'étais plus observatrice, surtout que j'ai eu qu'une seule semaine aux adolescents ... après t'en vois aux urgences mais ... et ça j'ai pas forcément appris sur comment leur parler.. c'est un petit peu décevant... j'ai peut-être un peu plus appris en ambulatoire au cabinet où on apprend quelles questions poser à l'ado, sur le suicide ou... Sur ses soucis personnels, les consommation de toxiques, les MST, ou tu fais sortir les parents et tu as une vraie discussion avec l'ado même si parfois ils te disent pas tout mais... Mais même si toi t'as été ado... il y a une certaine distance avec eux... nous on a pas eu tout ce qui est technologie et tout.. !

C2 : Comment ton stage était-il organisé ? Qu'en penses-tu ?

S11 : J'ai commencé par 3 mois en ambulatoire où je faisais 2 jours en PMI, un jour chez un médecin qui faisait beaucoup de pédiatrie environ 60 %, et un jour chez un médecin qui faisait plus de gynéco, plus de 80 %. Ensuite j'ai fait 3 mois en hospitalier où j'ai alterné entre les urgences et les services. Donc sur la partie ambulatoire j'ai été déçue parce que je n'ai pas fait assez de gynécologie à mon goût en ayant un seul jour par semaine, et je pense trop de PMI. Parce que finalement la PMI c'est assez redondant. C'est un peu lassant d'aller faire des examens de routine en école maternelle, c'est tout le temps la même chose et même si j'étais toute seule en autonomie, ce qui est intéressant, c'était pas utile d'en faire autant.

J'ai quand même eu de la chance de voir une grosse partie de la PMI en tournant à la fois avec les puéricultrices, les médecins, la gynéco, mais je pense que une seule journée par semaine suffirait. Mais par contre d'avoir 3 jours de pédiatrie ça m'a permis d'apprendre beaucoup de choses et d'avoir moins d'appréhension en arrivant à l'hôpital.

À l'hôpital du coup on tournait tous les 15 jours entre les urgences, le service d'hospitalisation et le service des adolescents. Ça m'a permis d'avoir une vision globale. Le fait d'arriver en deuxième partie en hospitalier je pense que les chefs étaient plus rassurés et nous ont fait plus confiance d'autant plus que j'avais déjà fait de la pédiatrie. Au début il nous surveillent puis il nous laissent rapidement en autonomie.

Je me suis rendu compte une fois d'être arrivé en hospitalier que ça faisait du bien d'être indispensable, parce que en ambulatoire j'ai eu... fin en restant 3 mois j'ai pas eu l'impression d'être lâché, fin d'avoir mes propres patients ou mon propre cabinet pour consulter et j'étais moins autonome alors que je l'avais eu lors de mon Stage UPL et... ça c'était très frustrant ! Du coup j'ai eu l'impression que les trois mois en ambulatoire n'étaient pas suffisants contrairement aux 3 mois en hospitalier. J'étais frustrée de partir alors que ça faisait seulement 2 semaines que j'étais en autonomie mais après ça c'est aussi dépendant de l'organisation des Prat. Pour celle que j'avais en pédiatrie j'étais sa première interne donc elle n'a pas su bien me prendre.. fin elle a pas su trop comment faire alors que je sais que pour l'interne qui est passé après moi elle l'a tout de suite mis en autonomie et ça c'est très bien passé. Et pareil pour la Prat qui faisait beaucoup de gynéco elle avait l'habitude d'avoir des internes plutôt sur 6 mois donc elle m'a aussi peut être mise en autonomie aussi trop tard.

En PMI par contre c'était bien à la fin j'étais en autonomie. Ça m'a permis d'apprendre beaucoup de choses quand même avec les puéricultrices et en consultation directement chez les patientes qui venaient d'accoucher c'était intéressant.

C2 : Que penses-tu du format de stage en 3 mois ?

S11 : Bah... il y a du bien et du moins bien ! Je pense que ça permet de voir plus de choses différentes. De toute manière on ne finira pas pédiatre ou gynécologue à la fin des 6 mois donc c'est pas grave. Du coup sur mon format je pense qu'en pédiatrie c'est comme si j'avais un fait un stage de 6 mois vu que je faisais quand même 3 jours par semaine de pédiatrie en ambulatoire sur les 3 premiers mois et après tous les jours sur les 3 autres mois donc en pédiatrie je pense avoir été bien formé ... par contre le gros gros bémol c'est la gynécologie... Un seul jour par

semaine soit 10 jours sur les trois premiers mois euh... moi je suis pas formée en gynéco et va falloir que je me forme ... Vu que je vais faire de la gynécologie plus tard je vais devoir me former en plus. J'avais pas du tout réfléchi avant de prendre ce stage que je n'aurai pas assez de gynécologie... j'avais pas du tout réfléchi à ça et du coup je suis un peu déçue de griller ma cartouche quoi... Si possible je referai un stage de gynécologie ou alors je me formerais plus tard, j'irais en centre d'ortho une fois que je serais formée... Finalement beaucoup de médecins généralistes se forment après l'internat. C'est possible de faire des stages en orthogénie après, et de la formation continue sans forcément devoir faire un DU. Sachant que les DU sont plus ou moins formateurs en fonction des villes... je crois que de DU de Grenoble n'est pas très bien réputé... je crois qu'ils font venir des internes pour les cours des fois !

C2 : Comment s'est passé ta transition entre les deux périodes ?

S11 : Eh bien j'avais beaucoup d'appréhension surtout vis-à-vis du rythme plus soutenu en hospitalier et de faire des gardes et finalement ça s'est très bien passé. Les chefs ont été très consciencieux de ne pas nous donner de gardes sur les 15 premiers jours. Moi j'ai commencé par les urgences pédiatriques et il y avait beaucoup de monde donc j'ai pu voir pleins pleins de patients. Et du coup j'ai cru que c'était normal que y ait autant de monde aux urgences mais ... finalement non ! Du coup ma première garde 15 jours après s'est très bien passée. Finalement j'avais eu de l'appréhension mais pour pas grand-chose parce que... aussi les chefs nous ont assez rapidement donné de l'autonomie et ... fin hormis quelques chefs un peu casse-pieds qui finalement ne donnent de l'autonomie à personne ! Après c'est vrai qu'en tout on était 10 internes de pédiat... dont 4 qui changeaient, donc on se retrouvait à 8 dans le services et on se connaissait déjà donc déjà ça c'était pas nouveau quoi ..il y avait aussi une bonne ambiance. Après ce qui est bien c'est que on tourne à la fois entre les urgences et les différents services mais les chefs aussi tournent et aussi l'équipe infirmière donc on retrouve vite les mêmes personnes donc on était pas trop perdu.

