



**HAL**  
open science

# La formation des internes de médecine générale en pédiatrie aux Antilles-Guyane

Morgane De Oliveira

► **To cite this version:**

Morgane De Oliveira. La formation des internes de médecine générale en pédiatrie aux Antilles-Guyane. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03204898

**HAL Id: dumas-03204898**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03204898v1>**

Submitted on 7 Nov 2023

**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.



# THÈSE

**La formation des internes de médecine générale en  
pédiatrie aux Antilles Guyane.**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine des Antilles et de la  
Guyane et examinée par les enseignants de la dite Faculté

Le 6 Septembre 2018

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine Générale

Par **Morgane DE OLIVEIRA**

Sous la direction du Dr Delphine DELTA

Examineurs de la thèse :

PRESIDENT DU JURY : Madame le Professeur HELENE PELAGE Jeannie

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur JANKY Eustase

Monsieur le Professeur KADHEL Philippe

**UNIVERSITE DES ANTILLES**

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

\*\*\*

**Président de l'Université : Eustase JANKY**  
**Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE**  
**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO**

**NEVIERE Rémi**

**Physiologie**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 0696 19 44 99

**Bruno HOEN**

**Maladies Infectieuses**  
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 15 45

**Pascal BLANCHET**

**Chirurgie Urologique**  
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

**André-Pierre UZEL**

**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie**  
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

**Pierre COUPPIE**

**Dermatologie**  
 CH de CAYENNE  
 Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

**Thierry DAVID**

**Ophtalmologie**  
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

**Suzy DUFLO**

**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale**  
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 93 46 16

**Eustase JANKY**

**Gynécologie-Obstétrique**  
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  
 Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

**DE BANDT Michel**

**Rhumatologie**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

**François ROQUES**

**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire**  
 CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Jean ROUDIE**

**Chirurgie Digestive**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 21 01  
 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Jean-Louis ROUVILLAIN**

**Chirurgie Orthopédique**  
 CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 28

**SAINTE-ROSE Christian**

**Neurochirurgie Pédiatrique**  
 CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 73 27 27

**André CABIE**

**Maladies Infectieuses**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 23 01

**Philippe CABRE**

**Neurologie**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 22 61

**Raymond CESAIRE**

**Bactériologie-Virologie-Hygiène option  
 virologie**  
 CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 11

**Sébastien BREUREC**

**Bactériologie & Vénérologie  
 Hygiène hospitalière**  
 CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

**Maryvonne DUEYMES-BODENES**

**Immunologie**  
 CH de CAYENNE

Tel : 05 96 55 24 24

**Régis DUVAUFERRIER**

**Radiologie et imagerie Médicale**  
 CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 84

**Annie LANNUZEL**

**Neurologie**  
 CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 14 13

**Louis JEHEL**

**Psychiatrie Adulte**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 20 44

**Mathieu NACHER**

**Epidémiologie**  
 CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

**Michel CARLES**

**Réanimation**  
 CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES  
 Tel : 05 90 89 17 74

**Magalie DEMAR-PIERRE**

**Parasitologie et Infectiologie**  
 CH de CAYENNE  
 Tel : 05 94 39 53 09

**Vincent MOLINIE**

**Anatomie Cytologie Pathologique**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

**Philippe KADHEL**

**Gynécologie-Obstétrique**  
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  
 Tel : 0690 39 56 28

**Jeannie HELENE-PELAGE**

**Médecine Générale**

Cabinet libéral au Gosier  
 Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

**MEJDOUBI Mehdi**

**Radiologie et Imagerie**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 0696 38 05 20

**VENISSAC Nicolas**

**Chirurgie Thoracique**  
**Et**  
**cardiovasculaire**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 0696 03 86 87

**DJOSSOU Félix**

**Maladies Infectieuses Et tropicales**  
 CH de CAYENNE

Tél : 0694 20 84 20

**Professeurs des Universités Associé**

**Karim FARID**

**Médecine Nucléaire**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 24 61

**MERLET Harold**

**Ophthalmologie**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tél : 0596 55 22 57

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

**Christophe DELIGNY**

**Gériatrie et biologie du vieillissement**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 22 55

**Jocelyn INAMO**

**Cardiologie**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84  
 38

**Franciane GANE-TROPLENT**

**Médecine générale**  
 Cabinet libéral les Abymes  
 Tel : 05 90 20 39 37

**Fritz-Line VELAYOUDOM épouse  
 CEPHISE**

**Endocrinologie**  
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 13 03

**Marie-Laure LALANNE-MISTRIH**

**Nutrition**  
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 13 00

**TABUE TEGUO Maturin**

**Médecine interne : Gériatrie et biologie  
 Du vieillissement**  
 CHU de POINTE- À -  
 PITRE/ABYMES  
 Tel : 0690 30 85 04

**Narcisse ELENGA**

**Pédiatrie**  
 CH de CAYENNE  
 Tel : 06 94 97  
 80 48

**GELU-SIMEON Moana**

**Gastroentérologie**  
 CHU de POINTE-A-  
 PITRE/ABYMES  
 Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84  
 38

**BACCINI Véronique**

**Hématologie, Transfusion**

CHU de POINTE-À-  
PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 89 12 77

**MASSE Franck**

**Médecine Générale**

Tel : 0596 56 13 23

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

**DARCHE Louis**

**Chirurgie Générale et  
Viscérale**

CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 21 01

**LEFEVRE Benjamin**

**Maladies**

**Infectieuses**

CHU de POINTE-A-PITRE  
Tel : 06 90 51 52 47

**BUTORI Pauline**

**ORL**

CHU de POINTE-A-PITRE  
Tel : 0590 89 14 50

**BONIFAY Timothée**

**Médecin Générale**

CHU de Cayenne Croix  
rouge

Tel : 06 90 99 99 11

**DURTETTE Charlotte**

**Médecine Interne**

CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 22 55

**RENARD Guillaume**

**Chirurgie**

**Orthopédique**

CHU de MARTINIQUE  
Tel : 06 96 26 27 33

**GUERIN Meggie**

**Parasitologie et Mycologie**

CH de CAYENNE  
Tel : 06 70 86 88 91

**SYLVESTRE Emmanuelle**

**Maladies Infectieuses**

CHU de MARTINIQUE  
Tel : 06 20 60 31 36

**POUY Sébastien**

**Cardiologie**

CHU de MARTINIQUE  
Tel : 06 66 44 56 15

**DEBBAGH Hassan**

**Urologie**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 0596 55 22 71

**HENNO Florent**

**Anesthésiologie/Réanimation**  
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
Tel : 06 37 85 15 28

**BANCEL Paul**

**ORL**  
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 93 46 16

**MONFORT Astrid**

**Cardiologie**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 23 72

**PARIS Eric**

**Réanimation**  
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES  
Tel : 05 94 39 53 39

**JEREMIE Jean-Marc**

**Psychiatrie**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 20 44

**TRAMIER Ambre**

**Gynécologie Obstétrique**  
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES  
Tel : 0590 89 19 89

**PIERRE-JUSTIN Aurélie**

**Neurologie**  
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 89 13 40

**MOUREAUX Clément**

**Urologie**  
CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 89 13 95

**CARPIN Jamila**

**Médecine Générale**  
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT  
Franciane  
Tel : 0690 72 12 04

**PLACIDE Axiane**

**Médecine Générale**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 0690 30 75 19

**NIEMETZKY Florence**

**Médecine Générale**  
CH de CAYENNE  
Tel : 0694 16 15 31



**BLAIZOT Romain**

**Dermatologie**  
CH de CAYENNE  
Tel : 0694 08 74 46

## TABLE DES MATIERES

<b>I. REMERCIEMENTS .....</b>	<b>10</b>
<b>II. GLOSSAIRE .....</b>	<b>12</b>
<b>III. RESUME .....</b>	<b>14</b>
<b>IV. ABSTRACT .....</b>	<b>15</b>
<b>V. INTRODUCTION .....</b>	<b>16</b>
A. Démographie .....	16
B. Formation de l'interne de Médecine Générale (IMG) théorique et pratique .....	18
a) Au niveau national .....	18
b) Aux Antilles-Guyane .....	19
C. La consultation pédiatrique généraliste vs pédiatrique .....	20
D. Intérêts d'une autre formation .....	22
<b>VI. MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>24</b>
A. Type d'étude .....	24
B. Population .....	24
a) Critères d'inclusion .....	24
b) Critères de non inclusion .....	24
C. Élaboration du questionnaire et méthode de recueil des données .....	24
D. Analyse statistique .....	26
E. Sondage auprès des pédiatres libéraux .....	27
<b>VII. RÉSULTATS .....</b>	<b>28</b>
A. Caractéristiques de la population .....	28
B. Formation pratique pendant l'internat .....	28
C. Lieu de stage .....	29
a) Stage de pédiatrie .....	29
b) SASPAS .....	30
c) Répartition du stage pédiatrie/gynécologie en fonction du lieu et du choix de stage effectué .....	31
D. Projet professionnel .....	32
E. État des lieux du ressenti des internes .....	32
a) L'examen clinique .....	32
b) Les différents dépistages .....	33
c) Les principaux motifs de consultation .....	34
d) Les documents administratifs .....	35
e) Les causes des difficultés ressenties par les IMG .....	36
F. Analyse .....	36
G. Pistes d'amélioration de la formation .....	38

	9
a) Formation théorique .....	38
b) Formation pratique .....	38
H. Sondage des pédiatres libéraux.....	39
<b>VIII.DISCUSSION .....</b>	<b>40</b>
A. Discussion.....	40
B. Limites et forces de l'étude.....	49
a) Les limites .....	49
b) Les forces.....	50
C. Ouverture.....	51
<b>IX. CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<b>X. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>54</b>
<b>XI. ANNEXES .....</b>	<b>59</b>

## I. REMERCIEMENTS

À l'issue de la rédaction de cette recherche, je suis convaincue que la thèse est loin d'être un travail solitaire. En effet, je n'aurais jamais pu réaliser ce travail doctoral sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifesté à l'égard de ma recherche m'ont permis de progresser.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont aidé pendant l'élaboration de ma thèse, notamment ma directrice le Docteur DELTA Delphine, pour son intérêt, son soutien, sa grande disponibilité, ses nombreux conseils durant la rédaction et toutes les heures qu'elle a pu consacrer à diriger cette recherche.

Je tiens à témoigner ma gratitude envers mes parents, DE OLIVEIRA Norbert et Aurore, pour leur soutien indéfectible, leur confiance, leur amour à toute épreuve tout au long de mes études et de mon travail de thèse.

À titre plus personnel, je remercie chaleureusement mon compagnon, BELIZAIRE Wilfrid, pour la patience, l'encouragement et la confiance qu'il m'a témoignée. Je tiens à le remercier surtout pour son soutien moral ininterrompu et ses nombreux conseils tout au long de ma thèse.

Ensuite, je remercie ma famille, ma sœur Charlène MICOL, son mari MICOL Maxime, et sa belle-famille Denis et Mireille MICOL, et tous ceux qui ont été présents de loin ou de près afin de mener à bien ce projet qui m'était cher, car leur soutien, leur aide, leur amour m'ont été bien utiles durant ma thèse.

Au terme de ce beau et long parcours, je remercie enfin celles et ceux qui me sont

chers et que j'ai quelque peu délaissés ces derniers mois pour achever cette thèse, DONAT Lynda, GALOU Maureen, KAULANJAN Kevin... Leurs attention et encouragement m'ont accompagnée tout au long de ces années.

Mais aussi un grand merci à Lola Dubreuil, une amie sans faille, laissée à Paris, mais toujours présente qui m'a été d'une grande aide pour ce travail.

Une mention spéciale au Dr ALLALI Meriem, pour son aide au cours de ce travail.

Mes vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à ma recherche en acceptant d'examiner mon travail, notamment et Pr HELENE-PELAGE qui me fait l'honneur d'être ma Présidente de jury, et aux internes de médecine générale qui ont répondu à mon questionnaire.

## II. GLOSSAIRE

**AG** : Antilles Guyane

**AMELI** : Assurance Maladie En Ligne

**CHBT** : Centre Hospitalier de la Basse Terre

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

**DESC** : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées

**DIU** : Diplôme Inter Universitaire

**DRESS** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère

**DROM** : Département, Région d'Outre-Mer

**ECN** : Examen Classant National

**HAS** : Haute Autorités de Santé

**IMG** : Interne de Médecine Générale

**INSEE** : Institut National de la Statistiques et des Études Économiques

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**ISNAR-IMG** : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

**MFME** : Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant

**MG** : Médecin Généraliste

**PAI** : Projet d'Accueil Individualisé

**PAP** : Pointe-à-Pitre

**PH** : Praticien Hospitalier

**PMI** : Protection Maternelle Infantile

**SLDUM** : Saint-Laurent du Maroni

**TCEM** : Troisième Cycle des Études Médicales

### III. RESUME

Introduction: Face à la pénurie de pédiatres, les médecins généralistes se retrouvent de plus en plus confrontés à la prise en charge des enfants. Les internes de médecine générale, futurs médecins de ville sont-ils préparés à cela ? L'objectif principal était d'établir un état des lieux concernant le ressenti des internes de médecine générale face à leurs compétences à prendre en charge les enfants et définir si la formation pédiatrique reçue était suffisante dans la maquette du DES de Médecine Générale.