C2: Quels ont été les inconvénients à ce type de stage selon toi ?

S11 : De nouveau, le fait de ne pas avoir fait assez de gynécologie et peut-être d'avoir fait un peu trop de PMI parce qu'à la fin on s'ennuie un peu, l'impression d'avoir fait le tour. Et encore moi je crois que je l'ai fait moins que l'interne d'avant en SASPAS... Mais on est pris un pour euh « ah oui toi tu vas faire les bilans de santé en maternelle » et tout et en faite on fait le travail des médecins en PMI...c'est un peu redondant et casse pied. Après c'est du dépistage et ...par contre je serais à l'aise pour faire le bilan de dépistage au cabinet, maintenant qu'il y a moins de médecins scolaire et PMI, au moins je me sens à l'aise ! Donc cet aspect est aussi un avantage car ce n'est pas quelque chose qu'on apprendrait à l'hôpital. Je n'ai pas appris assez de chose en gynécologie, ou peut-être surtout j'ai pas assez appliqué

C2 : Quels ont été les avantages à ce type de stage selon toi ?

S11 : De pouvoir voir à la fois l'enfant sain et l'enfant malade avec l'ambulatorie et l'hospitalier. Donc ça c'est une chance .. emmm... Mais les deux type de stages (ambulatorie/hospit et que hospit) sont bien tous les deux. Si c'était à refaire je prendrais à nouveau ce stage, mais ce qui serait mieux serait d'avoir 2 jours de pédiatrie et 2 jours de gynécologie. Ce qui est possible car j'en ai discuté avec la médecin en gynéco qui serait d'accord. La médecin de pédiatrie aussi était très ouverte. Les médecins avec qui j'ai travaillé étaient très bien car ils s'adaptaient à leur public, en me laissant faire plus ou moins de gynéco selon les envies... mais moi je trouve ça hallucinant que certains médecins puissent prescrire la pilule alors qu'ils n'y connaissent absolument rien quoi...y a pas que Leeloo dans la vie quoi ! mais... ouai j'aurais aimé faire plus de gynéco.

C2: As-tu des propositions particulières ou des idées qui permettraient d'optimiser ce stage ?

S11 : 2 jours gynécologie et 2 jours de pédiatrie en ambulatorie. Emm après je vois pas trop ce qui peut être amélioré vraiment ... J'étais très contente du format à l'hôpital ou on a pu tourner entre les différents services. Surtout que quand tu es que aux urgences tu vois pas l'après hormis si tu vas regarder dans les dossiers, mais la d'avoir une vision complètement globale du truc moi je trouve ça vachement important ! et je pense tu prends mieux en charge si dernière c'est toi qui est amené à revoir le patient en hospit... c'est vrai je trouve ça hyper important de gérer

l'urgence mais aussi la suite, surtout en médecine générale quoi. C'est essentiel. Et je sais qu'à \*\*\* ça tourne pas trop et je trouve ça super dommage. Ce qui est dommage c'est que ce n'est pas possible dans certains stages juste pour le confort des praticiens... et c'est débile par ce que à \*\*\* cela se passe très bien, on faisait pas de merde ou quoi, et du coup on rediscute tous ensemble, et vu qu'on mange ensemble à midi on rediscute des patients et tout, on est une vraie équipe quoi ! Et tous les matins y a un staff et tout le monde était bien impliqué car on tournait dans les différents services. A \*\*\* par exemple, le fait de faire seulement les urgences, du coup du doit moins t'impliquer dans les staffs. Donc ouai moi je trouve ça trop bien ce format à \*\*\* et je pense pas que ce soit une perte de chance pour les médecins ce faire ça. Être en service hospitalier en hospit c'est aussi très formateur pour la médecine générale, pour savoir les situations ou on peut temporiser en ambu, certaines gastro ou tu peux temporiser, y a des bronchiolites que tu peux temporiser si tu as bien le patient sous le coude, avec des parents fiables... tout ne se suit pas à l'hôpital.

C2 : Penses-tu avoir vu beaucoup de pédiatrie lors de ton stage ambulatoire ?

S11 : Environ 90%, je pense avoir vu beaucoup de pédiatrie. En plus avec la médecin qui faisait de la gynécologie je voyais aussi beaucoup de post-suivi de grossesse donc énormément, voir plu que chez les autre prat, de suivi du nourrisson. Comme elle suit toute la grossesse elle suit aussi l'enfant après...Je suis très satisfaite sur l'aspect pédiatrie ! Gynéco 10% .. ! mais j'ai quand même pu faire quelques gestes comme poser un implant ou un stérilet ! Elle faisait de l'IVG ce qui m'a beaucoup intéressée, mais je sais que cela nécessitera une formation derrière, le stage chez le prat ne suffit pas !

**6.20. ANNEXE 12 - ENTRETIEN 12 (C2 = chercheur 2, S12= sujet 12)**

C2: Que penses-tu de l'apport de ton stage pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire dans ton cursus ?

S12 : Alors j'ai trouvé ce stage très enrichissant parce que du coup il était 3 mois en hôpital, 3 mois en ambulatoire ce qui permettait donc d'avoir un stage qui était varié...euh.. de pouvoir faire à l'hôpital de la pédiatrie dans le service de pédiatrie et de faire aussi des urgences pédiatriques et d'être formé par des médecins pédiatres donc d'avoir un peu les bases de l'examen clinique de la prise en charge un peu global de la pédiatrie donc ça j'ai trouvé ça important.. et les trois mois en ambulatoire permettaient d'appliquer un peu ce qu'on avait appris à l'hôpital et en même temps d'avoir des informations de la part de nos praticiens sur comment il gèrent la pédiatrie général, en médecine ambulatoire. Donc j'ai trouvé ça pas mal de pouvoir coupler les deux à la fois l'hôpital et l'ambulatoire. La seule chose que je regrette pour ce stage c'est que moi du coup j'ai pas trop fait de gynécologie alors qu'il était validant en gynécologie... en ambulatoire les praticiens chez qui j'étais ne pratiquaient pas trop la gynécologie. Finalement j'ai surtout fait de la pédiatrie ambulatoire et à côté c'était aussi un peu un stage de médecine générale, on voyait pas que de la pédiatrie on voyait aussi des renouvellements d'ordonnances, de la gériatrie ...voilà c'était assez varié et en même temps j'ai pu voir aussi de la pédiatrie assez varié.

Et à l'hôpital j'ai vraiment aimé la formation parce que c'est là où j'ai vraiment appris le plus de choses surtout aux urgences pour examiner les enfants et demander des examens complémentaires si besoin etc... ce qui est intéressant aussi de voir dans le couplé à la fois en ambulatoire et à l'hôpital c'est que en tant que médecin généraliste savoir quand on doit envoyer les enfants à l'hôpital aux urgences, dans quel cas, pour quel motif etc.. et de pouvoir aussi être du côté des urgences, voir quel médecin adresse quel enfant pour quel motif c'était pas mal aussi de voir ça...donc j'ai trouvé ce stage vraiment intéressant pour un médecin généraliste, il est essentiel de faire ça.

C2: Quelles sont les raisons pour lesquelles tu as choisi ce stage ?

S12 : Du coup les raisons... la première c'était qu'il me plaisait que ce soit couplé, qu'il n'y ait pas que de l'hospitalier parce que moi ce que j'aime beaucoup c'est la médecine ambulatoire de ville et je voulais pas faire uniquement que de l'Hospitalier. Donc de pouvoir coupler les deux c'est ça qui m'a vraiment plu...de pouvoir apprendre en hospitalier les bases importantes de l'examen clinique de l'enfant, les examens complémentaires quand il y a besoin d'en faire et euh.. les traitements... fin voilà d'avoir une approche hospitalière et en même temps d'être formé à la médecine ambulatoire pour appliquer ce qu'on apprend à l'hôpital. Donc voilà c'est pour cette raison et l'autre raison aussi c'est parce que ce stage est à Sallanches et que j'habite dans la région.. j'aimerais m'installer soit sur Sallanches soit autour donc j'avais envie de connaître un peu le réseau de soins... de pouvoir créer mon réseau de soins de me faire connaître de mes futurs collègues qui sont autour de moi donc pour moi c'était important de choisir ce stage là-bas... et puis voilà la pédiatrie pour moi c'est essentiel qu'on soit bien formé en tant que médecin généraliste.

C2: Quels sont les domaines, en pédiatrie, dans lesquels tu penses avoir progressé au cours de ton stage ?

S12: Les premiers recours, les urgences je pense que c'est là où j'ai le plus progressé... de savoir quand on doit s'inquiéter devant un enfant, quels sont au premier regard les signes d'alerte qui fait qu'il faut qu'il soit adressé aux urgences ou au contraire ça peut être une gestion ambulatoire...ça m'a permis de progresser là-dessus sur les signes d'alerte à repérer. Ensuite euh... ce qui m'a permis de progresser c'est... (silence)

C2: on peut diviser en deux parties, quelles sont les pathologies chez les nourrissons dans lesquelles tu penses avoir progressé et après plus chez les grands enfants ?

S12: du coup chez le nourrisson les signes d'alerte parce qu'ils ne peuvent pas dire où ils ont mal... ce qu'ils ont.. donc voilà les premiers aspects, ce qu'on peut rechercher cliniquement qui peut nous inquiéter... est-ce qu'il est tachycarde est-ce qu'il a de la fièvre.. les marbrures etc... donc ça ça m'a permis de vraiment gérer ça et de savoir si c'est une urgence rapide ou au

contraire ça peut se différer. donc ça je l'ai beaucoup appris aux urgences, après en ambulatoire j'ai plus appris le suivi du nourrisson sain ; donc plus à l'examen clinique qu'est-ce qu'on doit faire systématiquement, qu'est-ce qu'on doit rechercher systématiquement et ce qui doit nous alerter justement chez un enfant qui est en bonne santé donc ça je l'ai plus appris en ambulatoire...c'était complémentaire du coup les deux stages.Enfin chez les enfants un peu plus âgés, euh... Bah.. c'est plus après la gestion au niveau... par exemple chez certains enfants il y a des choses qu'on peut réaliser en ambulatoire on se sent vite coincé et on les amène aux urgences alors qu'on pourrait finalement les gérer en ambulatoire. Par exemple la gastro-entérite où les vomissements s'ils ne prennent pas le SRO... sauf que finalement on se rend compte que les consignes n'ont pas été bien données aux parents, pas de la bonne façon... par exemple ils leur donnent trop d'un coup du coup l'enfant se remet à vomir tout de suite.... ben voilà il y a des techniques comme ajouter un peu de sirop s'il ne trouvent ça pas bon etc... il y a des choses en ambulatoire que j'ai appris que certains praticiens faisaient et que l'on pouvait même en rappelant la famille voir comment ça évolue et ça rassurait les parents, et de se dire qu'on pouvait le faire en ambulatoire et pas envoyer directement aux urgences. Donc ça ça m'a permis aussi de savoir comment gérer certaines situations seulement en ambulatoire sans envoyer forcément aux urgences. Voilà... et puis après ce qui était pas mal en hospitalier c'était pour les adolescents on avait pas mal de pathologies un peu psychiatriques qui sont plus difficile à aborder en ambulatoire et qu'on ne voit pas forcément, qu'on ne recherche pas forcément et en hospitalier voir comme par exemple.... la crise suicidaire chez l'adolescent... beaucoup de situations de maltraitance... et puis... tout ce qui est anorexie et boulimie qu'on voit beaucoup plus en hospitalier qu'en ambulatoire... donc voilà.. de voir ça et aussi de pouvoir aller rechercher ça en ambulatoire parce que ce sont des choses qu'on aborde pas forcément... ces problèmes-là.