Les objectifs secondaires étaient d'apprécier la formation qu'ils ont reçue aussi bien théorique que pratique et de recenser les capacités des pédiatres libéraux d'accueillir des IMG.

Matériels et méthodes: Étude descriptive, transversale, qualitative, multicentrique, réalisé aux Antilles Guyane, à l'aide d'un questionnaire à l'intention des internes de médecine générale des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> semestres. Le recueil a eu lieu du 7 au 20 mai 2017 via un questionnaire en ligne. Le critère de jugement principal était le degré de satisfaction de la formation des internes de médecine générale en pédiatrie. Un sondage complémentaire a été réalisé auprès des pédiatres libéraux afin de recenser leur possibilité à accueillir des internes.

Résultats: Cinquante-deux internes (80%) ont répondu parmi les 65 inscrits pour l'année 2016-2017 en TCEM 3. Parmi ceux-ci, seuls 49 questionnaires (75%) ont été analysés. Soixante-neuf pour cent des IMG se sentent prêts à effectuer de la pédiatrie en cabinet. Pour le stage de 6 mois de pédiatrie, le SASPAS, et le projet professionnel de médecine générale libérale il est retrouvé une meilleure satisfaction de la formation de façon statistiquement significative avec respectivement  $p=0.012$ ,  $p=0.043$ ,  $p=0.008$ . Augmenter le nombre de cours en pédiatrie des IMG participerait à améliorer la formation théorique pour 84% des IMG. Concernant la formation pratique, près de la moitié des internes proposaient de réaliser un stage en pédiatrie libérale en PMI ou urgences pédiatriques durant 6 mois. A contrario seuls 2% d'entre eux proposaient des consultations pédiatriques. Un tiers des pédiatres libéraux aux Antilles Guyane seraient prêts à recevoir des IMG.

Discussion: Près de deux tiers (69%) des internes se sentent prêts à effectuer de la pédiatrie en cabinet. Les SASPAS, un stage de pédiatrie de 6 mois et le projet de médecine générale libérale sont plus formateurs de façon significative. Mais il existe de nombreuses difficultés ressenties tant sur le plan théorique que pratique. Une redéfinition de la formation passant par l'établissement d'objectifs pédagogiques, une diversification des terrains de stage tout en individualisant les stages de pédiatrie et gynécologie permettraient d'améliorer la formation des internes. Quelques pistes en ce sens, sont en cours de réalisation.



## IV. ABSTRACT

### Introduction:

Faced with a shortage of paediatricians, more and more general practitioners find themselves responsible for nursing children. Are general practitioners-to-be prepared for this? The main objective of this thesis is to assess whether General Medicine students feel prepared about nursing children and whether the paediatrics training received in the General Medicine programme is sufficient. The secondary objective is to review the training they received, both theoretical and practical.

### Tools and methods:

Descriptive, prospective, qualitative, and multicentric study conducted in the Antilles-Guiana, using a questionnaire aiming General Medicine students, currently in their fifth and sixth semester of studies. Data collection took place between 7<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> May 2017, via an online survey. The main criteria assessed was General Medicine students' satisfaction towards the paediatrics training received. An additional survey was conducted amongst self-employed paediatricians to assess their ability to train General Medicine students.

### Results:

Sixty-five medical students in their third cycle of medical studies in 2016–2017 answered the survey. Sixty-nine percent of General Medicine students declare they feel ready to practise paediatrics activities in a surgery. The survey shows that the six months internship in paediatrics, outpatient care internship with supervised autonomy (SASPAS in French) and the self-employed General Medicine professional project allow for a significantly higher students' satisfaction about the training they received, with respectively  $p=0.012$ ,  $p=0.043$ ,  $p=0.008$ . Increasing the number of classes for General Medicine students would help improve the theoretical training received. As far as the practical training is concerned, the options suggested are: a more supervised internship, consultations and self-employed or emergency paediatrics activities over a period of six months. One-third of the self-employed paediatricians in the Antilles-Guiana area declare they would be keen on training General Medicine students.

### Discussion:

Two-thirds of the medical students feel ready to practise paediatrics activities in a surgery. Outpatient care internships with supervised autonomy (SASPAS in French), a six months internship in paediatrics and the self-employed General Medicine professional project are significantly more valuable trainings. But students feel a lot of challenges, both on the theoretical and practical sides. A redefinition of training by establishing educational objectives, diversifying internships while personalizing paediatrics and gynaecological internships would improve medical students' training. Some potential solutions are currently being explored.

## V. INTRODUCTION

---

La définition de la médecine générale est une définition complexe résumée par la WONCA Europe : « Les médecins généralistes-médecins de famille sont des spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. » (1). Le médecin généraliste est donc amené à voir des patients de 0 à 100 ans voire plus, présentant toutes sortes de pathologies. Au centre de la prise en charge de ces patients, il est souvent aussi leur premier recours, peu importe la gravité de la situation.

Les soins aux enfants font partie intégrante de ces fonctions. À l'heure actuelle, le suivi du nourrisson ne s'intègre pas dans le parcours de soin établi par la loi de santé de 2004 et les nourrissons n'ont pas de médecin traitant avant 2017. Toutefois, cela pourrait tendre à changer.

### A. Démographie

La densité moyenne des pédiatres libéraux diminue progressivement depuis 1995 et ils se répartissent de manière très inégale sur le territoire français, puisque 94 % d'entre eux exercent dans les pôles urbains. La PMI, quant à elle, ne couvre actuellement que 10 à 15 % de la population pédiatrique (2).

Le Projet de loi de santé présenté par Marisol Touraine le 15 octobre 2014 et voté par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015 renforce le débat. Dans ce projet de loi, la Ministre de la santé propose que les parents désignent un médecin traitant pour leurs enfants, qui pourrait être un pédiatre ou un médecin généraliste.

Au vu du contexte démographique actuel, le futur médecin généraliste apparaît être

un acteur incontournable dans la prise en charge de la santé des enfants.

Comme l'illustrent ces 3 études :

- En 2002, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) montre que seulement 5 % des enfants de moins de 3 ans sont vus par un pédiatre seul, 40 % par un médecin généraliste seul et 55 % par les deux. (3)
- Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) publiée en septembre 2007, la pédiatrie regroupe en moyenne 13 % des consultations de médecine générale. Quarante pour cent des enfants sont suivis exclusivement par un généraliste. (4)
- Pour ce qui est de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), en 2009, les médecins généralistes voient 80 % des enfants et adolescents (5).

On peut noter que la part du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants ne cesse d'augmenter au fur et à mesure des années. Plusieurs explications à ce phénomène :

- D'une part, la pénurie de pédiatres libéraux en est la principale explication. En 2017, pour un total de 7257 pédiatres, seulement 2385 exercent une activité en libéral ou mixte, soit 1/3, et 4862 sont salariés (6). Même si le nombre des médecins généralistes est stable malgré la hausse de la population, ils restent beaucoup plus nombreux que les pédiatres libéraux et permettent donc une offre de soins plus large. En effet, sur 90 363 médecins généralistes inscrits à l'Ordre au 1er janvier 2014, 52 760 soit 58 % exercent une activité libérale. A contrario, sur les 7008 pédiatres inscrits à l'Ordre, seuls 1744 soit 25 % ont une activité libérale (7) (8). Les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) n'échappent pas à cette problématique, où ils subsistent moins de pédiatres. Face à un nombre 40 à 42

pédiatres pour 100 000 enfants (9), les parents n'ont d'autres choix que de recourir aux médecins de famille ou encore aux urgences pédiatriques.

- D'autre part, la France apparaît comme le pays européen où la natalité est la plus élevée. Bien que les moins de 15 ans y représentent le quart, elle est néanmoins l'un des derniers pays européens pour le nombre de pédiatres par enfant (9).
- Par ailleurs, il existe de grandes disparités dans la densité pédiatrique ambulatoire avec une préférence pour les zones urbaines (9).
- Pour finir, l'activité pédiatrique se trouve être surchargée par la variabilité, l'abondance des demandes de soins, les conseils téléphoniques et les consultations en urgences (10).

## **B. Formation de l'interne de Médecine Générale (IMG) théorique et pratique**

### **a) Au niveau national**

La formation du médecin généraliste se veut globale avec une partie de celle-ci consacrée à la prise en charge des enfants. Les pédiatres ont quatre ans d'internat contre trois pour les médecins généralistes pour apprendre les spécificités de la pédiatrie.

En effet, dans la formation pratique de l'IMG avant l'année 2017, seul un semestre était obligatoire en pédiatrie et/ou gynécologie (11) versus 8 semestres pour les internes de pédiatrie (12). De ce fait, certains d'entre eux n'avaient jamais réalisé un stage de pédiatrie. Ils ne feront seulement que de la gynécologie du fait du nombre de postes insuffisants pour leur permettre à tous d'effectuer un stage en service de pédiatrie. La formation est consolidée par le stage chez le praticien niveau 1 et/ou 2, mais la part de la pédiatrie n'est pas la même chez tous les médecins généralistes.

Pour ce qui est de la théorie, il n'existe aucun paragraphe dans l'arrêté se référant à la pédiatrie pour les IMG (13). Ainsi, leur formation théorique est soumise à une organisation

interne propre à chaque faculté.

On peut alors se demander si la formation des médecins généralistes est suffisante pour exercer la pédiatrie ambulatoire. Tant sur le plan pratique que théorique elle semble peu adaptée à cet exercice, étant donné que le stage de pédiatrie n'est pas obligatoire pendant l'internat. Autre fait, étant effectuée essentiellement en milieu hospitalier, elle n'aborde pas les aspects et spécificités d'une activité ambulatoire.

Toutefois, l'interne peut parfaire cette formation par la réalisation d'un **SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé)** avant l'année 2017. Cependant, selon le médecin, la pratique de la pédiatrie peut varier selon la proportion de la patientèle pédiatrique. Il n'existe pas dans les arrêtés réglementaires de notion de cours de pédiatrie à dispenser aux internes de médecine générale alors que la majeure partie d'entre eux sont au contact avec 80 % des enfants. Pour illustrer ce fait, il n'existe pas de cours de médecine générale, à Saint-Étienne et Caen.

Il est indispensable de permettre aux internes en médecine générale d'accéder à une formation de qualité en pédiatrie générale, comme le montre dans son travail de thèse en 2009, Odile ANGOT (14).

#### **b) Aux Antilles-Guyane**

Pour ce qui est de la formation théorique, elle est limitée à 3 h de cours sur 3 ans. Il existe une demi-journée par an de cours théorique sur la pédiatrie dans le programme. Les IMG doivent y participer une seule fois sur leurs trois ans d'internat pour la valider. En ce qui concerne les stages pratiques, le nombre de postes effectifs ouverts pour la pédiatrie est de 15 sur tout le territoire et le nombre de postes qu'il est possible de faire en couplage 3 mois/3 mois est de 9, sachant que ces 9 postes peuvent être aussi des postes de gynécologie seule.

### C. La consultation pédiatrique généraliste vs pédiatrique

Les généralistes effectuent 61 % des consultations et visites délivrées aux enfants de moins d'un an (15). Les actes de prévention pédiatrique, chez les nourrissons de moins de deux ans, représentent, à l'heure actuelle, le tiers de l'activité pédiatrique en médecine générale, ce qui témoigne d'une forte implication des généralistes.

De plus, selon l'étude REMEDE de 2003 (16), les médecins généralistes du fait de leur nombre et de leur statut de médecins de famille sont souvent les premiers sollicités par les parents.

Les études sur les consultations de pédiatrie des généralistes permettent d'établir un état des lieux des pathologies les plus souvent rencontrées (17), ainsi que toutes les spécificités obligatoires (18) telles que le carnet de santé (19). De plus, le contenu et le temps dédié à ses consultations a été analysé et révèle un temps de consultation moyen de 15 minutes (20) souvent plus rapide que celui des autres spécialistes. Les médecins généralistes qui ont chacun des pratiques différentes sont au centre du suivi des nourrissons, enfants et adolescents, mais leur formation diffère de celle des pédiatres libéraux (21) bien que la médecine générale possède un large champ d'activité.