C2 : Comment ton stage était-il organisé ? Qu'en penses-tu ?

S12 : Donc l'organisation du stage c'était 3 mois en ambulatoire avec trois docteurs.. je me souviens même plus comment ma semaine était organisée... ça me paraît bizarre que je faisais

que 3 jours par semaine !! mais oui je crois que c'était ça je faisais 3 jours par semaine. J'ai aussi fait des stages un peu à côté genre je suis allé voir le gynécologue parce que les trois mois en ambulatoire c'était dans une polyclinique, il y avait les médecins avec aussi une pédiatre et une gynécologue donc je suis allé voir aussi en ambulatoire des consultations avec le gynécologue et aussi avec la pédiatre qui faisait que de l'ambulatoire. J'ai fait beaucoup de suivi d'enfants sains en ambulatoire et j'ai beaucoup vacciné avec elle, elle m'a laissé faire tous les vaccins des enfants donc c'était pas mal...comment bien gérer la vaccination chez certains enfants où ça paraît compliqué au début quand il se met à hurler, quand les parents sont stressés etc..Après j'ai fait trois mois à l'hôpital, là c'était du lundi au vendredi et les semaines variaient c'était entre hospitalier et le bip des urgences, on faisait des semaines où on avait le bip des urgences et des semaines où on était uniquement dans le service.

C2: du coup avec le bip des urgences vous étiez dans le service en même temps ?

S12: oui en fait le bip des urgences on avait le téléphone et les urgentistes nous appelleraient quand il y avait de la pédiatrie aux urgences entre 9h et 18h...donc en gros c'était nous qui voyons toute la pédiatrie qu'il y avait aux urgences de 9h à 18h et effectivement des fois quand il y avait pas d'enfant aux urgences dans ce cas-là on restait dans les services. Il y avait pas mal de courrier à faire...! il y avait de quoi s'occuper même si on était pas aux urgences.

C2: et du coup qu'est-ce que tu penses de cette organisation ?

S12: ben.. j'ai trouvé ça pas mal de faire comme ça 3 mois 3 mois pour pouvoir quand même prendre ses marques voilà ses repères... et de pouvoir être à l'aise avec les équipes sans changer tous les jours d'endroit ou de stage. c'était un avantage de faire comme ça 3 mois en ambulatoire et 3 mois à l'hôpital. 3 mois c'est parfait, c'est ni trop court ni trop long on a le temps de prendre ses marques et de progresser et en même temps à la fin on est pas lassé, on change de stage donc c'est un nouveau départ et à nouveau on apprend d'autres choses. J'ai trouvé ça intéressant que ce soit organisé comme ça.

C2 : Comment s'est passé ta transition entre les deux périodes ?

S12 : La transition s'est bien passée parce que euh... donc moi j'ai d'abord commencé par l'ambulatoire donc euh... quand je suis arrivée après à l'hôpital les médecins étaient au courant qu'on arrivait et qu'on était nouveau donc c'était comme un nouveau départ d'un stage de 6 mois en faite... j'ai pas trouvé ça difficile tout le monde était au courant et en même temps c'était assez motivant de changer d'endroit...

C2: tu n'as pas eu du mal avec les logiciels ? L'organisation du service ?

S12: ben... on s'adapte comme à chaque fois et j'ai pas trouvé ça trop difficile.. je trouve que les médecins qui nous accueillait à l'hôpital étaient au courant... c'est vrai qu'on est arrivé dans une période à l'hiver où il y avait beaucoup de monde en pédiatrie à l'hôpital mais les médecins ont su s'adapter, ils ont été patient, nous montré les logiciels, ils nous ont bien accompagné et bien accueilli au début du stage donc je trouve que ça s'est bien passé.

C2 : Quels ont été les inconvénients à ce type de stage selon toi ?

S12 : Les inconvénients j'ai trouvé c'est plus la partie ambulatoire... parce que c'est un stage validant en pédiatrie et gynécologie et moi j'ai pas trop fait de gynécologie donc je trouve ça dommage parce que je l'ai validé alors que j'en ai pas du tout fait parce que mes praticiens ne faisaient pas du tout de gynécologie...ça c'était pas clair au début et ça devrait être un stage validant pour la pédiatrie et pas pour la gynécologie parce qu'on en fait pas. Donc ça c'est un inconvénient sauf pour ceux qui ne veulent pas faire de gynécologie... mais moi j'aurais bien voulu en faire...

L'autre inconvénient c'était que l'organisation au cabinet était un peu difficile... en gros pour les consultations il n'avait pas de secrétariat. Fin si.. doctolib à distance.. du coup quand elles devaient nous mettre des consultations, les secrétaires essayaient de nous mettre de la pédiatrie mais c'était pas toujours évident et du coup j'ai pas fait tant de pédiatrie que ça que j'aurais voulu... souvent les médecins généralistes voyaient des enfants, de la pédiatrie et finalement sur mon planning c'était pas noté, c'était pas à moi de les voir..

C2: parce que tu avais ton cabinet où tu consultais toute seule c'est ça ?

S12: oui j'avais mon cabinet toute seule et j'avais mon emploi du temps sur doctolib avec mes plages horaires. Donc en gros j'étais toute seule avec mes consultations. Il l'avaient dit au secrétaires mais qui étaient à distance donc c'est toujours plus difficile parce que c'était jamais les mêmes secrétaires au téléphone... c'est une organisation qui se fait à distance... donc les secrétaires ne se passaient pas forcément le mot entre elles en disant qu'il faut absolument mettre que de la pédiatrie sur mon planning...donc finalement je me retrouvais avec de la médecine générale et des fois pas du tout de pédiatrie alors que le médecin à côté en voyait ! donc c'était un peu mal fait cette organisation. Je faisais un peu une sorte de SASPAS orienté pédiatrie mais il n'y avait pas que ça donc voilà un peu dommage pour l'organisation du planning... À l'hôpital les inconvénients sont plus de l'ordre organisationnelle de l'hôpital, il y a un problème d'organisation au niveau des biologies... il impriment toutes les biologies et c'est à nous l'interne d'aller ranger les biologies dans les classeurs donc on faisait beaucoup de paperasse, du travail de secrétaire.. c'est un gros point négatif.. l'autre inconvénient c'était que des fois on devait un peu suivre le médecin lors de la visite et qu'il nous laissait pas beaucoup faire les examens cliniques.. on était des fois un peu comme l'externe avec des missions à faire et finalement c'était pas nous en première ligne... mais ça c'était avec certains médecins.

C2 : Quels ont été les avantages à ce type de stage selon toi ?

S12 : Les avantages euh... du coup en ambulatoire c'était que les praticiens étaient vraiment... fin voulaient vraiment nous apprendre plein de choses, ils étaient motivés et chaleureux, l'accueil était vraiment génial l'ambiance c'était super. Après le fait qu'on ait notre salle de consultation à nous, notre planning, c'était quand même agréable dans le sens où on était autonome. J'avais mes consultations, j'avais un temps de 30 minutes par consultation donc j'avais vraiment le temps et les médecins étaient très accessibles si j'avais un soucis, ils étaient toujours disponible. Un autre avantage aussi c'était que c'était 3 jours par semaine! on avait du temps libre et du coup à chaque fois qu'on va travailler on est motivé. ça c'était super. En hospitalier les avantages c'était l'organisation du stage, de faire à la fois du service et à la fois des urgences. Et puis l'accueil aussi était super..... ...

C2: tu as d'autres choses à rajouter ?

S12 : non

C2 : As-tu des propositions particulières ou des idées qui permettraient d'optimiser ce stage ?

S12 : Ce qui permettrait d'optimiser le stage c'est plus en ambulatoire au niveau de l'emploi du temps...d'essayer je sais pas par quel moyen mettre plus de pédiatrie.. que dès qu'il y ait une consultation de pédiatrie que ce soit pour l'interne systématiquement..

Au niveau hospitalier ce qui serait pas mal c'est de faire aussi un peu les suivis à la maternité dès qu'ils sortent, les premiers examens cliniques.. on est pas du tout allé avec le pédiatre pour les examens en maternité. On n'avait pas le temps d'y aller donc c'était un peu dommage dans le sens où on nous invitait pas à y aller et on n'avait pas forcément le temps d'y aller.

Aussi le fait en ambulatoire de suivre une pédiatre ça pourrait être bien. parce que finalement ça ressemble beaucoup à de la médecine générale et moi j'ai trouvé ça intéressant d'aller voir une pédiatre en ville.

C2 : Penses-tu avoir vu beaucoup de pédiatrie lors de ton stage ambulatoire ?

S12 : Je ne pense pas avoir vu autant de pédiatrie que j'aurais voulu. environ 50 % j'ai l'impression que c'était un peu moitié-moitié

Gynéco 0

C2: d'autres choses à rajouter ?

S12 : Non

## 6.21. ANNEXE 13 – ENTRETIEN 13 (C2 = chercheur 2, S13= sujet 13)

C2: Que penses-tu de l'apport de ton stage pédiatrie mixte hospitalier et ambulatoire dans ton cursus ?

S13 : Bah.. C'est un apport intéressant pour la médecine générale et surtout pour le suivi en faite, pour le suivi des nourrissons parce qu'on voit beaucoup de nourrissons. Moi j'en ai eu beaucoup quand même... que ce soit des nourrissons de une semaine de vie jusqu'à .. surtout la première année de vie. J'avais à peu près 5 à 6 bébés par jour en plus des consultations d'urgence. Et puis après du coup on a bien utilisé les mallettes avec le Senory test surtout pour les 9 mois, celle des 4 ans un peu moins, celle des 6 ans j'ai dû la faire qu'une fois parce qu'il est super long et les praticiens ne l'utilisaient pas trop. Donc après c'est bien pour avoir les réflexes quoi, pour être systématique et faire toujours le même examen clinique. Et puis après les consultations d'urgence en ambulatoire c'est comme aux urgences pédiatrique... em.. rien de fofou mais au moins tu sais quand adresser aux urgences pédiatriques. Moi j'avais deux prat à \*\*\* juste à côté de l'hôpital donc c'était assez facile. Mais au final j'en ai adressé que trois aux urgences, qui sont après resté hospitalisé mais euh... au final je pense que les enfants vraiment grave ils vont directement aux urgences. Donc en ambulatoire ça reste quand même de la médecine générale.

De toute façon tu veux que je parle que de l'ambulatoire la non ?

C2: non non la question porte sur tout le stage !

S13 : D'accord alors... qu'est-ce que ça m'a apporté... bah si que ça m'a apporté c'est surtout pour les réflexes et être systématique.

Moi le gros point positif pour moi c'est qu'en ambulatoire on a plus de temps et que du coup j'ai pu aller voir pas mal de paramédicaux. Genre il y a des kinés qui s'appellent « \*\*\* » à coté qui font que de la pédiatrie, après j'ai vu une ostéopathe qui était dans la maison médical qui faisait que de la pédiatrie, orthophoniste, psychomotricienne, au CAMPS, avec des pédiatres aussi de l'hôpital. Vu que les pédiatres de l'hôpital font certaines choses en ville ça permet de

faire des connexions aussi, que ce soit plus simple , euh... Sage-femme je n'ai pas eu le temps.. une gynéco j'ai fait 2 fois..

Par contre de la gynéco je n'en ai pas fait beaucoup... après ça passe vite 3 mois.. J'avais une prat qui allait 2 fois par semaine au planning familial et en orthogénie. J'ai vu surtout des IVG par aspiration et aussi des IVG médicamenteuse en ambulatoire avec elle.

Em... bon après c'est endroit-dépendant.. Ici à \*\*\* je sais que j'ai été un peu déçue parce que le premier jour à l'hôpital on a été froidement accueilli, aussi parce que ça ne s'était pas bien passé le semestre d'avant du coup ils étaient assez..froid. Du coup, pour ceux qui étaient en ambulatoire, on a eu l'impression d'être puni quoi... Un peu l'impression d'être pris pour ceux qui ne voulaient pas en « foutre lourd ».. ouai... parce que nous l'idéal ça aurait été au moins de faire un roulement et direct ils nous ont dit « bah non c'est 3 mois dans le même secteur » donc forcément on voulait tous aller aux urgences pédiatrique ..donc on a dû tirer au sort.. et oui après j'étais aux nourrissons ça me dérange pas j'aime bien la pédiatrie mais... je reste un peu sur ma faim sur ce stage quoi.