L'insuffisance de leur formation transparaît bien au travers des résultats de l'étude menée auprès des médecins sentinelles : dépistages incomplets, examens trop brefs (bien loin d'être poussés comme ceux des médecins scolaires qui, on l'a vu, consacrent actuellement de 20 à 70 minutes, et en moyenne 47,5 minutes, à chaque enfant lors du bilan de la 6<sup>e</sup> année).(4)

De façon plus générale et quel que soit le lieu de la pratique médicale, il est constaté que l'enregistrement des informations par le médecin dans le carnet de santé est lacunaire et que les certificats de santé sont dans la majorité des cas incomplets. Pourtant, il existe

une exigence réglementaire de surveillance épidémiologique à partir des données des examens et bilans de santé obligatoires. Le Code de la santé publique étant très explicite sur ce point, à travers l'article L. 2132-3 relatif à la transmission par le médecin généraliste des informations dans le respect du secret médical. L'examen de santé obligatoire donne lieu à un certificat adressé à la PMI à des fins de suivi statistique et épidémiologique qui transmet les données agrégées et personnelles anonymes au Ministère de la Santé.

Bien que la prise en charge globale des enfants, tant préventive que curative, est réalisée par les deux types de praticiens, il s'avère que les pédiatres ont réalisé 25,3 % d'actes en moins que les omnipraticiens. Dernièrement, la caisse nationale d'assurance maladie de travailleurs salariés a également constaté que « les prescriptions d'antibiotiques des généralistes pour les enfants d'un à six ans étaient plus importantes, une boîte d'antibiotique accompagnait une consultation ou visite sur deux. En revanche, les prescriptions des pédiatres étaient deux fois moins élevées, une boîte d'antibiotique n'étant prescrite que toutes les quatre consultations ou visites. » (22)

Étant donné leur spécialité, les pédiatres ont pu prendre en charge davantage de pathologies en ambulatoire (22). Ainsi, les enfants suivis par les pédiatres ont été moins souvent hospitalisés que les enfants suivis par les généralistes. Cependant, les maladies chroniques nécessitant une hospitalisation sont davantage prises en charge par les pédiatres. (22)

Une amélioration de la formation initiale, lors des études de médecine, est nécessaire, de même qu'une participation accrue des médecins généralistes à des activités de formation continue.

Il existe des aides et des supports pour les médecins généralistes et internes (23) : des formations complémentaires type diplômes universitaires de pédiatrie très divers, des sites internet comme [pediadoc.fr](http://pediadoc.fr) (24), des revues médicales, des groupes de pairs, des

formations continues. Ceci afin de permettre une harmonisation des pratiques cliniques face à un champ d'action très vaste et complet des consultations pédiatriques. En effet, quelque soit la tranche d'âge elles doivent assurer un rôle de surveillance, de prévention, de dépistage, d'éducation sanitaire des parents et de l'enfant, de conseils éducatifs tout en s'occupant des maladies aiguës comme chroniques, ce qui est la base de la consultation des pédiatres libéraux (25).

#### **D. Intérêts d'une autre formation**

Force est de constater la faiblesse de l'enseignement pédiatrique des médecins généralistes, durant leur cursus, à un mode d'exercice ambulatoire de la pédiatrie. En effet, la possibilité de se former en dehors du système hospitalier restant très limitée voire quasi inexistante.

Selon le rapport du Pr Sommelet : « Des progrès considérables ont été réalisés dans la médecine de soins avec une place croissante des pathologies graves, rares, chroniques ; ceci peut contribuer à un certain éclatement de la pédiatrie hospitalière en surspécialités et à une vision parfois parcellaire de la santé de l'enfant/adolescent. Les lieux de stages pratiques de formation, concentrés surtout dans les CHU, ne répondent que partiellement aux modes d'exercice libéral, communautaire, humanitaire. Il en résulte un défaut de formation en pédiatrie générale ». (26)

Par ailleurs, l'enfant est au centre des préoccupations depuis des années. En 2006, il devient la priorité du système de santé, et la promotion de leur prise en charge est faite en établissant des recommandations claires. (27)

L'objectif principal de cette thèse est d'établir un état des lieux concernant le ressenti des internes de médecine générale face à leurs capacités à prendre en charge les enfants



et définir si la formation pédiatrique reçue est suffisante dans la maquette du DES de Médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient d'apprécier la formation qu'ils ont reçue aussi bien théorique que pratique et de recenser les capacités des pédiatres libéraux d'accueillir des IMG.

## **VI. MATERIELS ET METHODES**

### **A. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, multicentrique, menée à l'aide d'un questionnaire pré-établi et concernant les internes de médecine générale des Antilles et de la Guyane menée en Guadeloupe.

### **B. Population**

#### **a) Critères d'inclusion**

Était inclus dans cette étude l'ensemble des 65 internes inscrits pour l'année 2016-2017 en TCEM 3 de médecine générale aux Antilles-Guyane. La liste des internes étaient issus de la liste officielle des inscrits à la faculté de médecine des Antilles Guyane. Il s'agissait des internes, quelque soit leur sexe, en dernière année d'internat, soit en 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> semestre. Ils devaient avoir réalisé au préalable leur stage validant de pédiatrie. Il s'agissait par ailleurs, de futurs omnipraticiens proches de commencer leur activité professionnelle en tant que médecin généraliste.

#### **b) Critères de non inclusion**

Les IMG:

- N'étant pas inscrit à la faculté de médecine des Antilles Guyane
- N'ayant pas encore réalisé leur stage de pédiatrie.

### **C. Élaboration du questionnaire et méthode de recueil des données**

Nous avons réalisé un auto questionnaire en raison de la facilité de réalisation,

d'envoi et de recueil des données. Les questions fermées, à choix multiples et/ou uniques, étaient privilégiées. Les questions ouvertes étaient limitées autant que possible ceci afin de faciliter le recueil de données.

Afin de répondre à nos objectifs, ce questionnaire a été structuré en trois grandes parties comportant au total 35 questions.

La première partie du questionnaire comprenait 8 questions concernant la formation en pédiatrie pendant l'externat et l'internat : lieu de stage, SASPAS. Cette partie se rapportait aussi au profil sociodémographique des IMG: âge, sexe, parentalité, projet professionnel. Une échelle de Likert a été utilisée afin de satisfaire au critère de jugement principal.

La deuxième partie questionnait les compétences des internes en 24 questions. En effet, était évaluées leurs difficultés à appréhender la pédiatrie en pratique. Ils répondaient durant cette partie à des questions à réponse simple sur leurs capacités à faire face aux situations les plus courantes de pédiatrie et expliquaient s'il s'agissait du manque de formation pratique et/ou théorique qui les mettaient en difficulté.

La troisième partie comportait 3 questions et interrogeait les améliorations possibles sur la formation théorique puis pratique.

Dans un premier temps, une première ébauche du questionnaire a été soumise à l'appréciation de :

- Ma directrice de thèse,
- La chef du service de pédiatrie du CHU de Pointe-à-Pitre (PAP)
- Un pédiatre du service de pédiatrie du CHU de PAP
- Des pédiatres libéraux

Puis secondairement, il a fait l'objet d'un pré-test auprès de 5 internes ayant terminé leur internat en 2017. Le but était d'apprécier sa lisibilité ainsi que sa compréhension ou de relever toute autre anomalie.

Au décours de ce pré test, nous avons apporté quelques modifications pour rendre le questionnaire accessible à tous.

Le questionnaire était anonyme et accompagné d'une information concernant l'objectif de la thèse. Nous l'avons diffusé via le mailing — List des internes et en s'aidant du principal réseau social Facebook.

Le recueil des réponses a été effectué du 07 mai au 20 mai 2017 via un questionnaire en ligne, grâce au logiciel WEBQUEST. Il a été adressé par mail aux internes inscrits aux Antilles – Guyane en DES de médecine générale pour l'année universitaire 2016-2017.

#### **D. Analyse statistique**

Les données du questionnaire ont été transférées dans un tableau Excel, une fois collectées.

Le traitement des résultats s'est fait sur l'ensemble des questionnaires recueillis.

Les variables qualitatives sont présentées sous forme d'effectifs et de fréquences.

Pour l'analyse des compétences des internes, nous avons réalisé des pourcentages en fonction des réponses binaires. Les comparaisons des satisfaits et non satisfaits ont été réalisées avec le test exact de FISHER, à l'aide d'un logiciel statistique en ligne BIOSTATGV pour l'analyse du critère de jugement principal. Une analyse en sous-groupe sera réalisée afin d'évaluer l'importance d'un stage de pédiatrie durant 6 mois comparativement aux deux autres stages.

Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

### **E. Sondage auprès des pédiatres libéraux**

Nous avons par la suite, recensé l'ensemble des pédiatres libéraux de notre territoire à l'aide du site AMELI.fr et des pages jaunes. Ensuite, au cours du mois d'août 2017, nous les avons sollicités par voie téléphonique, afin de recueillir leur avis sur la faisabilité d'avoir un IMG en stage pratique à leur cabinet dans le cadre de sa formation.

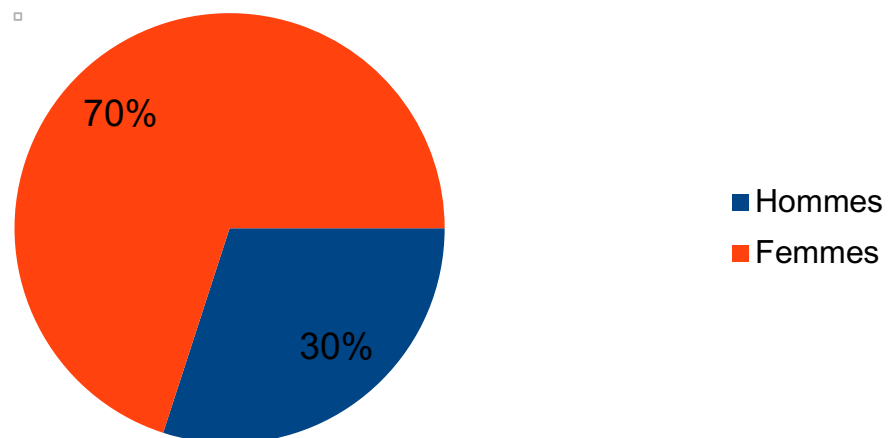
## VII. RÉSULTATS

Sur 65 questionnaires remis aux internes de médecine générale en dernière année, nous avons obtenu 52 réponses, soit un taux de 80 %. Trois questionnaires (5%) ont fait l'objet de critères d'exclusion, car les internes concernés n'avaient pas encore effectué leur stage en service de pédiatrie. Donc le nombre de questionnaire analysé fut de 49 (75%).

### A. Caractéristiques de la population

Parmi la population étudiée, on dénombrait 15 hommes (30 %) pour 34 femmes soit 70 % de la population. Le sexe-ratio était de 0,44.

Figure 1: Répartition des internes selon leur sexe



La tranche des 25-30 ans était la plus représentée à hauteur de 87 %. Cinq internes (10%) sont parents. Trente-neuf (80%) d'entre eux avaient effectué un stage de pédiatrie durant leur externat.

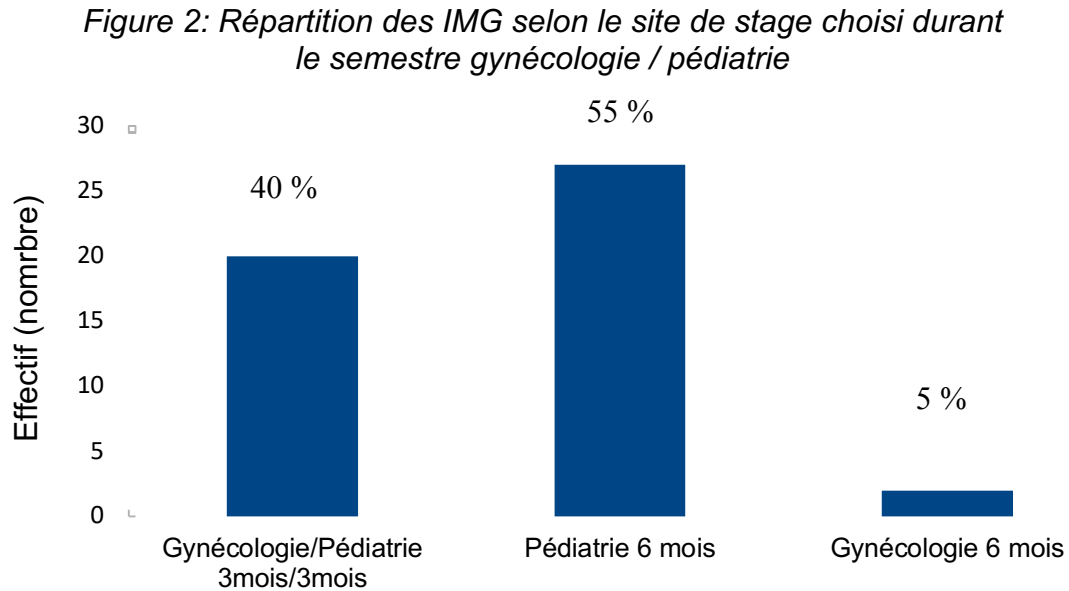
### B. Formation pratique pendant l'internat

Durant l'internat :

- 20 étudiants (40%) ont fait un stage de 3 mois/3 mois entre la gynécologie et le

service de pédiatrie, urgences comprises.