C2: tu aurais voulu passer plus de temps aux urgences ..

S13 : Ouai, après même s'il y avait au moins une garde par semaine, au final le soir tu es crevé et ce n'est pas le même apprentissage qu'en journée. Parce qu'il y a tellement un gros flux que bah les debriefs sur les dossiers c'était très vite fait quoi... Je pense que ceux qui passaient en journée aux urgences apprenaient beaucoup plus de trucs... et puis quand t'es en garde t'es claqué donc pas non plus hyper réceptif...tu es plus en mode automatique !

Et du coup 3 mois de bronchiolite euh.. c'était long ! « rire » Ouai, c'était surtout 1 pathologie !

Donc un peu déçue sur le stage hospitalier, ouai déçu quoi... parce que pourtant on leur a dit plusieurs fois qu'il fallait tourner au moins une fois pour voir des choses différentes.. mais ce qu'ils ont avancé était que les infirmières allaient avoir du mal à s'adapter si on changeait tous les mois... Donc l'organisation était décevante.. parce que à \*\*\* ça se passait pas comme ça... du coup ouai je trouve que 3 mois à l'hôpital c'est pas suffisant quand tu fais juste ça, quand tu

fais que un secteur... les urgences ont plus d'intérêt pour la médecine générale...après en secteur tu vois l'évolution, voir quand ils le font sortir etc donc ça a quand même un intérêt mais... je trouve qu'il faut vraiment avoir les deux ; et les services et les urgences. Bon y en a qui disent que les gardes ça suffit parce que y'en a beaucoup mais.. moi je trouve pas. Je trouve qu'il faut avoir les deux et que les urgences ped c'est indispensable.

Voilà... ce que ça m'a apporté en ambulatoire je pense que je l'ai dit à peu près...

Après au niveau gynéco... ça c'est un peu le point négatif aussi parce que je faisais beaucoup plus de la ped. Il y avait juste une prat qui en faisait beaucoup donc on faisait au moins 1 à 2 examen gynéco par jour au minimum... avec surtout des frottis.. implant j'en ai vu enlevé qu'une fois, j'en ai jamais vu posé, j'ai retiré un seul DIU et jamais posé, je n'ai quasiment pas fait de suivi de femme enceinte non plus ...donc c'est limite. J'ai eu une seule consultation de déclaration de grossesse. Donc clairement ça ne suffit pas non plus... après on ne peut pas tout faire...

Et l'organisation en ambulatoire est Prat dépendant. J'en avais deux dans un cabinet médical et avec elles j'étais quasiment comme un SASPAS dès le début sauf dans les suivis du nourrisson ou les parents veulent avoir leur médecin à côté. Sinon pendant les consultations de médecine générale des prat moi j'étais à côté dans un autre cabinet à faire des consultations de pédiatrie. Du coup la bas je faisais quasiment que de la ped..je faisais trois quarts de pédiatrie dans la journée.

L'intérêt du stage pour moi c'est que ça a dégagé pas mal de temps en ambulatoire pour approfondir les sujets ou j'avais plus des lacunes ou des sujets ou tu voulais t'investir un peu plus... Parce que du coup ça permettait d'aller en consultation de pédiatrie un peu plus spécialisé.. à l'hôpital ce que tu n'avais pas le temps de faire quand tu étais en hospitalier. Ah oui je suis allé aussi euh... j'avais une de mes prat qui était médecin de crèche du coup j'ai vu ce que c'était... voilà.

C2 : Quelles sont les raisons pour lesquelles tu as choisi ce stage ?

S13: Bah parce que c'était nouveau, je voulais essayer. Et puis de base je ne suis pas très fan de gynécologie et je savais que les stages de gynécologie n'étaient pas très bien notés donc j'avais pas envie de faire 6 mois de gynécologie l'année prochaine... pour faire que du bloc ce qui nous apporte rien. Donc ouai c'était un peu pour tenter quoi... et vu qu'on savait pas comment ça allait être aménagé l'année prochaine... vu qu'on est un peu la promo test, on sait pas trop comment ça va se passer d'une année sur l'autre...

C2 : Quels sont les domaines, en pédiatrie, dans lesquels tu penses avoir progressé au cours de ton stage ?

S13 : Je ne sais pas. J'ai pas vraiment l'impression d'avoir progressé ! « rire » Aussi parce que en UPL j'en faisais déjà pas mal en faite... Et durant l'externat j'étais passé deux fois en stage de pédiatrie donc j'ai l'habitude de la pédiatrie.

J'ai peut-être appris plus à manipuler les enfants pour les déshabiller etc, je suis plus à l'aise au niveau de l'examen clinique du nourrisson em... et puis du coup c'est la même chose chez le pat... ouai plus l'examen clinique du nourrisson et puis ... ouai c'est tout !

C2 : donc tu n'as pas appris grand-chose vu qu'avant en UPL tu en avais déjà vu beaucoup c'est ça ?

S13 : Ouai c'est ça ...

Après à l'hôpital aux nourrissons, en période hivernale, c'était toujours la même pathologie : la bronchiolite ! Tu apprends les deux premiers jours et après c'est fini!

C'est bien pour voir les signes de gravité de la bronchiolite, savoir quand mettre sous Optiflo, quand est-ce qu'il faut envoyer en réanimation...

C2: ok et chez le prat ? oui donc tu as dit suivi, manipulation du nourrisson... pas grand-chose d'autre ? tout ce qui est aigu tu savais déjà ?

S13 : Oui..

C2 : ok..

S13 : Bon après c'est peut-être plus l'expérience ou tu enchaines plus vite je sais pas...

C2: et chez les grand enfants ?

S13 : Ben ... je sais pas...