- 27 étudiants (55%) ont fait 6 mois exclusivement en service de pédiatrie.
- 2 étudiants (5%) ont fait 6 mois uniquement en gynécologie.
- 13 internes parmi les 49 (27%) ont fait un SASPAS.

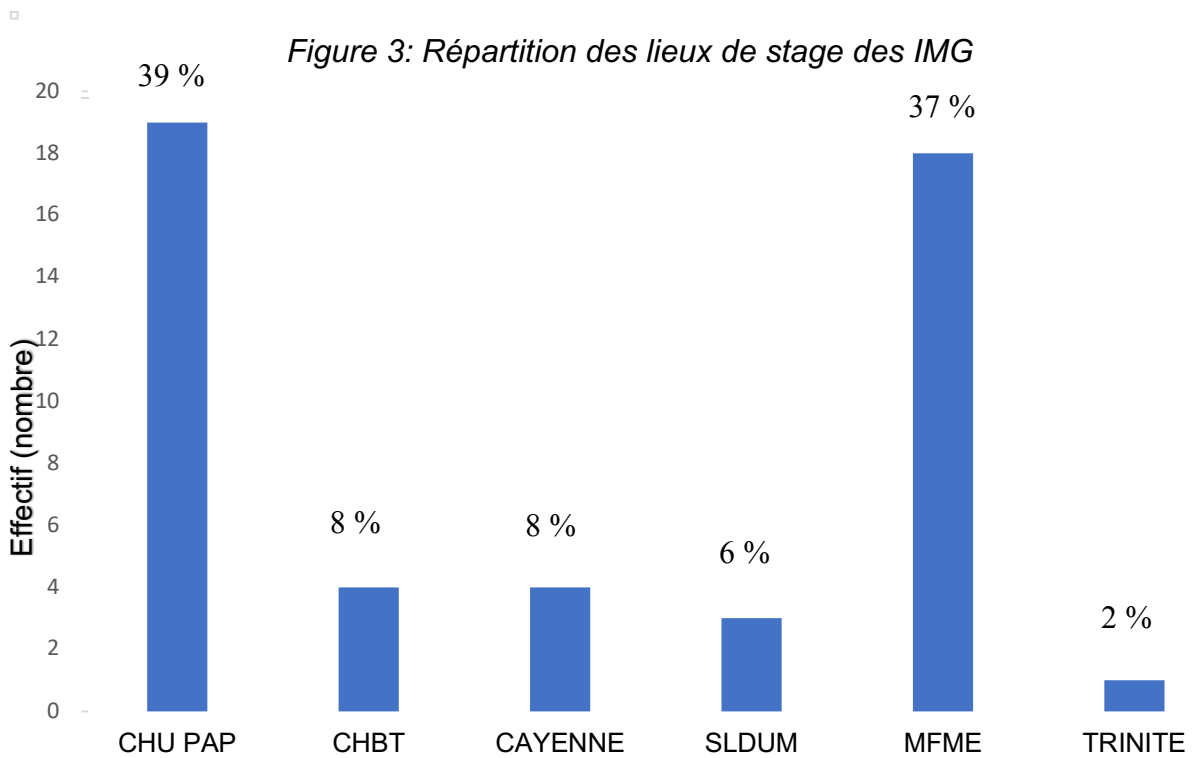


### C. Lieu de stage

#### a) Stage de pédiatrie

Au total, 19 internes (39%) ont effectué leur stage au CHU de Pointe-à-Pitre (CHU PAP). Quatre internes (8 %) au Centre Hospitalier de la Basse Terre (CHBT), ainsi qu'au Centre Hospitalier de Cayenne. Dix-huit internes (37 %) l'ont fait à la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant en Martinique (MFME), un (2%) au Centre de la Trinité, et 3 (6 %) à Saint-Laurent-du-Maroni (SLDUM).

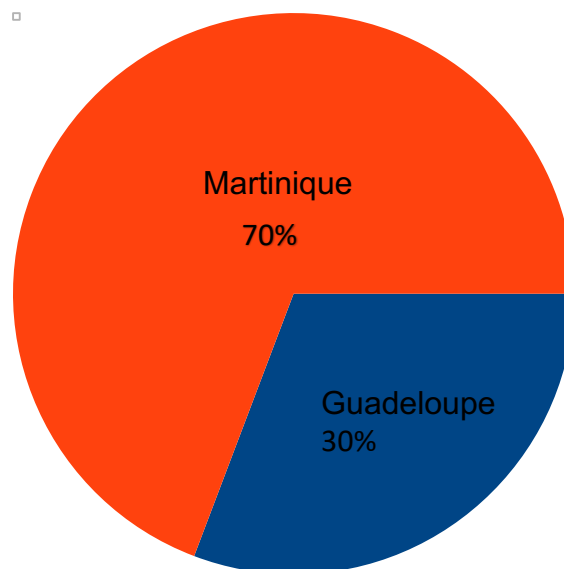
Plus de 70 % des internes ont effectué leur stage validant de pédiatrie dans un des CHU des Antilles.



**b) SASPAS**

Treize internes (27%) ont réalisé un SASPAS. Il n'y a eu aucun SASPAS en Guyane.

*Figure 4: Lieux des SASPAS des IMG aux Antilles Guyane*



Pour tous les SASPAS, les lieux de stage étaient au moins composés d'un stage chez le médecin généraliste. Pour 3 des 13 SASPAS (23%), les terrains de stage n'étaient



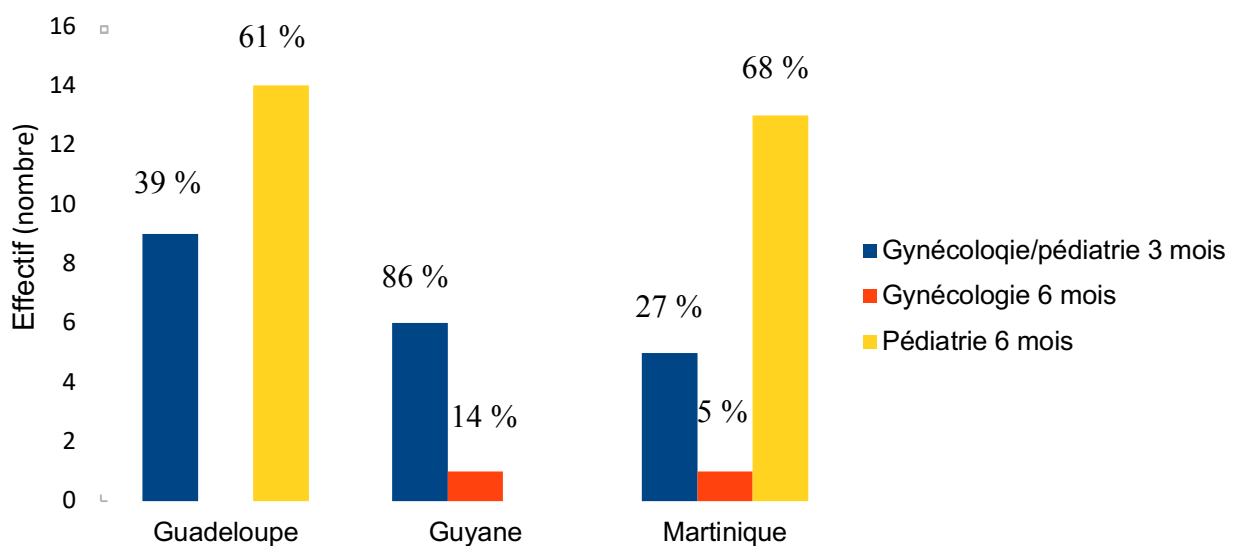
constitués que de médecine libérale.

**c) Répartition du stage pédiatrie/gynécologie en fonction du lieu et du choix de stage effectué**

Vingt-sept internes des Antilles Guyane ont effectué un stage de 6 mois en pédiatrie exclusivement soit 55 % de l'effectif des internes ayant répondu à l'enquête. De même, 20 internes (41%) ayant répondu à l'enquête ont effectué un stage partagé gynécologie/pédiatrie 3 mois/3 mois.

Sur les 65 IMG, ces valeurs représentent respectivement 41 % et 30 % de l'effectif total des IMG aux AG.

*Figure 5: Répartition des IMG selon le mode de stage et le département choisis.*

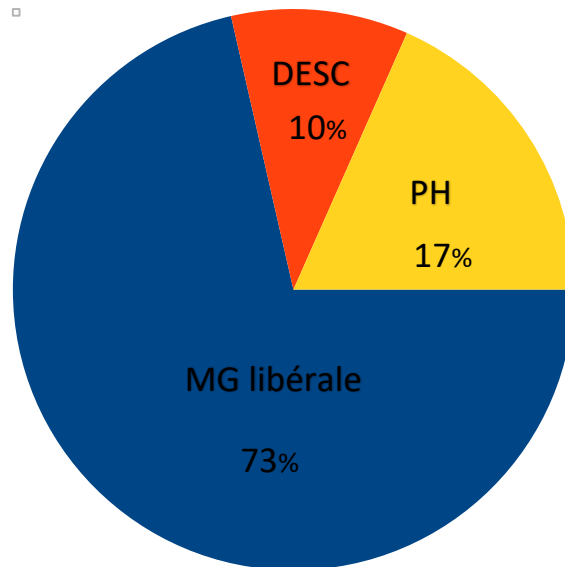


Un interne en Martinique et un en Guyane ont réalisé un stage de gynécologie exclusivement.

## D. Projet professionnel

La majeure partie des IMG (73%) s'oriente vers une pratique libérale de la médecine générale.

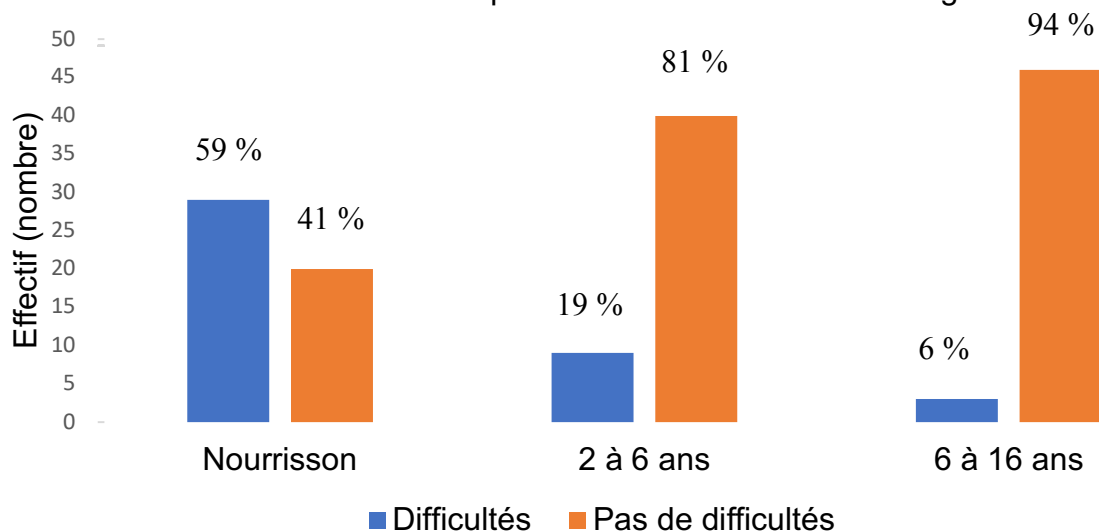
Figure 6 : Répartition de l'orientation professionnelle souhaitée en post internat des IMG



## E. État des lieux du ressenti des internes

### a) L'examen clinique

Figure 7 : Evaluation des difficultés ressenties par les IMG lors de l'examen clinique de l'enfant en fonction de l'âge



Vingt-neuf internes (59 %) éprouvent des difficultés à examiner un nourrisson contre 9 (19 %) pour l'examen du 2 à 6 ans.

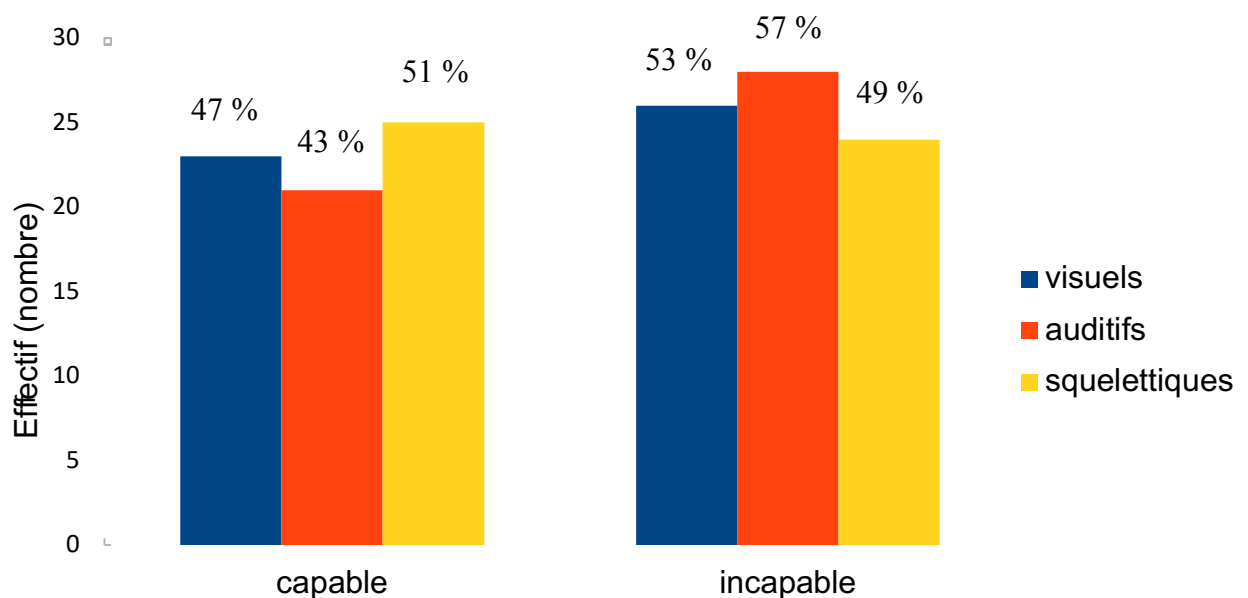
Les difficultés ressenties concernaient pour un interne le manque d'intérêt personnel, pour tous les autres il s'agit de manque de formation pratique et pour  $\frac{3}{4}$  d'entre eux d'un manque de formation théorique également.

### b) Les différents dépistages

Près de la moitié des internes se sentent capables de dépister les troubles visuels, les troubles auditifs et les troubles squelettiques. Un interne sur deux se sent capable d'effectuer ce dépistage au cabinet. Les difficultés ressenties étaient dues :

- À un manque de formation pratique pour 33 d'entre eux (67 %).
- À un manque de formation théorique pour 19 IMG (39 %).
- À un manque d'intérêt personnel pour 2 internes (4%).

Figure 8: Evaluation de l' aptitude de l'interne à réaliser les différents dépistages obligatoire de l'enfant



### c) Les principaux motifs de consultation

Les divers motifs, demandes et évaluations faites au cours d'une consultation ont été recensés.

Les principales difficultés rapportées lors d'une consultation ont été :

- La gestion des troubles de la relation mère/enfant (78 %).
- La gestion des pathologies graves (53 %).
- La gestion de la maltraitance (49 %).
- La délivrance de conseils sur l'alimentation de l'enfant (49 %).
- L'évaluation du développement psychomoteur (31 %).
- La gestion des troubles psychologiques (29 %).

Figure 9 : Recensement des diverses difficultés éprouvées par les IMG



Le manque de formation théorique et pratique pour plus de la moitié des internes est à l'origine des difficultés ressenties. Pour un seul interne (2%), il s'agit d'un manque d'intérêt

pour la pédiatrie.

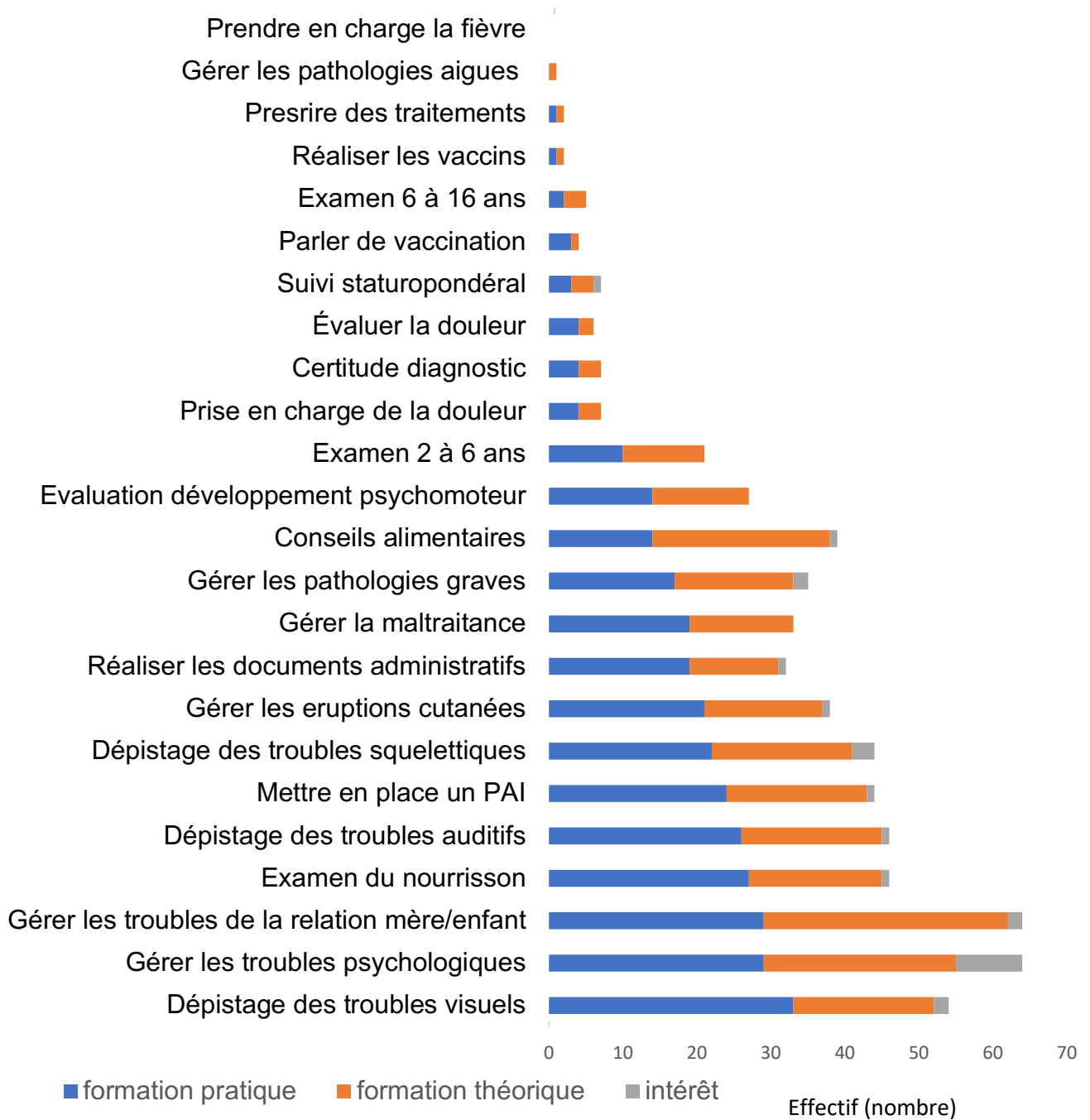
Pour ce qui est de la prise en charge et l'évaluation de la douleur, le suivi staturo-pondéral, la certitude diagnostique, les vaccinations, les pathologies aiguës, la prise en charge de la fièvre, et la prescription des traitements, moins de 5 % des IMG rencontrent des problèmes. Pour ces différentes tâches, les IMG se sentent aptes à les réaliser sans hésitation.

#### **d) Les documents administratifs**

La mise en place d'un PAI ainsi que l'établissement de document administratif pour la moitié d'entre eux entraînent une appréhension par manque de pratique (37 %), de théorie (24 %) et un défaut d'intérêt pour un interne.

### e) Les causes des difficultés ressenties par les IMG

Figure 10: Evaluation du manque de formation pratique, théorique ou du manque d'intérêt des IMG par rapport aux examens pédiatriques



### F. Analyse

Les treize SASPAS sont satisfaits de leur formation à 92 %, versus 52 % pour ceux n'ayant pas réalisé de SASPAS,  $p=0,043$ . Soit une différence statistiquement significative avec  $p<0,05$  pour le critère de jugement principal.

Figure 11 : Caractéristiques des internes de médecine générale

	Satisfait n (%)	Non satisfait n (%)	p
<b>Ensemble des internes</b>	34 (69%)	15 (31%)	
<b>Age</b>			
20-30 Ans	32(94%)	14 (93%)	
30-35 Ans	2 (6%)	1 (7%)	1
<b>Sexe</b>			
Homme	12 (35%)	3 (20%)	
Femme	22 (65%)	12 (80%)	0.336
<b>Parentalité</b>			
Oui	5 (15%)	0 (0%)	
Non	29 (85%)	15 (100%)	0.306
<b>Externat en Pédiatrie</b>			
Oui	27 (79%)	12 (80%)	
Non	7 (21%)	3 (20%)	1
<b>Stages</b>			
Pédiatrie 6 mois	23 (62%)	4 (40%)	
Gynécologie ou stage couplé	11 (38%)	11 (60%)	<b>0,012</b>
Pédiatrie 6mois	23 (62%)	4 (40%)	
Pédiatrie/gynécologie	11 (38%)	9 (47%)	<b>0,046</b>
Pédiatrie 6 mois	23 (62%)	4 (40%)	
Gynécologie 6 mois	0	2 (13%)	<b>0,037</b>
<b>SASPAS</b>			
Oui	12 (35%)	1 (7%)	
Non	22 (65%)	14 (93%)	<b>0,043</b>
<b>Projets professionnels</b>			
Médecin généraliste libéral	28 (82%)	8 (53%)	
Autres (DESC, PH...)	6 (18%)	7 (47%)	<b>0,008</b>

Les IMG en stage en pédiatrie pendant 6 mois sont satisfaits de leur formation contrairement

à ceux ayant effectué les autres types de stages pédiatriques, ceci de façon significative, avec  $p=0,012$ .

Une analyse en sous-groupe montre que les IMG en stage en pédiatrie pendant 6 mois sont satisfaits de leur formation à 62 %. Aucun des internes en stage en gynécologie pendant 6 mois n'était satisfait, soit une différence statistiquement significative avec  $p=0,037$ . Il en est de même pour le stage partagé pédiatrie/gynécologie avec  $p=0,046$ .

Pour 4 internes (8 %), leur stage d'internat ne leur a pas permis d'être à l'aise en pédiatrie. Les internes les plus satisfaits sont ceux s'orientant vers la médecine libérale avec une significativité statistique  $p=0,008$ .

## **G. Pistes d'amélioration de la formation**

### **a) Formation théorique**

Pour la majorité des internes (84%), les cours de pédiatrie du DES de Médecine générale sont jugés peu nombreux, souhaitant plus d'une demi-journée de cours pendant leur cursus.

Une participation ou encore une mutualisation des cours des internes de spécialité pédiatrique sur certains items du programme serait intéressante pour 24 internes (49 %). Vingt IMG (41 %) souhaiteraient participer à des groupes de pairs.

Une autre proposition faite par les internes seraient de réaliser un livret de pédiatrie auquel se référer pour les principales pathologies pédiatriques.

### **b) Formation pratique**

Les améliorations passent par :

- Un enseignement au lit du malade pour 2 %.
- Un encadrement durant les stages à vocation pédiatrique (2 %).



- Des consultations de pédiatrie obligatoires pendant les stages hospitaliers (2 %).
- L'obligation de stage aux urgences pédiatriques (2 %).

Par ailleurs, le passage par la PMI durant les stages ambulatoires semblerait nécessaire pour 49 % des internes. De même, le passage en stage de pédiatrie pendant 6 mois s'imposerait pour 45 % d'entre eux.

Pour 4 internes (8 %), le SASPAS devrait être obligatoire. Et pour 8 internes (16 %), il devrait l'être avec un stage de pédiatrie inclus.

#### **H. Sondage des pédiatres libéraux**

Trente-cinq pédiatres libéraux sont répertoriés sur les Antilles-Guyane. Suite à leurs interrogatoires téléphoniques réalisés au cours des trois dernières semaines du mois d'août 2017, il en ressort les données suivantes :

- 1/3 n'ont pas répondu.
- 1/3 sont prêts à recevoir des IMG en stage dans le cadre de leur formation pratique.
- 1/3 émettent leur désaccord, ou ne se prononcent pas.

## VIII. DISCUSSION

---

### A. Discussion

Les futurs médecins généralistes du fait de la pénurie des pédiatres ambulatoires et de la recrudescence de la natalité sont amenés à prendre de plus en plus en charge les nourrissons. Pour la plupart, la formation durant l'internat demeure incomplète. L'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux concernant le ressenti des internes de médecine générale face à leurs capacités à prendre en charge les enfants et définir si la formation pédiatrique reçue est suffisante dans la maquette du DES de Médecine générale.