Chez les grands enfants c'est surtout les consultations parce que j'étais déjà habitué à la pédiatrie...

C2 : tu te sentais à l'aise ? tu en a vu beaucoup ?

S13 : Je me sens à l'aise avec. Mes consultations difficile sont celles avec les adolescents qui sont amenés par leurs parents et qui ne décroche pas un mot et les parents vont en salle d'attente... ou alors les parents viennent et il n'y a que eux qui parlent...et t'arrives pas à faire parler l'ado. Donc peut être plus parler à l'ado, savoir faire partir les parents... Il me reste peut-être des techniques de communication à apprendre. Parce que que ce soit chez le praticien ou aux urgences j'en ai pas vu tant que ça des adolescents je trouve... mais voilà..

C2: Comment ton stage était-il organisé ? Qu'en penses-tu ?

S13 : Les 3 premiers mois j'étais aux nourrissons avec au moins une garde par semaine aux urgences, et donc au moins 2 WE par mois. Les gardes n'étaient pas forcément bien réparties et parfois c'était difficile de suivre le rythme. Après c'est propre à chaque hôpital parce que à \*\*\* les staffs commencent à 9h donc tu ne sors pas de ta garde avant 10h... Quand tu ne dors pas de la nuit ça fait long...parce que nous on enchainait les gardes, fin on allait pas juste pour la garde, on bossait aussi la journée d'avant.

Après ce qui était dommage c'est qu'il n'y avait pas de traumatologie aux urgences.. mais y avait déjà pas mal de flux donc ce n'est peut-être pas plus mal !

Sinon aussi l'ambiance avec les pédiatres n'était pas top.. Aussi parce que c'est tendu entre elles, et aussi parce que au stage précédent ça ne s'était pas très bien passé... Mais sinon c'est un bon stage.

En service c'était bien parce que les infirmières nous apprennent aussi des choses. Le travail en équipe est sympa.

Côté ambulatoire un jour à \*\*\* et 2 jours à \*\*\* et une journée chez un paramédicaux

C'était bien comme ça. C'était bien avec 2 d'être rapidement autonome et on débriefait assez souvent.

Les prat faisaient vraiment des efforts pour que j'ai que de la pédiatrie ou de la gynécologie donc ça c'était top. La secrétaire était aussi au taquet pour me mettre toutes les urgences pédiatriques, sur les créneaux où les prat avaient de la médecine générale. C'était bien d'avoir une salle de consultation à côté.

Au départ c'était en semi-actif et puis elles m'ont laissé autonome rapidement.

Il y en a une autre, à \*\*\*, qui ne jouait pas trop le jeu parce qu'il y avait des journées où j'avais plus de la moitié de médecine générale alors qu'elle est réputé entre guillemet pour avoir beaucoup de pédiatrie ...et puis clairement elle m'a pris pour un SASPAS, voir remplaçant, à plusieurs reprises.

Elle me laissait seule dans sa salle de consultation et elle partait. Et en plus ce n'était pas de la pédiatrie, elle me laissait avec ses patients chroniques ! Donc c'était assez énervant...Elle ne faisait pas trop d'efforts quoi ..

C2 : Que penses-tu du format de stage en 3 mois ?

S13 : 3 mois c'est trop court, c'est bien en ambulatoire mais pas en hospitalier.

J'aurais pu apprendre plus de choses en hospitalier.

C2: donc tu penses que tu aurais eu plus à apprendre en hospitalier mais tout à l'heure tu m'a dit que tu n'avais pas appris quand chose ! « rire »

S13 : Oui mais il y a aussi le fait que j'étais sur la période épidémique et donc j'ai vu quasiment que des bronchiolites... en hiver tu ne vois pas les mêmes choses qu'en été. Donc ça dépend de plusieurs paramètres aussi... si tu fais le stage en hiver et en pleine période épidémique... c'est pas suffisant je trouve, surtout quand on tourne pas dans les services...

C2 : Comment s'est passé ta transition entre les deux périodes ?

S13 : Facile ! du jour au lendemain c'était très facile, voir reposant.. vu que je suis passé de l'hôpital à l'ambulatoire. C'était plus reposant d'être en ambulatoire. Tu es plus à l'aise avec les médecins généralistes parce que les pédiatres sont plus stressés.

C2 : Quels ont été les inconvénients à ce type de stage selon toi ?

S13 : Quasiment pas de gynécologie donc ça sera compliqué de gérer des consultations de gynéco et surtout de femme enceinte par la suite.

Et puis bah...je trouve que 3 mois à l'hôpital ce n'est pas assez pour savoir gérer toute la pédiatrie, toutes les urgences et tout...tu n'en vois pas assez je trouve, parce que c'est vachement large la ped je trouve..

J'ai trouvé ça dommage qu'il n'y ait pas de turn over à l'hôpital mais ça c'est stage dépendant.

Ah oui un gros inconvénient à l'hôpital aussi c'était les courriers. Gros « foutage de gueule » !

Je ne trouve pas ça normal tu vois...On devait faire les courriers de tous les enfants qui passaient dans le service, même ceux que tu ne voyais pas, même ceux qui entraient / sortaient sur le week-end. Sachant qu'il y avait un gros turn over dans les services on avait au moins 6-7 courriers par jour, en plus de ceux du weekend à faire qui n'ont pas été fait le weekend... donc tu te les tape dans la semaine...Il n'y a même pas de liste, les secrétaire te déposent tous les dossiers dans le bureau. Ah non les secrétaire ne montent pas les dossiers c'est aux interne de les monter à l'étage ! L'ambiance était cool !! rire

L'après-midi tu ne voyais pas beaucoup d'enfants vu que tu passes ton temps devant l'ordi à faire les courriers. En plus on a pas le droit de les dicter il faut tout taper. Du coup c'était un peu tendu...et après avant la contre visite moi pour avoir l'impression que je faisais un peu de ped j'allais revoir tous les enfants donc après tu sors tard...Au niveau de l'organisation j'en ai pas parlé mais à l'hôpital le matin on faisait un tour avec le pédiatre, il y en avait au moins 1 par secteur. Donc c'était bien seniorisé au début, on voyait les patients avec le pédiatre et puis ensuite on était plus autonome. Le matin on était bien seniorisé et on parlait de chaque patient. Bon après ça dépend aussi des pédiatres... certaines qui te font confiance et d'autres qui veulent tout faire toute seules...