Notre étude a permis de montrer que 2/3 des internes se sentaient aptes à prendre en charge les enfants cependant ils leur apparaissent que la formation pédiatrique dispensée pendant l'internat était insuffisante.

Parmi ceux-ci, les SASPAS éprouvent plus d'aisance avec la pédiatrie. Probablement, parce qu'ils sont plus en autonomie, et confrontés aux difficultés de prise en charge. Ce stage comble leurs lacunes avant d'être médecin libéral. Il est à noter que seulement 23% des internes ayant fait un SASPAS ont réalisé leur stage uniquement en ambulatoire. Ce qui semble paradoxal étant donné la définition même d'un SASPAS. Ceci peut s'expliquer par le fait que les terrains pour effectuer des SASPAS sont peu disponibles sur notre territoire, ce qui rend difficilement accessible la formation ambulatoire. Ces stages permettent pourtant une immersion réelle dans la pratique future, tout en approfondissant la formation théorico-pratique de l'exercice libéral, en étant encadré. Les internes ayant pu bénéficier de ces stages sont plus aptes et se sentent significativement plus à l'aise à prendre en charge des enfants.

Les inégalités de répartition sur le territoire de tous les stages sont telles que plus de  $\frac{3}{4}$  de ceux-ci sont en Guadeloupe et en Martinique. Pourtant, le nombre de naissances est

plus important en Guyane que dans les autres DOM, par conséquent, la population pédiatrique plus grande. En effet les derniers recensements INSEE de 2016 montrent :

- En Guyane : 259 865 habitants, avec 7270 naissances en augmentation. (30)
- En Guadeloupe : 397 990 habitants, avec 4653 naissances en diminution. (31)
- En Martinique : 380 877 habitants, avec 3782 naissances en diminution également. (32)

Il apparaît que la Guyane constitue le plus grand territoire, la plus grande population notamment pédiatrique et pourtant la moins dotée en terrain de stage. Ceci peut s'expliquer par le manque d'attractivité de la région Guyanaise comparativement aux deux autres départements.

Le territoire est divisé sur 3 zones géographiques différentes, très étendues, ce qui rend difficile l'harmonisation de la formation théorique et pratique.

Peu d'études sont réalisées sur notre territoire insulaire et leurs représentativités diffèrent de celles de métropole. Les problèmes démographiques déjà présents en France métropolitaine sont accentués aux Antilles Guyane, du fait de la disparité des territoires, de l'éloignement avec la métropole, rendant plus difficile le travail hospitalier et libéral. Il existe de ce fait une peur des futurs médecins généralistes de s'installer en ville, un manque de moyens et une difficulté de recours aux pédiatres après avoir vu les enfants en cabinet de médecine générale.

A titre de comparaison, la prise en charge pédiatrique dans les autres pays diffère selon les pays. Dans une étude de 2002, on peut voir se dessiner 3 modèles de soins en Europe (34) :

- La place du pédiatre est unique, il est le seul à prendre en charge les enfants (8).

C'est ainsi en Italie, où les pédiatres prennent en charge les enfants jusqu'à 6 ans, mais aussi en Grèce. En Espagne, les enfants sont systématiquement pris en charge par les pédiatres, pour 80 % d'entre eux dans des centres de santé et pour les autres, par des médecins libéraux honorés à l'acte. En Suisse, 90 % des enfants sont suivis par des pédiatres.

- Les pays où seuls les médecins généralistes suivent les enfants comme au Danemark, aux Pays-Bas. Au Royaume-Uni, la pédiatrie est uniquement hospitalière, les soins pédiatriques ambulatoires étant assurés par les médecins généralistes.
- Les pays où la prise en charge est partagée entre les deux spécialités comme la France, l'Allemagne, la Belgique. La faible densité de pédiatres en France oblige à une répartition différente de la prise en charge des enfants qui consultent aussi les médecins généralistes en premier recours. La place de la médecine libérale au centre du système de santé concourt à cette spécificité.

Aux États Unis, dans 60 % des cas les consultations pédiatriques sont assurées par les médecins généralistes. Le pédiatre intervient à la demande, pour des prises en charge de pathologies graves ou chroniques, relevant de la sur spécialisation. Il est alors au centre de la prise en charge. (35)

Les IMG ayant pour projet professionnel de s'installer en libéral se sentent plus aptes à effectuer de la pédiatrie. On peut penser qu'ils y voient plus d'intérêts que ceux qui s'orientent vers un DESC ou une pratique hospitalière du fait de leur futur mode d'exercice. Presque  $\frac{3}{4}$  des internes se destinent à la médecine générale libérale et pourtant sur 6 stages un seul est obligatoire en médecine libérale ce qui semble insuffisant pour la majorité des internes.

Il semblerait qu'une durée de stage en pédiatrie de 6 mois s'avère plus formatrice pour les IMG de façon statistiquement significative. En effet, 3 mois de stage paraissent insuffisants pour s'intégrer dans un service, se sentir à l'aise, en prendre les rouages, et acquérir tous les automatismes et connaissances pour l'exercice de la pédiatrie. Paradoxalement, on peut noter qu'en Europe, la durée de formation des médecins généralistes en pédiatrie est en moyenne de 4 mois (36).

Le fait d'avoir fait un externat en pédiatrie facilite la prise en charge des enfants, mais ceci ne ressort pas de façon significative. De même pour le fait d'être parent. Certes il y avait peu de parentalité dans l'étude, mais les 5 parents de la promotion sont satisfaits de leur formation. Celle-ci est facilitée par leur ressenti, sensibilité, face aux enfants ce qui biaise leur avis.

Dans notre étude, le taux de réponse est de 75 % avec une prédominance féminine à 70 %. Celle-ci s'explique par la féminisation de la profession (28). C'est ainsi que la Ministre de la Santé Agnès Buzyn en octobre 2017 déclarait que les femmes sont majoritaires à l'hôpital et en médecine générale et que 60 % des nouveaux inscrits à l'ordre des médecins sont des femmes (29). Mais le fait d'être une femme n'apporte pas plus de facilité, et ne sont pas plus satisfaites de leurs formations.

Les principales difficultés ressenties dans la formation sont : le manque de formation pratique, théorique, et le manque d'analyse de cas concrets difficiles.

Pour la formation pratique, 95 % des IMG réalisent tout ou une partie de leur stage en pédiatrie. Mais 5 % des internes font un stage de gynécologie exclusif, qui valide la formation en pédiatrie. Or durant ce stage, ils ne voient que très peu d'enfants puisqu'ils

sont pour la majeure partie postés aux urgences gynécologiques, et en suite de couches où ils ne réalisent pas non plus les examens des nouveau-nés. Ce stage n'est pas adapté à la formation pratique en pédiatrie ce qui ressort de façon significative au décours de notre étude. En effet, ce sont ces internes les moins à l'aise avec la pédiatrie.

Par conséquent, il faut donc repenser la place des stages validant la formation pédiatrique des IMG.

De plus, il s'agit du seul stage qu'il est possible de diviser en deux pour pratiquer la gynécologie pendant 3 mois, alors que les objectifs de stage des deux spécialités sont très différents, nombreux et difficiles à acquérir sur 3 mois seulement.

Bien que le nombre de poste des internes de pédiatrie sur l'ensemble du territoire français soit en augmentation, il s'avère que ce nombre de postes est inférieur aux Antilles Guyane en raison des capacités de stage limité.(2) Par conséquent, il existe moins de pédiatres formés sur notre territoire, ceci majore d'autant plus le recours aux médecins généralistes en première intention. De manière similaire, les capacités de stage de pédiatrie pour les internes de médecine générale aux Antilles Guyane n'augmentent pas non plus, alors que la formation des IMG en pédiatrie est nécessaire pour leur pratique future. De ce fait, certains internes ne passent pas par un service de pédiatrie ou d'urgences pédiatriques au cours de l'internat ce qui constitue un problème majeur dans leur formation.

D'autre part, les internes de DESC d'urgence sont obligés de faire 6 mois aux urgences pédiatriques ce qui laisse aux autres moins de postes pour ce stage de pédiatrie. Même si des postes dédiés aux internes de DESC devraient être ouverts pour ne pas empiéter sur les autres IMG, ce qui n'est en pratique pas fait.

A cela s'ajoute le problème de « sur spécialisation » de la pédiatrie hospitalière mais aussi ambulatoire (gastro-pédiatrie, neuro-pédiatrie, endocrino-pédiatrie...) qui ne permet plus un apprentissage de la pédiatrie générale. Ceci favorise alors le recours au médecin généraliste pour la prise en charge et le suivi des pathologies générales pédiatriques.

De plus, il existe un souhait des pédiatres de s'inscrire comme premier recours, mais ceci paraît difficilement compatible avec leur répartition très déséquilibrée au sein des territoires. Le médecin généraliste demeure donc le premier recours puis adresse l'enfant à un pédiatre si besoin. Les dépistages et le suivi des enfants les plus vulnérables, la participation aux prises en charge médico-psychosociales 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. Ceci plaide pour l'implication des enseignants hospitalo-universitaires en pédiatrie dans le DES de médecine générale. (2)

En ce qui concerne l'état des lieux fait au cours de notre étude sur la formation des internes :

- ¼ d'entre eux ont des difficultés concernant l'examen des nourrissons, reflétant ainsi les insuffisances de notre formation pédiatrique. Puis plus les enfants grandissent plus les difficultés diminuent, ceci peut s'expliquer par le fait que la prise en charge de l'enfant tend vers celle l'adulte et est donc moins anxiogène. En effet, 59 % des IMG ressentent des difficultés dans l'examen du nourrisson contre 6 % dans l'examen du 6-16 ans.
- La moitié des IMG se sentent incapables d'effectuer les dépistages organisés comme le dépistage visuel, auditif ou des troubles musculo-squelettiques des enfants. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces dépistages spécialisés sont réalisés en PMI ou médecine scolaire, stage non obligatoire ou non accessible lors des choix de stage.
- Le passage par la PMI durant les stages ambulatoires semble nécessaire pour près

de la moitié des internes, comme le passage par la pédiatrie pendant 6 mois pour 45 % d'entre eux. En 2006, le Pr SOMMELET et l'ISNAR-IMG se positionnaient déjà en faveur d'un stage obligatoire de 6 mois en pédiatrie (27). De même il avait proposé « d'impliquer des médecins généralistes ayant un exercice pédiatrique reconnu > 30 % d'enfants de moins de 18 ans dans leur file active » dans la formation des IMG.

- Ces examens sont peu voire non réalisés par les internes au cours de leur cursus. Ainsi, ils apparaissent comme difficiles, tout comme d'autres motifs de prise en charge tels que: les troubles de la relation mère-enfant, la maltraitance, les pathologies graves, les conseils alimentaires, le développement psychomoteur, les troubles psychologiques, le suivi staturo-pondéral, les documents administratifs . En ce qui concerne les documents administratifs, la moitié des internes trouvent que faire un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est difficile, car ceci est fait exclusivement en médecine libérale. De même, 1/3 des internes éprouvent des difficultés dans l'élaboration des certificats et autres documents administratifs, dû à un manque de formation théorique et pratique.

Les internes sont moins à l'aise avec toutes les pathologies rares à l'hôpital. En effet, les pathologies rencontrées à l'hôpital et en ville sont différentes. À l'hôpital, les internes apprennent plus à gérer les pathologies aiguës, la fièvre, la douleur, les éruptions cutanées, mais moins les pathologies graves car moins fréquentes. Le suivi des enfants, la maltraitance, les pathologies psychiatriques, les documents administratifs, eux sont plutôt gérés en médecine de ville, car ils constituent le plus souvent un suivi au long cours (hors prise en charge aiguë) et rentrent dans le cadre habituel des consultations chez le médecin généraliste ou pédiatre référent. Il faudrait donc mettre l'accent dans notre formation sur ces éléments. La formation en pédiatrie chez des pédiatres libéraux semble être une piste très intéressante pour apprendre la pédiatrie de ville, et des terrains de stages sont à développer



chez ces derniers en SASPAS ou en stage validant pour la pédiatrie probablement.

Pour ce qui est de la maltraitance, le médecin à l'obligation légale et déontologique de protéger l'enfant, peu importe sa spécialité. Les textes à ce sujet évoluent souvent, et une nouvelle loi a été publiée le 14 mars 2016, ceci montre qu'il faudrait des remises à niveau fréquentes auprès des étudiants. Cette loi remplit 2 objectifs :

– Mieux prendre en compte les besoins de l'enfant en développant la prévention à tous les âges, en améliorant le repérage et le suivi des situations à risque pour pouvoir mieux y répondre. Et, garantir plus de cohérence et de stabilité dans les parcours des enfants en protection de l'enfance.

– Améliorer la gouvernance nationale et locale de protection de l'enfance en créant les observatoires nationaux et départementaux de protection de l'enfance. Ainsi, si le danger est jugé important, un signalement est adressé au procureur de la République. Il existe des outils d'aide au repérage et de conduite à tenir, rédigés par l'HAS, rappelant que si l'enfant concerné est un nourrisson il est nécessaire de l'hospitaliser immédiatement. (33)

De plus, les IMG n'ont pas tous la même formation, en effet, il n'existe pas dans les textes réglementaires de notion de cours de pédiatrie à délivrer aux internes de médecine générale alors que la majeure partie d'entre eux sont au contact avec 80 % des enfants. A titre d'exemple, à Saint-Étienne et Caen, il n'existe pas de cours de médecine générale. Il est indispensable de permettre aux internes en médecine générale d'accéder à une formation de qualité en pédiatrie générale. Dans son travail de thèse en 2009, Odile ANGOT a réalisé un état des lieux du DES de Médecine Générale en France, 3 ans après sa création. Son travail a mis en évidence que le point noir de la formation pratique du DES semble être

pour la majorité des internes le semestre « pédiatrie/gynécologie » (14).

Il faudrait harmoniser la formation des internes au niveau national et également son contenu. En effet, les formations pédiatriques et gynécologiques doivent être considérées comme deux entités distinctes, et obligatoires pour tous.

Ainsi, il y'a nécessité de redéfinir des objectifs pédagogiques pratiques et théoriques, et diversifier les lieux de stage en mettant l'accent sur les items difficiles pour les internes tels que le dépistage, la prévention, les nouveau-nés et nourrissons, la maltraitance, etc.

Confronter également les internes à des situations authentiques ou réalistes seraient propices à l'acquisition des compétences nécessaires à leur exercice futur.

De toute évidence, il persiste encore de nombreuses difficultés ressenties par les IMG tant dans la formation pratique que théorique. Les IMG proposent des alternatives et des améliorations dans leurs formations.

Parmi les améliorations de la formation théorique :

Les IMG proposaient une augmentation du nombre de cours, avec des cours adaptés et conjoints aux internes de pédiatrie, ainsi que la participation à des groupes de pairs.

Il existe à Lyon, par exemple, un DIU de médecine générale de l'enfant proposé aux médecins généralistes ayant au moins 2 ans d'exercice, permettant de compléter et optimiser leur formation initiale. Cette formation pourrait par exemple être intégrée dans la formation initiale des internes de médecine générale.

De plus, des formations ambulatoires pratiques et/ou théoriques diverses sont proposées par les hôpitaux. Elles sont ouvertes aux internes de pédiatrie et de médecine générale qui complètent la formation pédiatrique. Celles-ci pourraient être proposé en partenariat avec les facultés et s'intégrer dans le cursus.

Pour les améliorations pratiques :

Les IMG auraient souhaité un encadrement plus personnalisé durant les stages, avec une formation au lit du malade.

Concernant les autres propositions retenues par les internes : les consultations pédiatriques et le passage aux urgences pédiatriques devraient être rendues obligatoires durant le stage de pédiatrie et le stage SASPAS.

A contrario, seuls les internes ne se destinant pas à la médecine libérale jugent le stage de pédiatrie inutile.

## **B. Limites et forces de l'étude**

### **a) Les limites**

Il existe des biais dans notre étude :

- Biais de sélection : en questionnant les internes de derniers semestres nous avons pu introduire un biais de sélection. En effet, notre étude reposait sur la formation pendant le stage de pédiatrie, mais du fait que ce stage est très demandé et peu accessible aux premiers semestres, nous ne pouvions interroger que les derniers semestres. Ceci a permis de limiter ce biais.
- Biais de rappel ou mémoire: étant donné que notre étude était réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire, les réponses peuvent être partiellement ou totalement oubliées ou modifiées, volontairement ou non. Ceci est partiellement contrôlé par le fait que le questionnaire était anonyme.
- Biais d'information : lors du recueil de données, notre étude a retrouvé un taux de non-réponse de 20%. Ce taux élevé peut sans doute avoir eu des répercussions sur

l'interprétation des résultats. Néanmoins, afin de limiter ce biais, nous avons fait le choix d'inclure seulement les IMG de dernière année, et avons relancé les questionnaires par mail et Facebook.

- Biais de subjectivité : ce biais a été limité par l'auto évaluation en ligne des enquêtés sans influence de l'enquêteur.
- La faible taille de l'échantillon ne permettait pas de réaliser des analyses avec 3 variables par un test du Chi2, ce qui a nécessité de réaliser une analyse en sous-groupe.

## **b) Les forces**

- Originalité de l'étude :

Il existe peu d'étude dans la littérature sur le plan national et local concernant ce sujet. Les études pré-existantes sont des études sur la formation des internes de pédiatrie, avec notamment des comparatifs sur la pédiatrie hospitalière et ambulatoire, ou alors sur les médecins déjà installés. Ce qui rend cette étude originale et unique est le fait de s'adresser à des futurs médecins généralistes sur une partie de leurs compétences, sur un territoire donné.

- Échantillon représentatif de la population :

L'étude était limitée aux 65 IMG de dernière année, inscrits en TCEM3 pour l'année 2016-2017. On a pu constater un taux de réponse de l'ordre de 80 %

- Les répondants pouvaient répondre sans délai, sans pression au questionnaire.
- Le questionnaire mis sur internet facilite sa diffusion sur le territoire divisé sur lequel nous sommes ainsi que le recueil de données.
- Cette étude intervenait au moment même d'une réflexion générale sur la maquette et la formation des étudiants du DES de médecine générale. Les améliorations soumises et proposées étaient réalisables et figurent en partie dans la nouvelle maquette 2017-2018. Ceci conforte l'idée que la formation pédiatrique restait

insuffisante.

### **C. Ouverture**

La nouveauté 2017-2018 sur la maquette du DES de médecine générale réside en la création d'une phase d'approfondissement de 2 ans, obligeant maintenant à faire un semestre en pédiatrie, un semestre « femme » et un semestre en SASPAS. De plus, ces stages peuvent être effectués en ambulatoire. Il semble qu'il y ait eu une prise de conscience des lacunes de cette formation de DES. Reste à voir si la formation en milieu ambulatoire préférentielle pourra se réaliser concrètement sur notre territoire. Ainsi, avec cette nouvelle maquette un nouvel état des lieux devra être réalisé afin de réévaluer la formation des IMG en pédiatrie.

## IX. CONCLUSION

---

Le rôle du médecin généraliste est de permettre l'accès aux soins de premier recours à tous les patients. Concernant les nourrissons et enfants, cette prise en charge est réalisée conjointement avec les pédiatres du fait de la démographie médicale actuelle. Il est donc primordial que les IMG accèdent à une formation de qualité durant leur DES.

Au cours de notre étude nous avons réalisé un état des lieux du ressenti des internes sur la prise en charge des enfants, afin de savoir s'ils étaient satisfaits de leur formation et les améliorations qui pourraient y être apportée. Pour cela, nous avons réalisé une étude descriptive, transversale, qualitative, à partir d'un questionnaire en ligne adressé aux 5ème et 6ème semestres du DES de Médecine Générale, en mai 2017.

Près de deux tiers (69%) des internes sont satisfaits de leur formation et se sentent prêts à suivre une patientèle pédiatrique, à l'issue de leur formation médicale. Cela nous a aussi permis de démontrer que le stage de 6 mois de pédiatrie permet une meilleure satisfaction de la formation de façon statistiquement significative avec  $p=0,012$ . Des différences significatives ( $p < 0,05$ ) ont également été identifiées chez les internes ayant réalisé un semestre de SASPAS et ayant pour projet professionnel d'exercer la médecine générale libérale et ceci indépendamment de leur sexe, de la parentalité, ou du fait d'avoir fait un stage d'externat en pédiatrie.

Cependant, au cours de l'état des lieux on peut noter des imperfections dans la formation, avec des difficultés ressenties sur la prise en charge des troubles de la relation mère-enfant, de la maltraitance, des pathologies graves, des conseils alimentaires, du développement psychomoteur, des troubles psychologiques, du suivi staturo-pondéral, et des documents administratifs. Il semble donc nécessaire d'axer les améliorations de la formation pratique et théorique sur ces lacunes afin d'y pallier. Des propositions d'améliorations ont donc été faites : d'un point de vue théorique l'augmentation des cours,

la participation à la formation médicale continue, aux groupes de pairs ; d'un point de vue pratique, un stage dédié à la pédiatrie durant 6 mois, des consultations de pédiatrie en PMI, des stages en pédiatrie ambulatoire.

L'interne est un membre actif de sa formation par ses choix de stage, mais ceux-ci sont dictés par une maquette à remplir et une offre de terrains de stage restreinte sur notre territoire.

Notre étude a donc montré une satisfaction globale des étudiants mais avec des lacunes dans la formation à combler. Nous avons envisagé des améliorations pratiques et théoriques afin d'harmoniser et optimiser ces apprentissages dont certaines ont été mises en application dès l'année 2018.

## X. BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA Europe. « la définition européenne de la médecine générale — médecine de famille », 2002. [cité 03 MAR 2017] <<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>>
2. Ministère de la Santé et des Sports. Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS); novembre 2009; 10 Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte\\_rendu\\_de\\_l\\_audition\\_des\\_Pediatres\\_du\\_4\\_novembre\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf)
3. CNAMTS, 2002, « La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans en France », Point de conjoncture, n° 7, novembre. [cité 19 juin 2017]
4. FRANC C., LE VAILLANT monsieur, ROSMAN S. et al. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Août 2007. Études et résultats, n ° 588. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2007, 4 p. disponibles sur : <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>> [cité 1er nov. 2016]
5. Santé de l'enfant : Propositions pour un meilleur suivi [Internet]. [Cité 20 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/82>
6. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1erJanvier 2017[en ligne], 167 p. disponibles sur : <<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas%20National%20CNOM%202017.pdf>> [cité 12 avr. 2017]
7. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014 [en ligne]. Disponible sur :



<[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf)> [cité 03 MAR 2017]

8. La pédiatrie française à bout de souffle [Internet]. Medscape. [Cité 1er nov. 2016]. Disponible sur : <http://www.medscape.com/viewarticle/3558517>

9. Bull. Acad. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Natle Méd., 2013 197, no6, 1143-1152, séance du 4 juin 2013. [cité 03 MAR 2017] <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/02/pages-de-1143-a-1152.pdf>

10. Article sur les pédiatres et les néonatalogies, en 2014. Profil médecin. <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-pediatre/>

11. Maquette du DES de Médecine Générale (promo ECN 2016 et antérieures) — SRP-IMG [Internet]. [Cité 19 juin 2017]. Disponible sur : [https://www.srp-img.com/?page\\_id=91](https://www.srp-img.com/?page_id=91)

12. DES de Pédiatrie | Société Française de Pédiatrie [Internet]. [Cité 19 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.sfpediatrie.com/enseignement/des-de-p%C3%A9diatrie>

13. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

14. ANGOT, Odile. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création : une enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine française. — 234 p. Th : Méd. : Toulouse 3 : 2009 ; 1065.

15. Institut National de la Statistique et des Études économiques (INSEE). Évolution et structure de la population : Composantes de la croissance démographique ; janvier 2015 [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon02151](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02151)

16. BUNGENER M., FANTINO B., WAINSTEN J.-P., et al. Étude REMEDE (Relation Médecin – Entourage du patient) : relations des médecins généralistes avec l'entourage de leurs patients [en ligne]. Rueil-Malmaison : Novartis, 2003. Disponible sur : <<http://www.proximologie.com/recherche/soignants-et-entourage/etude-remede-br>

medecine-generale-et-proches.aspx> [cité 20 nov. 2016]

17. GRIOT E. Les consultations d'enfants en médecine générale. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires. Issy-les-Moulineaux : Société française de médecine générale, 1998.

18. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Carnet de santé et examens obligatoires : articles L2132-1 à L2132-5[en ligne]. Code de la santé publique, version en vigueur au 23 avril 2013. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171130&cidTexte=LEGITEXT000006072665>> (consulté le 23/04/2013) [cité 20 juin 2017]

19. DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE (Premier ministre). Carnet de santé de l'enfant [en ligne]. Paris : Direction de l'information légale et administrative, 2011. Disponible sur : <<http://vosdroits.service-public.fr/F810.xhtml>> [cité 20 juin 2017]

20. FRANC C., LE VAILLANT monsieur, ROSMAN S. et al. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale [en ligne]. Document de travail, Série études et recherche, n° 69. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2007, 56 p. disponibles sur : <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud69.pdf>> [cité 13 avr. 2017]

21. E. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois : étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine. [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France] : faculté de médecine ; 2015

22. A. Bocquet et al. Archives de pédiatrie. Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie. 14 juin 2005. [Cité 30 nov. 2016]. Disponible sur : [http://www.apima.org/img\\_bronner/article\\_Bocquet\\_CRAM\\_pediatrie\\_2005.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/article_Bocquet_CRAM_pediatrie_2005.pdf).

23. L'aide mémoire de l'examen du nourrisson [Internet]. [Cité 20 nov. 2016]. Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero\\_etudiant=&numero\\_resume=507](http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_etudiant=&numero_resume=507)
24. Le suivi des enfants de 0 à 2 ans | Pediadoc [Internet]. [Cité 30 nov. 2016]. Disponible sur : <http://pediadoc.fr/>
25. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2013, 197, no 6, 1143-1152, séance du 4 juin 2013.[cité 13 avr. 2017] disponibles sur <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/02/pages-de-1143-a-1152.pdf>
26. SOMMELET D. Organisation de la prise en charge globale de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Les acteurs et les structures : analyse verticale. Les médecins généralistes.
27. Pr Sommelet Danièle. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé : rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent [en ligne]. Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, p. 353-363. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282/0000.pdf> [cité 30 avr. 2017]
28. DRESS, IMG, 2015, <http://dress.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/.xls/er927.xls>
29. E.Favereau, Libération. Disponible sur : <http://www.liberation.fr/france/2017/10/10>
30. Recensement de la population en Guyane. La démographie guyanaise toujours aussi dynamique. Insee analyse. Janvier 2018. N° 27. Disponible sur : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3309060/gy\\_ina\\_27.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3309060/gy_ina_27.pdf)
31. Recensement de la population en Guadeloupe. La population guadeloupéenne à son niveau le plus bas depuis 2004. Insee Flash. Janvier 2018. N° 81. Disponible sur : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3308746/ga\\_inf\\_81.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3308746/ga_inf_81.pdf)
32. Recensement de la population en Martinique. La population martiniquaise à son niveau le plus bas depuis 1997. Insee Flash. Janvier 2018. N° 82. Disponible sur : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3308752/ma\\_inf\\_82.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3308752/ma_inf_82.pdf)

33. HAS. Fiche mémo, Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Juillet 2017. Consulté le 26 septembre 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche\\_memo\\_maltraitance\\_enfant.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf)
34. Kartz, M., et al., Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*, 2002. Consulté le 30 avr. 2017. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/119864438>.
35. Cheng TL. Primary care pediatrics: 2004 and beyond. *Pediatrics* 2009. Consulté le 30 avr. 2018. Disponible sur : [http://innovationlabs.com/r3p\\_public/rt3/pre/preread/Cheng.Primary%20Care%20Pediatrics.1802.pdf](http://innovationlabs.com/r3p_public/rt3/pre/preread/Cheng.Primary%20Care%20Pediatrics.1802.pdf)
36. van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, *et al.* Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Archives of Disease in Childhood* 2010; **95**:791-795. [cité 30 avr. 2018] disponible sur : <http://adc.bmj.com/content/95/10/791>

## **XI. ANNEXES**

### **ANNEXE 1 : Questionnaire**

Chers co-internes, je réalise ma thèse sur la formation pédiatrique dans la maquette du DES de médecine générale aux Antilles Guyane. Pour ce faire, j'ai réalisé un questionnaire en trois parties afin de réaliser un état des lieux concernant le ressenti des internes face à leurs compétences à prendre en charge les enfants en cabinet de médecine générale et définir si la formation pédiatrique reçue au cours de notre cursus est suffisante. Merci d'avance de votre collaboration.

#### **FORMATION**

- 1) Êtes-vous ? \*
  - Un homme
  - Une femme
- 2) Quel âge avez-vous ?
  - 20-25 ans
  - 25-30 ans
  - 30-35 ans
  - plus de 35 ans
- 3) Êtes-vous parents ? \*
  - Oui
  - Non
- 4) Avez-vous effectué un stage de pédiatrie pendant votre externat ? \*
  - Oui
  - Non
- 5) Où avez-vous effectué votre stage pôle mère enfant pendant votre internat ? \*
  - Hôpital service de pédiatrie 6 mois
  - Hôpital service de pédiatrie 3 mois/gynécologie 3 mois
  - Hôpital service de gynécologie 6mois
  - PMI
  - Non effectué
  - Lieu de stage : préciser le département et le nom de l'établissement
- 6) Avez-vous fait un SASPAS ? \*
  - Oui
  - Non
- 7) Quel est votre projet professionnel à la sortie de l'internat : \*
  - MG libérale
  - Poste Hospitalier
  - DESC
  - Autres
- 8) Comment évaluez-vous votre formation théorique et pratique en pédiatrie durant votre internat ?



**COMPÉTENCES** : Evaluation du sentiment de capacités dans le suivi des enfants

- 1) Ressentez-vous des difficultés pour l'examen du nourrisson ? \*
  - Oui
  - Non
- 2) Ressentez-vous des difficultés pour l'examen de l'enfant de 2 à 6 ans \*
  - Oui
  - Non
  - Pourquoi ?
    - Manque de formation pratique
    - Manque de formation théorique
    - Manque d'intérêt personnel
- 3) Ressentez-vous des difficultés pour l'examen de l'enfant de 6 à 16 ans \*
  - Oui
  - Non
- 4) Vous sentez-vous capable de dépister des troubles visuels ? \*
  - Oui
  - Non
- 5) Vous sentez-vous capable de dépister des troubles auditifs ? \*
  - Oui
  - Non
- 6) Vous sentez-vous capable de dépister des troubles squelettiques ? \*
  - Oui
  - Non
- 7) Pensez-vous pouvoir évaluer le développement psychomoteur de l'enfant ? \*
  - Oui
  - Non
- 8) Vous sentez-vous capable d'assurer le suivi de la croissance staturo-pondérale ? \*
  - Oui
  - Non
- 9) Vous sentez-vous capable de conseiller les parents sur l'allaitement maternel, la diversification et l'alimentation des enfants ? \*
  - Oui
  - Non
- 10) Vous sentez-vous capable de gérer les pathologies aiguës pédiatriques comme la toux, les coliques, les otites, les rhino-pharyngites, les diarrhées, les bronchiolites ? \*
  - Oui
  - Non
- 11) Vous sentez-vous capable de prendre en charge des pathologies potentiellement graves (syndrome méningé, détresse respiratoire aiguë...) ? \*
  - Oui
  - Non
- 12) Vous sentez-vous apte à prendre en charge la fièvre chez l'enfant ? \*
  - Oui
  - Non
- 13) Vous sentez-vous capable de gérer les éruptions cutanées en pédiatrie ? \*
  - Oui
  - Non
- 14) Vous sentez-vous apte à prescrire des médicaments aux doses pédiatriques ? \*
  - Oui
  - Non

- 15) Avez-vous des difficultés pour gérer une situation de maltraitance suspectée, bébés secoués, sévices sexuels ? \*
- Oui  
Non
- 16) Ressentez-vous des difficultés pour parler de vaccination ? \*
- Oui  
Non
- 17) Vous sentez-vous apte à réaliser les vaccins ? \*
- Oui  
Non
- 18) Vous sentez-vous capable de gérer les troubles de la relation mère/enfant ? \*
- Oui  
Non
- 19) Ressentez-vous des difficultés pour gérer les troubles psychologiques de l'enfant ? \*
- Oui  
Non
- 20) Vous sentez-vous compétents pour évaluer la douleur de l'enfant ? \*
- Oui  
Non
- 21) Vous sentez-vous capable de prendre en charge la douleur de l'enfant ? \*
- Oui  
Non
- 22) Pour finir, vous sentez-vous aptes à réaliser des documents administratifs : certificats de 8 jours, 9 mois, 24 mois ? \*
- Oui  
Non
- 23) Vous sentez-vous aptes à mettre en place un PAI ? \*
- Oui  
Non
- 24) Vous sentez-vous capable de faire un diagnostic et de pouvoir assurer sa prise en charge ainsi que rassurer les parents sur celui-ci ? \*
- Oui  
Non

### **AMÉLIORATION**

- 1) Que proposeriez-vous pour améliorer la formation théorique des internes de médecine générale ? \*
- Avoir plus d'une demi-journée de pédiatrie dans les cours de DES  
participé au cours des internes de pédiatrie  
Organiser des groupes de pair avec des pédiatres  
Autres
- 2) Que proposeriez-vous pour améliorer la formation pratique ? \*
- Stage obligatoire de 6 mois en pédiatrie  
Stage obligatoire chez les pédiatres de ville  
Saspas obligatoire avec pédiatre inclus  
Saspas obligatoire  
Journées de PMI obligatoires pendant les stages ambulatoires  
Autres

- 3) Pensez-vous que ce stage d'internat vous a permis d'être plus à l'aise en pédiatrie ?
- Oui
  - Non

Merci beaucoup.



## ANNEXE 2 : Liste des pédiatres libéraux

Pédiatres libéraux	NON-RÉPONSE	OUI	Ne se prononcent pas ou refus
<b>GUADELOUPE</b>			
DR UDIMBA			X
DR QUENUM			X
DR PERIANIN			X
DR DIARA		X	
DR SÈME	X		
DR DOH-EGUELI			X
DR PIERRE JEAN		X	
DR AHMAD		X	
DR BADE		X	
DR ADJOUA	X		
DR BLANCHARD	X		
DR TEMMAR			X
DR BIREMBAUX		X	
DR THIEKO	X		
DR OUANDIE	X		
DR PAILLON			X
DR DULORME	X		
DR CORIATT			X
DR ARISTIDE		X	
DR DEVENGE	X		
DR HAMOUSIN			X
<b>MARTINIQUE</b>			
DR MBOU	X		
DR JOS PELAGE		X	
DR PONSAR			X
DR DUMONT		X	
DR ISIDORE			X
DR MORILLON	X		
DR BOURGADE	X		
DR FRANCILLETTE		X	
DR LAMEZEC			X
DR ISIDORE			X
DR FIORINI		X	
<b>GUYANE</b>			
DR AUGUSTE		X	
DR BEYA	X		
DR PARRA	X		
	12	11	12

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

**NOM ET PRÉNOM : DE OLIVEIRA Morgane**

**SUJET DE LA THSE : Formation des internes de médecine générale en pédiatrie aux Antilles Guyane.**

**THESE : MEDECINE**

**Qualification : Médecine Générale x**

**ANNEE : 2018**

**NUMERO D'IDENTIFICATION : 2018ANTI0306**

**MOTS CLEFS : pédiatrie, Internes, médecine générale, formation, nourrisson, enfant, sentiment de capacités.**

Introduction : Face à la pénurie de pédiatres, les médecins généralistes se retrouvent de plus en plus confrontés à la prise en charge des enfants. Les internes de médecine générale (IMG), futurs médecins de ville sont – ils préparés à cela ? L'objectif principal était d'établir un état des lieux concernant le ressenti des internes de médecine générale face à leurs compétences à prendre en charge les enfants et définir si la formation pédiatrique reçue était suffisante dans la maquette du DES de Médecine générale. Les objectifs secondaires étaient d'apprécier la formation qu'ils ont reçue aussi bien théorique que pratique et de recenser les capacités des pédiatres libéraux d'accueillir des IMG.

Méthode : Étude descriptive, qualitative, multicentrique, menée auprès des IMG des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> semestres, aux Antilles Guyane, à l'aide d'un questionnaire. Le critère de jugement principal était le degré de satisfaction de la formation des internes de médecine générale en pédiatrie. Un sondage complémentaire a été réalisé auprès des pédiatres libéraux afin de recenser leur possibilité à accueillir des internes.

Résultats : Sur 65 internes, 69 % des IMG se sentent prêts à effectuer de la pédiatrie en cabinet. L'étude permet de démontrer que le stage de 6 mois de pédiatrie, le SASPAS, et le projet professionnel de médecine générale libérale permettent une meilleure satisfaction de la formation de façon statistiquement significative. Augmenter le nombre de cours en pédiatrie des IMG participerait à améliorer la formation théorique. Concernant la formation pratique, près de la moitié des internes proposaient de réaliser un stage en pédiatrie libérale en PMI ou urgences pédiatriques durant 6 mois. A contrario seuls 2% d'entre eux proposaient des consultations. Un tiers des pédiatres libéraux aux Antilles Guyane seraient prêts à recevoir des IMG.

Discussion : Deux tiers des internes se sentent prêts à effectuer de la pédiatrie en cabinet. Les SASPAS, un stage de pédiatrie de 6 mois et le projet de médecine générale libérale sont plus formateurs de façon significative. Mais il existe de nombreuses difficultés ressenties tant sur le plan théorique que pratique. Une redéfinition de la formation passant par l'établissement d'objectifs pédagogiques, une diversification des terrains de stage tout en individualisant les stages de pédiatrie et gynécologie permettraient d'améliorer la formation des internes. Quelques pistes en ce sens, sont en cours de réalisation.

**JURY : Président : PR HELENE PELAGE Jeannie**

**Juges : PR JANKY Eustase**

**: PR KADHEL Philippe**