C2: Quels ont été les avantages à ce type de stage selon toi ?

S13 : Les avantages se portent surtout sur la partie ambulatoire, c'est bien de pouvoir souffler et d'avoir du temps à côté. Parce que je trouve qu'en hospitalisation on faisait beaucoup beaucoup d'heures, on sortait tard, plus les gardes c'était crevant. La bonne séniorisation à

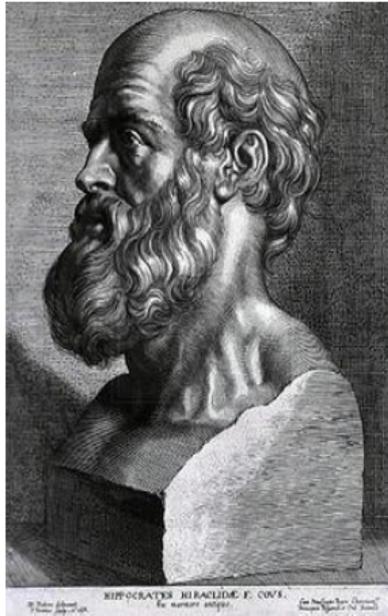
l'hôpital. Ce qui était bien aussi c'était d'avoir des cours le matin. L'avantage aussi en ambulatoire était d'apprendre à savoir à qui adresser un enfant, d'élargir un peu je pense sur les possibilités comme par exemple le CAMSP, je savais pas trop ce qu'ils faisaient etc et ça tu n'apprends pas trop ça à l'hôpital... Dans l'hypothèse où tu t'installes après dans le coin c'est bien aussi de savoir comment les gens bossent... tu sais à qui adresser. Et puis ça peut aussi être reproductible quand tu changes d'endroit. Et puis c'était plus varié en ambulatoire.

C2 : As-tu des propositions particulières ou des idées qui permettraient d'optimiser ce stage ?

S13 : Ce qui serait bien ce serait d'avoir au moins une gynéco en ambulatoire... mais du coup faudrait qu'ils acceptent de te laisser faire... plus dur vu que ça serait en libéral ... mais soit en ambulatoire soit à l'hôpital si les gynéco sont motivés et s'ils veulent bien nous laisser aller en consultation avec eux. Ou alors de faire un stage que en ambulatoire avec 3 mois de pédiatrie et 3 mois de gynécologie. Après hors des grandes villes je sais pas si il y en a beaucoup qui font que de la gynéco... après je sais que à Grenoble il y a des médecins généralistes qui une fois qu'ils ont passé le DIU gynécologie ne font quasiment que ça avec l'échographie et tout.. Sinon répartir les gardes sur 6 mois comme ça tout le monde en a un peu moins et ça nous stimule en ambulatoire.

C2 : Penses-tu avoir vu beaucoup de pédiatrie lors de ton stage ambulatoire ?

S13 : Du coup oui, au moins 3 quart des consultations étaient de la pédiatrie. Et pas beaucoup de gynécologie très peu ... même pas 1/10<sup>e</sup>...



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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 le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant 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 fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

**THÈSE SOUTENUE PAR : MASSOT Johanna CHAPEAU Victor**

**TITRE :** Exploration du ressenti des internes de médecine générale de la faculté de Grenoble sur leur stage pédiatrie mixte ambulatoire et hospitalier

**CONCLUSION :**

Le suivi de l'enfant est réalisé en ambulatoire, souvent par le médecin généraliste. Jusqu'ici la formation des internes de médecine générale était réalisée exclusivement en milieu hospitalier, donc peu adaptée à l'exercice des futurs professionnels. Dans la subdivision de Grenoble, des stages couplés hospitalier et ambulatoire ont vu le jour pour offrir une formation plus complète.

Le ressenti des internes ayant réalisé ces stages a été recueilli dans cette étude, pour en connaître les points positifs et négatifs afin d'en modifier ou pas le contenu et l'organisation. Pour explorer le ressenti, nous avons utilisé une méthode qualitative sous forme d'entretiens auprès de 13 internes ayant effectué ce stage au cours du même semestre.

Les résultats de ce travail et les données de la littérature nous permettent de mettre en avant l'intérêt des stages couplés dans le domaine de la santé de l'enfant. Ceux-ci sont pour les internes plus complets que des stages hospitaliers simples ou ambulatoires simples. L'hospitalier est adapté à un apprentissage de la pathologie et l'ambulatoire à un apprentissage du suivi de l'enfant sain.

La progression en ambulatoire est cependant conditionnée par le nombre d'enfants suivis en ambulatoire. Ce nombre apparaît en effet comme la principale limite du stage, intégrer des pédiatres ambulatoires permettrait d'y remédier et d'apporter d'avantages de connaissance à l'interne sur la pédiatrie de ville. En milieu hospitalier, c'est le volume de travail et la charge administrative freinent la progression pédagogique.

Selon notre travail et la bibliographie réalisée, un enseignement adapté au stage, et faisant intervenir ensemble des médecins généralistes et des pédiatres serait un atout pour l'apprentissage de l'interne.

Dans l'intérêt de la formation au suivi de l'enfant des internes de médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble, nous recommandons donc de favoriser le développement des stages couplés dans la subdivision. Des études quantitatives pourraient être menées afin de

conforter ces résultats et de chiffrer la progression au cours des différents types de stages proposés à travers les objectifs du CNGE représentés par les 11 familles de situations.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

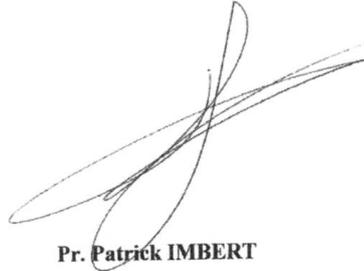
Grenoble, le : 8/06/16

**LE DOYEN**



**Pr. Patrice MORAND**

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**



**Pr. Patrick IMBERT**

Pour le Président  
et par délégation  
—  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND