



HAL
open science

Influence de la parentalité sur le niveau de compétences des internes de médecine générale

Charlotte Domec

► **To cite this version:**

Charlotte Domec. Influence de la parentalité sur le niveau de compétences des internes de médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-03952522

HAL Id: dumas-03952522

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03952522v1>

Submitted on 23 Jan 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.

Influence de la parentalité sur le niveau de compétences des internes de
médecine générale

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 5 Janvier 2023

Par Madame Charlotte DOMECC

Née le 23 juin 1992 à Langon (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	Président
Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic	Assesseur
Madame le Docteur MORETTI-CIABRINI Marie-Christine	Directrice
Madame le Docteur VINAÏ-DOURTHE Gwenaëlle	Assesseur

Influence de la parentalité sur le niveau de compétences des internes de
médecine générale

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 5 Janvier 2023

Par Madame Charlotte DOMECC

Née le 23 juin 1992 à Langon (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	Président
Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic	Assesseur
Madame le Docteur MORETTI-CIABRINI Marie-Christine	Directrice
Madame le Docteur VINAÏ-DOURTHE Gwenaëlle	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYSS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MATTEI Jean François	UNAL Daniel
	MERCIER Claude	VAGUE Philippe
	MICHOTEY Georges	VAGUE/JUHAN Irène
	MIRANDA François	VANUXEM Paul
	MONFORT Gérard	VERVLOET Daniel
	MONGES André	VIALETES Bernard
	MONGIN Maurice	WEILLER Pierre-Jean
	MUNDLER Olivier	
	NAZARIAN Serge	
	NICOLI René	
	NOIRCLERC Michel	
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RAOULT Didier	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAMBUC Roland	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SARLES - PHILIP Nicole	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SEITZ Jean-François	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THIRION Xavier	
	THOMASSIN Jean-Marc	

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020
2020		
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikael
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUYE Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIELLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicté	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
----------------------	-------------------------

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAJES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 6603

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
 CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
 (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)
 DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)
 ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)
 TROUDE Lucas (MCU-PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)
 DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)
 SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
--	-----------------------

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903
--

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE
--

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) sumombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

À Monsieur le Professeur Gaëtan Gentile, vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous adresse mes remerciements les plus sincères et ma plus grande reconnaissance.

Au Docteur Casanova Ludovic, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury. Vous m'avez aidé dans la diffusion de mon questionnaire de thèse et je vous en remercie. Je suis heureuse de vous présenter aujourd'hui mon travail.

Au Docteur Moretti-Ciabrini Marie-Christine, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Je vous ai choisie car j'ai une affection particulière pour vous, quelque chose que je ne peux expliquer et qui va bien au-delà de la médecine. Nous avons partagé ensemble plein de moments si forts. Vous avez été une des premières à entendre battre le petit cœur de Camille à travers mon ventre. Merci pour votre incroyable énergie, vous êtes source d'inspiration.

Au Docteur Vinaï-Dourthe Gwenaëlle, ta rencontre été inattendue et tous nos points communs tout autant. Merci de l'aide que tu m'as apporté durant la rédaction de cette thèse. Merci surtout pour tout ce que tu m'as transmis, en tant que médecin et en tant qu'humain.

Tout est possible du moment qu'on a assez de cran. Ginny W.

À ma famille,

À Mathieu, mon Amour, j'espère que nos cercles resteront liés pour longtemps. Merci pour ton soutien et ton amour, tu me rends meilleure. J'ai hâte de continuer tous ces projets à tes côtés, et de porter ton nom bientôt. Je t'aime.

À ma Camille, ma Mimi, à ton sourire et tes yeux bleus rieurs. Merci pour ton énergie et ton espièglerie quotidienne. Tu es ma plus grande force, Maman qui t'aime.

Notre famille est ma plus belle réussite. Je vous aime d'un amour infini.

À mes Parents et mon Frère : la Crazy Family.

Merci à toi Maman pour les virées shopping pendant des heures, les discussions enrichissantes sur les oignons et les créneaux pot de yaourt. Merci surtout pour ta grande force de caractère, la rigueur que tu m'as transmise et ton immense amour pudique.

Merci à toi Papa pour ta douce utopie, pour tes textos que je ne comprends pas toujours et pour tes défilés Printemps/Été minimalistes. Merci surtout pour ces échanges sur le monde et sur la vie qui élèvent, pour ta juste parole et ton soutien indéfectible.

Merci à toi mon Frère pour tes imitations burlesques, tes venues inattendues en terre Toulonnaise et tes longs discours juste avec le regard. Merci surtout d'avoir accepté d'être mon témoin de mariage et d'être un super parrain pour Camille.

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'apportez au quotidien. Merci de m'avoir donné les moyens et la force de faire ces études.

Sans vous rien n'aurait été possible. Je vous aime.

À Tatie, ma deuxième maman. Merci pour les vacances au Club Med et les kilos de dragées aux amandes. Merci surtout pour ta douceur infinie, ton écoute et ta profonde gentillesse.

Je t'aime.

À Laure, Benjamin et Adèle ; pour votre grande force intérieure et cette ouverture d'esprit sur les Hommes et sur le monde, si précieuse.

À Nathalie, Sébastien et Maël ; parce que sans le BAC : pas de Doctorat ! Votre écoute et votre présence m'ont toujours été d'un grand soutien.

Vous êtes des personnes admirables, en tous points.

À toute ma belle-famille, ce nom vous va si bien. Merci pour votre accueil au sein des vôtres. Je n'aurais pas pu espérer plus gentils et plus fous que vous ! Avec vous j'ai découvert, les soirées karaoké, les parties de pétanque et les pique niques aux Oursinières.

Ce soir, champagne shower !

Ne changez rien.

À mes Amis,

À Maxence et Océane, quand les amis deviennent la famille. Nos futurs témoins de mariage ; la marraine de Camille. Que dire de plus, votre place dans nos vies résume déjà tout.

À Julie, Bene, Manon et Vicky ; le club des 5 du Master 2 de Neurosciences : jamais bien loin ! Merci d'avoir assisté à tout cela, et depuis le tout début. Je sais que l'on sera toujours là les unes pour les autres peu importe la distance.

À Julia, elle paraît loin notre rencontre juste avant l'oral pour la passerelle. Il y en a eu des litres de thé, des tonnes de révisions et des moments de stress. Merci d'avoir partagé tout cela avec moi.

À Sophie, quelques séances de LCA intensives et de la mousse de lait plus tard ! Merci pour ces moments de rires et de simplicité partagés.

À Faustine, petit virus devenu grand ! Après de multiples rigolades et quelques Spider cochon plus tard ! Merci pour ton amitié qui le temps passant reste inchangée.

À Salomé, je n'ai jamais vu autant de films avec quelqu'un qu'avec toi ! Merci mon +1 du ciné !

Aux internes rencontrés en Corse durant cette année de pur bonheur. Avec vous nous avons partagé tellement de choses et notamment la grossesse de Camille. C'était des moments magiques : Merci à Jeanne, Valentine, Lisa, Adam, Reem, Awa, Ana, Ludivine, Jere, Franz, Maxou, Paul, Sabine et tous les autres ; une vraie bande organisée !

Aux personnes sans qui ce travail n'aurait pas été possible,

À **Thomas**, pour toute ton aide si précieuse. Sans toi je n'aurais pas pu réaliser ce travail. Merci pour ta patience à m'expliquer les statistiques, ce n'était pas gagné ! Maintenant on va pouvoir boire des bières et jouer aux jeux de sociétés l'esprit tranquille. A la tienne Tromblon !

Aux médecins que j'ai pu croiser sur mon chemin et qui continueront de m'inspirer : Dr Tissot Hélène, Dr De Seze Noël, Dr Duporté Pierre, Dr Mathieu François, Dr Moretti Denis.

Merci à toutes les personnes rencontrées durant ces études et qui ont contribué de près ou de loin à mon parcours.

*Un grand merci à tous les petits yeux qui ont accepté de se balader entre ces lignes avant
l'impression de ce travail, vous vous reconnaitrez !!*

À la vie, qui a choisi de faire de Papi Pierrot et Tonton les spectateurs invisibles de cet accomplissement.

Papi, toi qui disais « La fatigue est une illusion ». J'essaierai de transmettre avec le plus de justesse possible ta sagesse et la force de tes engagements.

Tonton, j'espère sincèrement que tu vois tout ça de quelque part avec des cartes pour jouer à la belote et du Ricard pour l'apéro. Toi qui disais « Dépêches toi de finir tes études pour être mon Docteur ». Je crois que tu serais fier. Tu me manques tous les jours.

Je pense à vous chaque jour et vos valeurs sont un moteur pour avancer.

À mes grandes mères.

"Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible"

Antoine de St Exupéry, Le Petit Prince

Table des matières

I/ INTRODUCTION GENERALE	3
II/ CONTEXTE	5
1/ Parentalité et études longues	5
a. Qu'est-ce que la parentalité ?.....	5
b. Étudier et avoir des enfants.....	6
2/ Internat de médecine générale.....	7
a. Déroulement de l'internat de médecine générale	7
b. Modèle d'apprentissage par compétences.....	8
III/ OBJECTIFS.....	13
1/ Objectif principal.....	13
2/ Objectifs secondaires	13
IV/ MATERIEL ET METHODE	13
1/ Type d'étude	13
2/ Modalités de réalisation de l'étude.....	14
a. Population cible	14
b. Recrutement	14
3/ Questionnaire	15
4/ Analyses statistiques	16
5/ Aspects réglementaires.....	17
V/ RESULTATS	18
1/ Recueil des données	18
2/ Caractéristiques de la population étudiée	19
a. Population globale.....	19
b. Population parents et non parents.....	20
c. Population de parents	24
3/ Objectif principal.....	25
a. Généralités.....	25
b. Détails de l'autoévaluation compétence par compétence	27
4/ Objectifs secondaires	35
a. Facteurs influençant le choix des stages	35
b. Familles de situations rencontrées en stage.....	37

VI/ DISCUSSION.....	50
1/ Forces et limites de l'étude	50
a. Forces de l'étude	50
b. Limites de l'étude	50
2/ Résultats de l'étude	52
a. Généralités	52
b. Objectif principal : influence de la parentalité sur l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale	55
c. Objectifs secondaires : influence de la parentalité sur le choix des stages et l'aisance dans les onze familles de situations rencontrées en médecine générale	59
d. Pistes de réflexions	60
VII/ CONCLUSION.....	62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	67
Figures	67
Tableaux	68
Annexes	68
ANNEXES	69
ABREVIATIONS.....	77

I/ Introduction générale

En 2015, en France, les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans en moyenne. Les hommes quant à eux ont des taux de fécondité par âge plus faibles et un âge à la naissance du premier enfant plus tardif, environ 31 ans. Cet écart d'environ trois ans est resté stable depuis 1946. Il correspond à l'écart d'âge entre conjoints : en moyenne, dans les couples de sexes différents, les hommes sont plus âgés que leur compagne (1).

Les études montrent que l'âge de la première grossesse varie en fonction du niveau de diplôme des femmes. En effet, plus les femmes sont diplômées, plus elles retardent l'arrivée de leur premier enfant. Par exemple en 2012, elles mettaient au monde leur premier enfant à 28,1 ans en moyenne contre 29,6 ans pour celles diplômées du supérieur (2).

En France, les études de médecine sont parmi les plus longues de l'enseignement supérieur. Il faut neuf ans pour devenir médecin généraliste et plus de dix ans pour devenir médecin spécialiste. Durant ce cursus, l'internat constitue la troisième partie du cycle des études médicales. Il dure trois ans pour l'internat de médecine générale et jusqu'à six ans pour les spécialités les plus longues. Cela signifie qu'une partie des internes sera concernée par la parentalité durant les études.

Le but de la formation médicale initiale d'un médecin généraliste est de former des professionnels compétents c'est-à-dire aptes à assumer l'ensemble des problèmes de santé que peuvent présenter leurs patients. La compétence d'un médecin généraliste est la résultante de la mise en jeu concomitante de compétences cognitives, réflexives et professionnelles qui visent à la résolution de problèmes de santé complexes. D'après le Pr Claude Attali, l'évaluation des compétences d'un médecin généraliste est un exercice difficile qui doit s'attacher autant au résultat de l'action qu'à la démarche ayant abouti à cette action. En 2013, plusieurs travaux d'un consensus d'enseignants experts membres du collège national des généralistes enseignants (CNGE) coordonnés par le Pr Attali ont permis d'identifier et de définir les compétences indispensables à l'exercice de la médecine générale (3). Les membres du consensus ont par la suite établi les niveaux de compétences attendus en fonction de l'avancée dans le cursus pour chacun de ces champs (novice, intermédiaire, compétent) (4). De la même manière, ils ont élaboré onze familles de situations auxquelles les internes devront être confrontés durant leur diplôme d'études spécialisées (DES) afin d'acquérir les savoir-agir

leur permettant de remplir les missions que la société attend d'eux. Cette liste non exhaustive est un outil indispensable pour la certification des compétences des internes de médecine générale (5).

Depuis plusieurs années les travaux se succèdent dans le but d'améliorer la formation des internes de médecine. En 2013, le syndicat national des internes de médecine générale a publié une étude nationale mettant en évidence la volonté des internes de réaliser trois fois plus de stages en ambulatoire. En effet, la médecine générale est la seule spécialité à n'avoir au cours de la formation qu'un seul semestre obligatoire dans sa spécialité (6). L'année suivante, une grande enquête nationale s'est intéressée à la formation théorique au cours de l'internat en France, par spécialité et par faculté, au regard des critères opposables du Journal Officiel. Cette étude place la médecine générale au 13^{ème} rang sur 29 spécialités, avec la faculté de Marseille en fin de peloton parmi toutes les universités (7).

La formation des internes de médecine générale et *a fortiori* des internes de médecine générale parents est donc un véritable enjeu. De nombreuses études ayant pour sujet la parentalité pendant le troisième cycle des études médicales mettent en évidence le complément de formation pratique qu'offre le fait d'être parent durant l'internat. Les internes se sentent en effet plus aptes à la prise en charge des enfants, des parents ainsi que des situations autour de la grossesse. Les internes parents décrivent également un gain de maturité dans leurs interactions avec les patients avec une plus grande empathie et un accent tout particulier mis sur la communication. Par ailleurs, des conséquences négatives sont également décrites telles qu'un choix géographique du terrain de stage au dépend parfois du contenu de la formation, de la difficulté autour du mode de garde de l'enfant ou encore des difficultés relationnelles avec leurs supérieurs ou leurs collègues (8), (9), (10).

Tous ces aspects de la parentalité durant l'internat sont des éléments pouvant influencer sur les compétences que les jeunes médecins vont devoir acquérir durant leur formation. Bien que de nombreuses études s'intéressent à la formation des internes de médecine générale et à la parentalité de ces jeunes médecins, aucune étude n'a, à notre connaissance, observé l'influence de la parentalité sur le niveau de compétences acquises lors de la formation médicale initiale.

De ce fait, il nous a semblé pertinent **d'étudier l'influence de la parentalité sur le niveau de compétences développées lors de la formation médicale initiale au travers d'une auto-évaluation basée sur les compétences indispensables à l'exercice de la médecine générale identifiées par le CNGE.**

II/ Contexte

1/ Parentalité et études longues

a. Qu'est-ce que la parentalité ?

La parentalité est un néologisme datant de la fin du XXème siècle. Ce terme, introduit par des psychanalystes, traduit le terme « parenthood » qui représente une étape de développement psychologique de l'adulte, de maturation et d'appropriation de la fonction parentale. Issu de la sphère médico-psycho-sociale, la parentalité peut donc se définir de différentes façons selon que l'on se place du point de vue psychanalytique, sociologique, juridique ou encore socio-éducatif. Dans la langue courante la parentalité renvoie à la « qualité de parent, de père, de mère » (*Le Petit Robert*, 2001) ou à la « fonction de parent, notamment sur les plans juridique, moral et socioculturel » (*Larousse*, 2000) (11).

La Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) définit la parentalité comme recouvrant les attributions, droits, obligations et responsabilités des parents génétiques ou adoptifs pour ce qui touche la procréation, la naissance, l'établissement de la filiation génétique et/ou juridique, l'exercice de l'autorité parentale, l'éducation et l'ouverture de droits sociaux spécifiques, au regard de la dignité de la personne humaine. Elle désigne donc la fonction d'être parent, en y incluant à la fois des responsabilités juridiques, des responsabilités morales et des responsabilités éducatives (12).

D'un point de vue législatif, l'article 371-1 du Code civil (13) stipule ainsi que tout parent doit veiller à la santé, à la sécurité, à la moralité, au développement physique, affectif, intellectuel et social des mineurs dont il a la charge. Lorsque l'on cite « tout parent », cela réfère à tout adulte ayant à charge un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle ce lien adulte/enfant s'inscrit. En effet, la structure familiale a évolué ces dernières années : foyer

monoparental, foyer recomposé, famille d'accueil, procréation médicalement assistée etc., tous sont représentés dans ce terme de « parent ».

b. Étudier et avoir des enfants

Selon l'enquête nationale de 2016 de l'observatoire national de la vie étudiante (OVE), 4,5 % de la population étudiante avait au moins un enfant, soit environ 92 000 étudiants. Le champ de cette enquête ne couvrant pas l'ensemble des établissements, les chercheurs ont extrapolés à 110 000 le nombre d'étudiants parents en France. La proportion observée dans notre pays est parmi les plus faibles d'Europe. À titre de comparaison, un quart des étudiants sont parents en Norvège, un cinquième en Suède ou en Estonie. En France, la parentalité étudiante est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (5 % versus 3,8 %).

Les parents étudiants se distinguent des autres étudiants notamment en termes d'âge. Alors que la majorité des étudiants sans enfant a en moyenne 22 ans, les parents ont très majoritairement plus de 25 ans (40 ans en moyenne pour les mères et 38 ans pour les pères). La part d'étudiants parents est relativement faible avant 25 ans, âge où la grande majorité des étudiants sont en formation initiale, puis elle croît rapidement avec l'âge, à mesure que la part d'étudiants en formation continue s'élève. Cela souligne le fait que nombre de parents étudiants ont eu leurs enfants dans un autre contexte que celui des études et qu'il est relativement rare d'être parent durant sa formation initiale.

Avoir des enfants lorsque l'on est étudiant peut compliquer le déroulement des études. Les difficultés organisationnelles que rencontrent les étudiants parents se retrouvent principalement dans le temps qu'ils peuvent consacrer à leur formation et au travail personnel. De ce fait, ils se retrouvent plus souvent dans l'impossibilité d'assister à certains enseignements. Alors qu'un étudiant sans enfant sur cinq souhaiterait consacrer plus de temps à sa formation, cela concerne un étudiant parent sur trois, sans différence marquée selon le sexe. En présence d'enfants, les mères consacrent en moyenne sensiblement plus de temps aux tâches parentales que les pères, ce qui limite le temps qu'elles peuvent consacrer aux études. La réussite aux examens est elle aussi diminuée du fait de la parentalité. En effet, au moment de l'enquête, environ 50 % des étudiants parents avaient validé leur semestre contre 65 % chez les étudiants sans enfant (14).

Il est important de noter que la part d'étudiants parents varie fortement selon les secteurs. En effet, la filière santé est un des domaines où elle est la plus élevée : supérieure à 5% (15). Interrogée par « Le Quotidien du médecin », Laetitia Pellicer-Garcia, Vice-Présidente de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI), estime que « 18 % des internes sont ou deviennent parents au cours de leurs années de troisième cycle » (16). Les internes en médecine constituent donc une population concernée par les problématiques organisationnelles de la parentalité durant les études. Ce phénomène est d'autant plus marqué du fait de la longueur de leurs études et par l'instabilité de leurs conditions de vie (stages semestriels, localisation et horaires variables, garde de nuit). Ainsi, une étude menée en 2015 à l'université d'Aix-Marseille rapporte que 58,3 % des femmes et 53,5 % des hommes affirmaient vouloir reporter leur projet parental après la fin des études médicales (17).

2/ Internat de médecine générale

a. Déroulement de l'internat de médecine générale

La médecine générale est l'une des quarante-quatre spécialités médicales. Elle représente une spécialité polyvalente, alliant soins primaires, suivi du patient au long cours et coordination des soins. L'internat de médecine générale est le seul qui se déroule encore en trois ans bien que l'extension à quatre ans soit en discussion. Lors de ces trois années (soit six semestres) se succèdent deux phases d'apprentissage distinctes avec une mise en autonomie progressive :

- Phase socle
- Phase d'approfondissement

Durant ces phases, l'interne réalisera des stages hospitaliers et ambulatoires qui vont lui permettre d'acquérir une vision globale des différents aspects de la profession.

Lors de la première année (phase socle) consacrée aux soins primaires, l'interne doit réaliser un stage chez le praticien (SN1) et un stage aux urgences.

Ensuite, l'interne découvre durant les deux dernières années (phase d'approfondissement) l'exercice de la gynécologie, de la pédiatrie, et il réalisera un stage hospitalier en médecine adulte ainsi qu'un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Si l'interne a fait un semestre couplant la santé de la femme et de l'enfant, il aura alors la possibilité de faire un stage libre hospitalier dans le domaine qui l'intéresse (Figure 1).

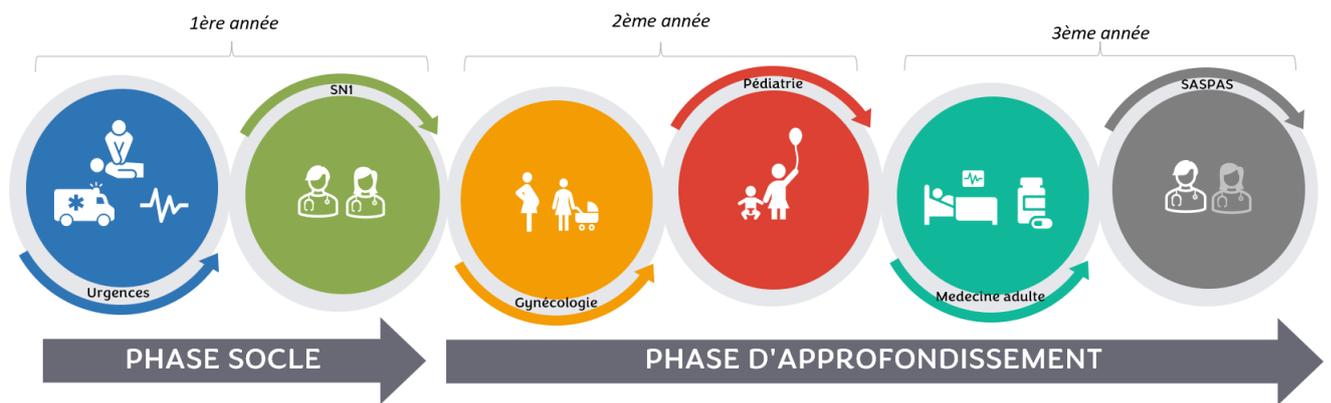


Figure 1 - Déroulement de l'internat de médecine générale

La formation théorique hors stage repose sur un enseignement d'un volume horaire équivalent à deux demi-journées par semaine : une demi-journée sous la responsabilité du coordonnateur de DES et une demi-journée en autonomie.

A la place du mémoire qui doit être réalisé dans les autres spécialités, le DES de médecine générale requiert, pour sa validation, la rédaction d'un portfolio. C'est un dossier personnel étoffé tout au long des trois années de stages, de cours, et de formations en dehors de l'université. L'étudiant y consigne ses travaux théoriques et ses expériences de formations au travers notamment des traces d'apprentissages. Il permet le suivi de la construction des connaissances et des compétences en vue de la validation de la formation. Le département universitaire de médecine générale s'appuiera sur ce portfolio pour certifier les compétences de l'interne à exercer la médecine générale.

La thèse quant à elle sera passée en fin d'internat, elle devra s'intéresser à l'exercice de la médecine générale (18).

b. Modèle d'apprentissage par compétences

Le DES de médecine générale vise l'acquisition, au terme de la formation, de six compétences. L'approche par compétences est la mise en place d'une pédagogie selon le paradigme d'apprentissage visant à acquérir les savoir-faire et savoir-être nécessaires à la pratique de la médecine générale.

Ces différents champs de compétences sont représentés sous la forme d'une marguerite visant à schématiser l'intrication des différentes compétences dans le travail du médecin généraliste. La certification des compétences de l'interne à la fin de son troisième cycle va se baser sur cette marguerite. Elle consiste à évaluer qu'un interne possède l'ensemble des capacités nécessaires pour résoudre de façon appropriée la majorité des problèmes de santé auxquels il pourra être confronté lors de son futur exercice (Figure 2).

En 2013, le groupe de travail du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a débuté une série de travaux afin de définir des objectifs pédagogiques à partir de ces six champs de compétences (3).

La première étape de ce travail a été de définir et de décrire de manière précise les différents composants de chaque champ de compétences.

1) Premier recours, incertitudes, urgences

Capacité à gérer les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités du patient, quel que soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

2) Approche globale, prise en compte de la complexité

Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient selon un modèle global de santé (*evidence based medicine*, approche bio-psycho-sociale proposée par Engel, etc.), quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de la médecine générale.

3) Éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire

Capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

4) Continuité, suivi, coordination des soins

Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

5) Approche centrée patient, relation, communication

Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutions, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

6) Professionnalisme

Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

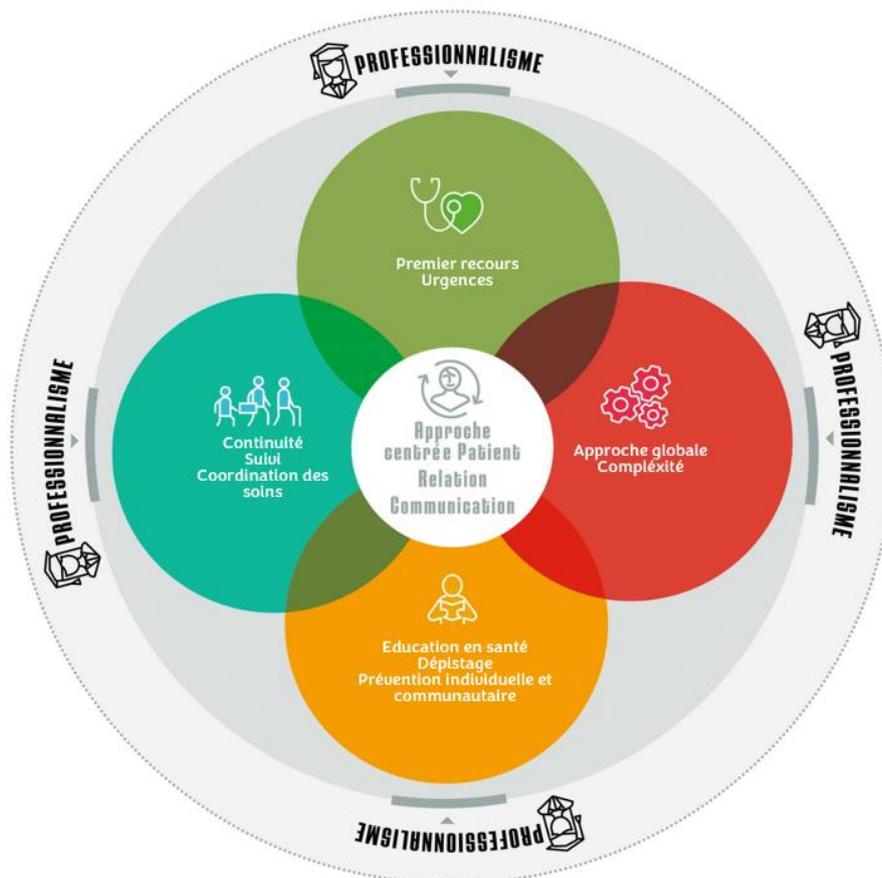


Figure 2 – Marguerite des compétences du médecin généraliste

La seconde étape de ces recherches fut de décrire les différents niveaux de compétences attendus en fonction de l'avancée dans le cursus de l'interne et au regard des stages qu'il a effectué. C'est ainsi que trois niveaux de compétences ont été décrits : interne novice, intermédiaire et compétent (4) (Figure 3).

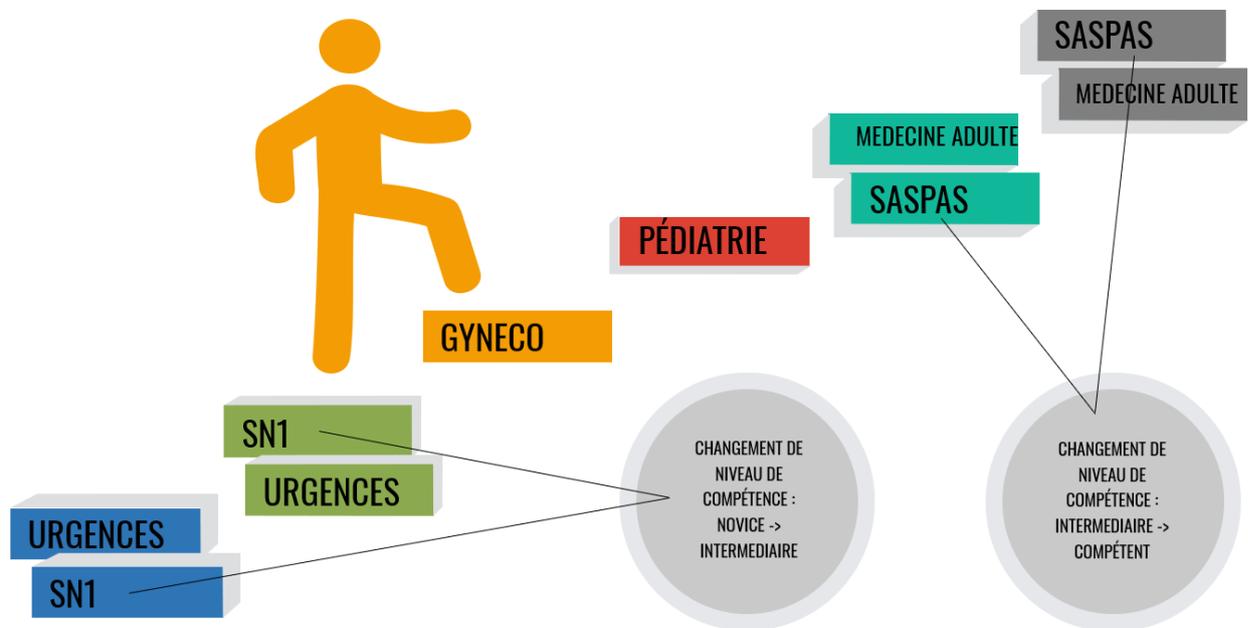


Figure 3 – Niveaux de compétences du médecin généraliste

- ❖ **Interne novice** : de l'entrée dans le troisième cycle jusqu'à la moitié du stage ambulatoire de niveau 1 (SN1)
- ❖ **Interne intermédiaire** : de la moitié du stage ambulatoire de niveau 1 jusqu'à la moitié du stage ambulatoire de niveau 2 (SASPAS)
- ❖ **Interne compétent** : de la moitié du stage ambulatoire de niveau 2 (SASPAS) à la fin du cursus

Dans ce modèle d'apprentissage par compétences les enseignants experts ont ensuite listé les situations auxquelles les internes devront avoir été confrontés durant leur internat. Ce travail a permis de définir onze familles de situations différentes (5) (Figure 4). Ce descriptif représente l'ensemble des familles de situations ou de problèmes complexes devant lesquels l'interne devra avoir été placé au cours de ses trois années de DES afin d'évaluer ses performances et donc ses compétences.

Voici la liste de ces situations cliniques :

- 1) Situations autour de patients souffrants de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence
- 2) Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/ fréquents/ exemplaires
- 3) Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- 4) Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
- 5) Situations autour de la sexualité et de la génitalité
- 6) Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- 7) Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail
- 8) Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médicolégaux sont au premier plan
- 9) Situations avec des patients difficiles/ exigeants
- 10) Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- 11) Situations avec des patients d'une autre culture

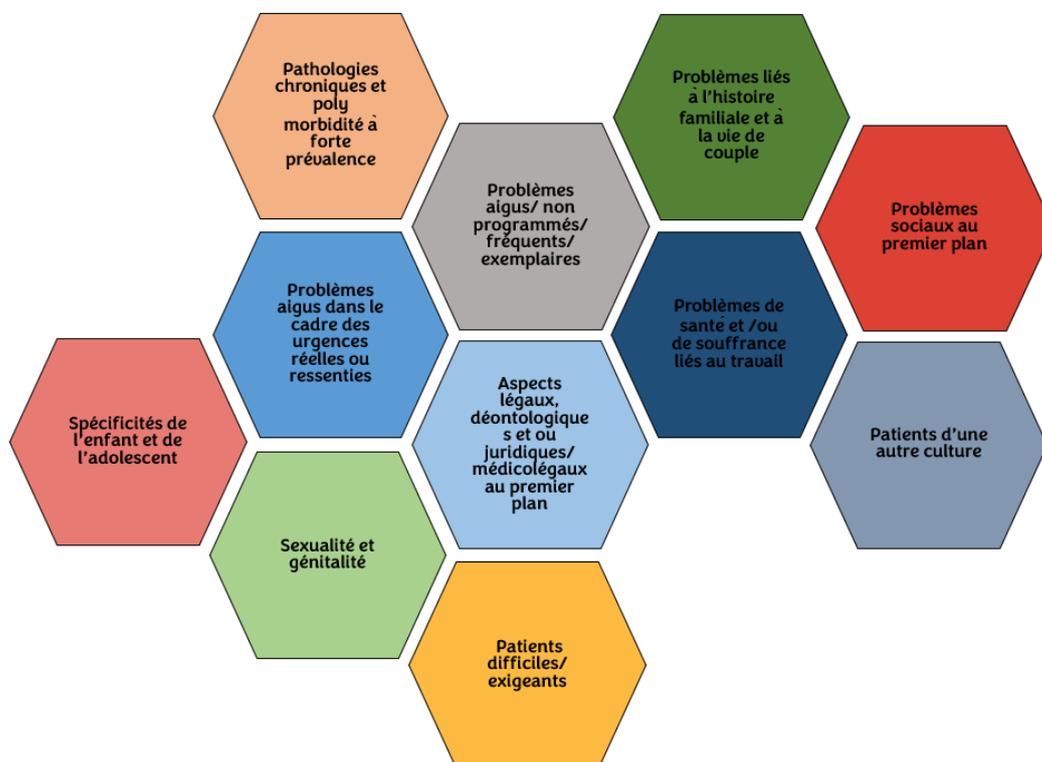


Figure 4 – Les onze familles de situations en médecine générale

III/ Objectifs

1/ Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était **d'évaluer l'influence de la parentalité sur le niveau de compétences développées lors de la formation médicale initiale au travers d'une auto-évaluation basée sur les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale déterminées par le CNGE.**

Le critère de jugement principal était le niveau de compétences développées durant la formation médicale initiale. Il était déterminé par autoévaluation des internes au regard des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale qu'ils devaient acquérir selon leur avancée dans les stages.

2/ Objectifs secondaires

Nos objectifs secondaires étaient d'évaluer l'influence de la parentalité d'une part sur le choix des stages et d'autre part sur le fait de se sentir plus ou moins à l'aise face aux familles de situations cliniques rencontrées durant l'internat.

IV/ Matériel et Méthode

1/ Type d'étude

Il s'agissait d'une étude monocentrique, descriptive, transversale et quantitative menée par auto-questionnaires auprès des internes de médecine générale de la faculté de Marseille ; promotion ECN 2019-2020-2021.

2/ Modalités de réalisation de l'étude

a. Population cible

Ce travail s'intéressait à tous les internes de médecine générale de la faculté de Marseille ; promotion des examens classants nationaux (ECN) 2019-2020-2021 soit 564 étudiants selon les listes d'appel des choix de stage.

Les 564 étudiants, parents et non parents, ont été invités à répondre au questionnaire, qu'ils soient en activité, en surnombre, en disponibilité, en congé maternité/parental ou en arrêt maladie.

b. Recrutement

Afin d'évaluer la validité de notre questionnaire nous l'avons diffusé durant le mois de mai, par l'intermédiaire du Département universitaire de médecine générale de Marseille (DUMG), à un échantillon aléatoire de 200 internes de la faculté de Marseille. Nous avons également fait parvenir notre questionnaire à des internes d'autres facultés. Cela nous a permis de tester sa validité avant de le diffuser à l'ensemble de notre population cible.

Notre questionnaire a ensuite été envoyé individuellement aux 564 internes des promotions ECN 2019-2020-2021. Nous avons choisi de faire parvenir aux étudiants le questionnaire durant la période du 30 juin au 31 juillet 2022. Cela nous a permis d'être le plus en adéquation possible avec la temporalité des niveaux de compétences. Par ailleurs, nous avons fait le choix d'envoyer notre questionnaire avant les trois mois révolus de mi-semester pour ne pas amputer notre taux de réponse en diffusant le questionnaire au milieu de la période estivale.

De ce fait, les étudiants en première année d'internat étaient en second semestre et avaient donc soit effectué le SN1 ou étaient dans le troisième mois de stage de SN1. De la même manière, les internes en troisième année d'internat avaient soit réalisé le SASPAS ou étaient dans le troisième mois de stage de SASPAS. Par ailleurs, à la date de recueil des données, sauf retard dans les DES, tous les étudiants se trouvaient en semestre 2, 4 ou 6.

Nous attendions donc :

- NIVEAU NOVICE :
 - o Semestre 1 n'ayant pas commencé le SN1
- NIVEAU INTERMEDIAIRE :
 - o Semestre 1 à la moitié du SN1
 - o Semestre 2
 - o Semestre 3
 - o Semestre 4
 - o Semestre 5 n'ayant pas commencé le SASPAS
- NIVEAU COMPETENT :
 - o Semestre 5 à la moitié du SASPAS
 - o Semestre 6 ayant terminé ou à la moitié du SASPAS

3/ Questionnaire

Pour étudier le niveau de compétences des internes de médecine générale nous avons opté pour un auto-questionnaire (*cf Annexe 1*).

Le questionnaire était composé de trois parties :

- 1) Caractéristiques sociodémographiques de la population (globale et internes parents et non parents)
- 2) Objectif principal : évaluation du niveau de compétences développées lors de la formation médicale initiale selon la parentalité
Pour réaliser cette partie du questionnaire nous avons utilisé les deux travaux du CNGE portant sur les compétences des internes de médecine générale (Définitions et descriptions des compétences en médecine générale ; Les niveaux de compétences). Dans un souci d'intelligibilité et afin de favoriser le taux de réponses les différents items de chaque niveau de compétences ont été résumés et reformulés sous la forme de trois propositions pour novice, intermédiaire, compétent (Tableau 1, *cf Annexe 2*).

Nous avons ensuite classé les internes en « Niveau de compétences acquis » et « Niveau de compétence non acquis » en fonction de leur réponse à l'auto-évaluation et du niveau de compétence attendu au regard de leur progression dans les stages.

Tableau 1. – Aperçu du tableau des compétences avec les trois niveaux attendus résumés et reformulés

Compétence	Description	Niveau	Attentes
1 Premiers recours Incertitude Urgence	Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.	Novice	J'accepte toutes les plaintes de mon patient, je sais identifier les grandes urgences vitales et prévenir les structures d'urgences pour adresser mon patient dans les services adéquats
		Intermédiaire	Je hiérarchise les plaintes en tenant compte de la prévalence liée au contexte, je repère la demande réelle derrière la plainte évoquée, je suis centrée sur la maladie plus que sur le patient
		"Compétent"	Je fais des diagnostics de situations, j'évoque des stades précoces de la maladie en dehors des situations d'urgence, je gère les urgences ressenties par le patient
2 Approche globale prise en compte de la complexité	Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (evidence based medicine, approche bio-psycho-sociale proposée par Engel, etc.), quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de médecine générale.	Novice	J'analyse la situation clinique selon l'aspect biomédical aux dépens du psychosocial, je cherche à améliorer mes connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation
		Intermédiaire	Je sais que je dois intégrer des aspects psychosociaux à mon diagnostic médical, je suis en mesure de réévaluer une situation clinique, je reconnait la place de l'incertitude dans ma décision
		"Compétent"	Je prends une décision centrée sur le patient avec les aspects biomédicaux et psychosociaux, je gère simultanément plusieurs problèmes en les hiérarchisant, je fais la différence entre incertitude personnelle et professionnelle
3 Education prévention dépistage santé individuelle et communautaire	Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.	Novice	J'accepte la place et l'importance de la prévention, du dépistage et de l'éducation thérapeutique dans mon rôle de médecin
		Intermédiaire	Je réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de mes contraintes de médecin
		"Compétent"	J'intègre couramment dans mon activité de soins des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient
4 Continuité suivi et coordination des soins autour du patient	Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.	Novice	J'accepte que je vais être amené à suivre les patients, j'utilise le dossier médical, je transmets les informations pour la continuité des soins
		Intermédiaire	Je construis une relation dans le temps avec le patient, je renseigne et utilise le dossier médical pour le suivi, je fais le lien entre les différentes consultations, je prends en compte les problèmes et plaintes pour organiser le suivi
		"Compétent"	J'utilise le temps comme une aide à la décision, j'utilise le dossier médical pour organiser le suivi/dépistage/prévention, je hiérarchise les problèmes et plaintes, je collabore à la continuité des soins
5 Relation communication et approche centrée patient	Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.	Novice	Je mène un entretien directif avec mon patient, je communique avec son entourage, je communique avec les différents intervenants de santé, j'explique mes décisions et espère obtenir l'adhésion de mon patient
		Intermédiaire	Je construis une relation centrée sur le patient, je peux utiliser des notions de psychologie pour mieux comprendre mon patient, j'accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation, je communique avec l'entourage et les intervenants de
		"Compétent"	Je mène en autonomie un entretien centré sur le patient, je maintiens la relation médecin-patient lors de situations qui posent problèmes, je communique sur mes erreurs, j'ai une relation opérationnelle avec l'entourage du patient et les intervenant médicaux-sociaux
6 Professionalisme	Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.	Novice	J'accepte mon rôle d'interne, je participe aux formations théoriques et pratiques du DES, j'entrevoit un projet professionnel
		Intermédiaire	Je manifeste un engagement pour la médecine générale, j'ai conscience que la formation continue est essentielle pour améliorer mes compétences, j'ai des objectifs de formation en lien avec mon projet professionnel
		"Compétent"	Je m'implique dans le rayonnement de la médecine générale, j'améliore mes compétences, je collabore avec les autres soignants, j'assume ma responsabilité envers le patient et la société

3) Objectifs secondaires : évaluer l'influence de la parentalité sur le choix des stages et sur le fait de se sentir plus ou moins à l'aise face aux familles de situations cliniques rencontrées durant l'internat

Le questionnaire ainsi que la méthode utilisée pour le construire ont été relus par deux membres du Groupe national d'experts du CNGE ayant travaillé sur le sujet : le Pr Claude Attali coordonnateur de ces travaux ainsi que le Pr Laurence Compagnon.

4/ Analyses statistiques

Les variables descriptives ont dans un premier temps été présentées et mises en forme à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Ces variables sont : sexe, âge, statut familial, semestres d'études, retard potentiel dans le DES, année spéciale réalisée, réalisation du SASPAS. Nous avons aussi décrit l'importance donnée aux gardes, à la charge de travail ainsi qu'à la localisation géographique dans le choix de stage. Enfin, seulement pour les internes parents, nous nous sommes intéressés à si la grossesse était désirée ou non ainsi qu'au nombre et à l'âge des enfants.

La répartition des effectifs entre parents et non parents a été analysée par la méthode de Chi² pour chacune des variables descriptives présentées ci-dessus.

Dans un second temps, l'influence de ces variables descriptives sur l'acquisition des compétences a été analysée à l'aide d'un modèle logistique, en incluant en-sus, la variable définissant la parentalité des internes. Ces modèles logistiques ont été utilisés pour déterminer quelles étaient les variables et les interactions les plus influentes entre ces dernières pour expliquer les différences d'acquis sur les six compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Les modèles présentés incluent uniquement les variables sélectionnées à l'aide du critère d'Akaike (AIC). Des tests post-hoc de Tukey ont pu être utilisés pour analyser des différences entre modalités de variable. Uniquement les variables exerçant une influence significative sur le niveau d'acquis par compétence seront présentées dans les résultats, sous entendant que les variables non présentées n'exercent pas d'influence notable.

Enfin, les notes attribuées aux onze familles de situations ont été analysées à l'aide du test de Kruskal-Walis, permettant d'interpréter la significativité de l'effet des variables descriptives, sans tenir compte de possibles interactions existantes entre elles. Des tests post-hoc avec correction de Bonferroni ont été réalisés pour analyser les différences entre modalités de variables.

Pour l'ensemble des valeurs, les tests statistiques sont considérés comme significatifs lorsque la p-value dépasse un seuil fixé à 5 %.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel R.

5/ Aspects réglementaires

Les réponses au questionnaire ont été recueillies de manière anonyme, sans identification directe possible.

L'étude menée était hors loi Jardé et ne nécessitait donc pas d'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni assurance, ni promoteur. Elle ne comportait pas de recueil de données sensibles.

Ce travail entrait dans le champ de la loi « informatique et libertés » en tant que projet de recherche n'impliquant pas la personne humaine. Une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été réalisée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous la référence 2227994.

V/ Résultats

1/ Recueil des données

Le recueil des données a débuté à la fin du mois de juin et s'est achevé à la fin du mois de juillet. Le questionnaire a été envoyé individuellement aux 564 internes de médecine générale de Marseille des promotions ECN 2019-2020-2021.

Au total, 345 questionnaires ont été recueillis soit un **taux de réponse de 59,2 %**. Parmi ceux-ci, neuf internes ont été exclus car actuellement futurs parents donc non classables en parent ou non parent. Seuls deux étudiants étaient en premier semestre, ils ont également été exclus car il n'était pas possible de faire une analyse statistique sur un si faible effectif. Ce sont alors 334 réponses qui ont été analysées (Figure 5).

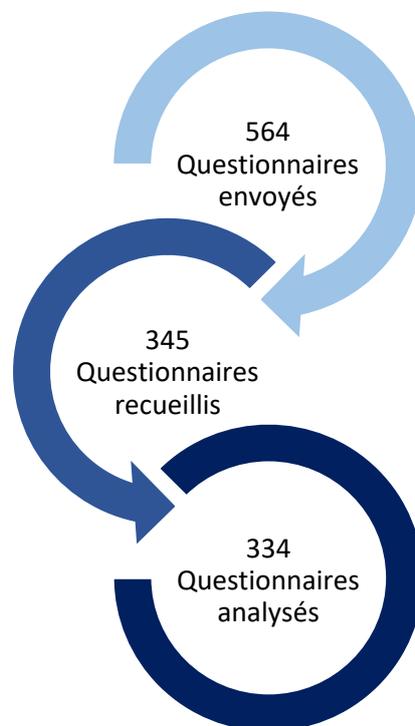


Figure 5 – Diagramme de flux

2/ Caractéristiques de la population étudiée

a. Population globale

Les internes de notre population globale d'étude sont répartis en 256 femmes et 78 hommes soit **76,7 % de femmes et 23,3 % d'hommes**.

Ils ont un **âge moyen de 28,0 ans** avec une étendue de 23 à 55 ans.

Dans notre population globale, les internes sont très majoritairement **en couple** : c'est le cas pour 74,2 % d'entre eux (N= 248). Par ailleurs, 24,6 % (N= 82) sont célibataires et 1,2 % (N= 4) parents séparés.

Concernant l'avancée dans le cursus des internes, comme attendu, la majorité des étudiants soit 90,9% (N= 307) sont en **semestres pairs** au moment du recueil de données (mois de juin/juillet). Ils sont répartis de la manière suivante : 26,3 % en S2 (N= 88), 1,8 % en S3 (N= 6), 38,9 % en S4 (N= 130), 6,3 % en S5 (N= 21) et 26,6 % en S6 (N= 89).

Enfin, la majorité des internes soit 85,6 % (N= 286) n'avaient **pas de retard** dans leur DES et n'avaient pas effectué d'année particulière du type surnombre validant/invalidant/congé parental/disponibilité (88,0 %, N= 294).

Ils sont 30 étudiants à avoir effectué le stage SASPAS. (Tableau 2).

Tableau 2 – Caractéristiques de la population globale

Caractéristiques de la population	Effectif	
	N	%
Sexe	Femme	256 76,7%
	Homme	78 23,3%
Age (Moyenne)	28,0	
Statut	Célibataire	82 24,6%
	En couple	248 74,2%
	Parent séparé	4 1,2%
Semestres	Semestre 2	88 26,3%
	Semestre 3	6 1,8%
	Semestre 4	130 38,9%
	Semestre 5	21 6,3%
	Semestre 6	89 26,6%
Retard dans le DES	Pas de retard	286 85,6%
	1 Semestre de retard	39 11,7%
	2 semestres de retard	9 2,7%
Dispositif particulier	Aucun dispositif particulier	294 88,0%
	Surnombre invalidant	21 6,3%
	Surnombre validant	12 3,6%
	Congé parental	7 2,1%
SASPAS réalisé	30	9,0%

b. Population parents et non parents

Nous avons par la suite étudié notre population selon le statut parental des internes. Notre échantillon est constitué de **18,6 % internes parents** et de **81,4 % internes non parents** (Figure 6).

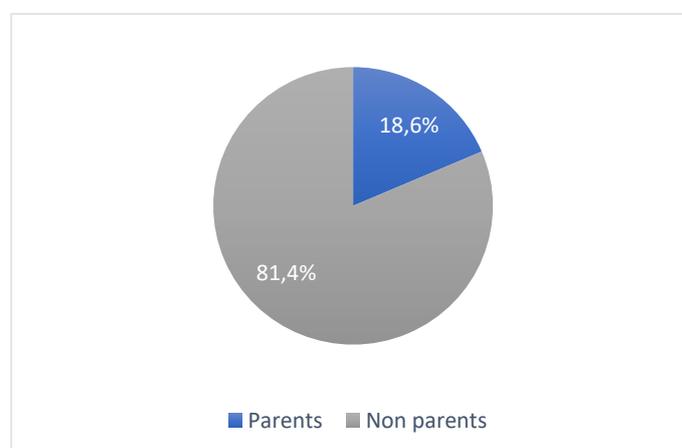


Figure 6 – Proportion d'internes parents et d'internes non parents

Comme pour la population globale, on retrouve une distribution des sexes avec une **majorité de femmes (77,4%)**. Cette répartition internes parents/non parents n'est pas significativement différente entre les hommes et les femmes (Chi^2 , $p=0.9555$).

Les internes parents sont significativement plus âgés que les internes non parents. En effet, l'âge moyen des internes avec des enfants est de 31 ans contre 26 ans pour les internes sans enfants (Wilcoxon, $p < 0.001$). L'âge maximal d'une personne ayant des enfants est de 55 ans contre 32 ans pour une personne n'ayant pas d'enfant. Parmi les parents, 54 % ont entre 25 et 30 ans et 41 % ont plus de 30 ans. Concernant les non parents, 69 % ont entre 25 et 30 ans et 30 % ont moins de 25 ans (Figure 7).

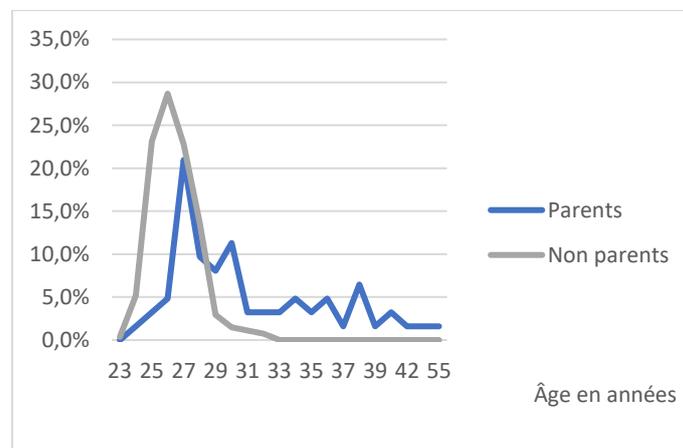


Figure 7 – Distribution des âges des internes parents et non parents

La majorité des internes parents et non parents sont **en couple (74,2 %)**. Par nature, aucun parent n'a un statut de célibataire car un parent est obligatoirement en couple ou parent séparé. Au contraire, une personne sans enfant ne peut pas être qualifiée de parent séparé.

Concernant l'avancée dans le cursus, la répartition des parents et non parents est significativement différente selon le semestre d'étude (sans tenir compte du semestre 3 pour lequel une seule personne n'ayant pas d'enfant a répondu au questionnaire), (Chi^2 , $p < 0.001$). Les internes parents sont répartis de la manière suivante : 12,9 % en S2, 8,1 % en S3, 21,0 % en S4, 16,1 % en S5 et 41,9% en S6. A contrario, 29,4 % des internes non parents sont en S2, 0,4 % en S3, 43,0 % en S4, 4,0 en S5 et 23,2 % en S6.

De la même manière que pour la population globale, les internes parents et non parents se trouvent majoritairement en semestres pairs. De manière logique au regard de la date de

recueil de nos données, les personnes en semestre impairs au moment de la réponse au questionnaire (mois de juin/juillet) sont majoritairement en retard d'au moins un semestre (85 % pour les semestres 3 et 5). Au contraire, les semestres pairs sont représentés par des personnes n'ayant majoritairement pas de retard (S2 : 100 % ; S4 : 90 % et S6 : 85 %). Parmi les personnes en semestres impairs on observe que la majorité des internes sont parents (S3 : 85 % de parents, S5 : 48 % de parents) alors que les personnes étant en semestres pairs sont majoritairement des non parents (entre 70 % et 90 % sur les semestres 2, 4 et 6) (Figure 8).

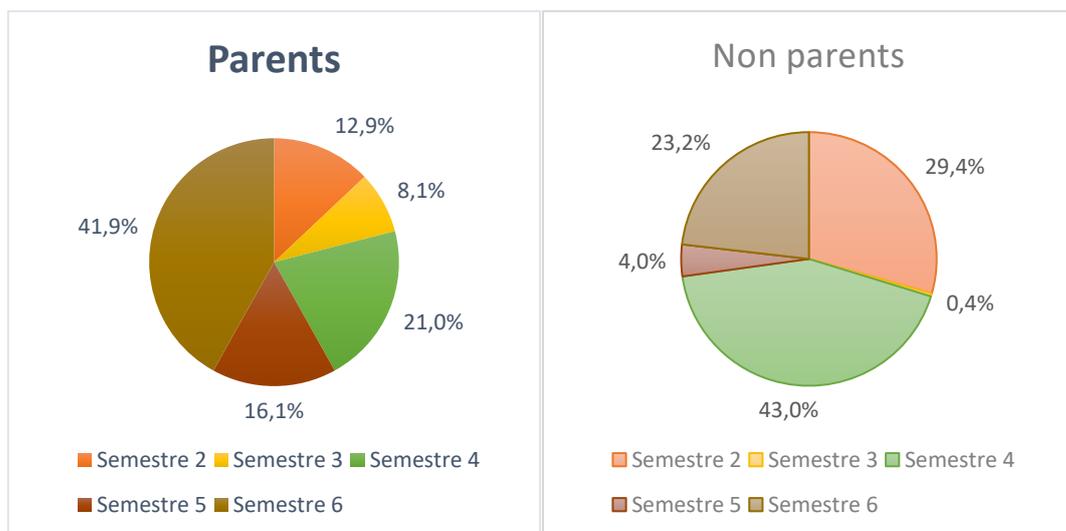


Figure 8 – Distribution des internes parents et non parents selon le semestre

Par ailleurs, on constate que les internes parents ont significativement plus de retard dans le DES (1 ou 2 semestres) que les internes non parents. En effet, 45,2 % des internes parents ont 1 ou 2 semestres de retard contre seulement 7,4 % pour les internes sans enfant. Les personnes ayant eu au moins un enfant au cours de leurs études sont plus fréquemment en retard (44 % en retard) que les non parents (7 % en retard) (χ^2 , $p < 0.001$).

De manière significative les internes parents ont eu recours à un dispositif particulier comme le surnombre validant (17,7 %), le surnombre invalidant (30,6 %), ou le congé parental (11,3 %). En revanche, seule une infime partie des internes sans enfants ont effectué un surnombre validant (0,4 %) ou invalidant (0,7 %). Par définition, aucun interne sans enfant n'a effectué de congé parental (Tableau 3).

Tableau 3– Caractéristiques de la population parents et non parents

Caractéristiques de la population		Parents		Non parents	
Sexe		N	%	N	%
	Femme	48	74,4%	208	76,5%
	Homme	14	22,6%	64	23,5%
Age (Moyenne)		31,4		26,4	
Statut					
	Célibataire			82	30,2%
	En couple	58	93,5%	190	69,8%
	Parent séparé	4	6,5%		
Semestres					
	Semestre 2	8	12,9%	80	29,4%
	Semestre 3	5	8,1%	1	0,4%
	Semestre 4	13	21,0%	117	43,0%
	Semestre 5	10	16,1%	11	4,0%
	Semestre 6	26	41,9%	63	23,2%
Retard dans le DES					
	Pas de retard	34	54,8%	252	92,6%
	1 Semestre de retard	23	37,1%	16	5,9%
	2 semestres de retard	5	8,1%	4	1,5%
Dispositif particulier					
	Aucun dispositif particulier	25	40,3%	269	98,9%
	Surnombre invalidant	19	30,6%	2	0,7%
	Surnombre validant	11	17,7%	1	0,4%
	Congé parental	7	11,3%		

À la question « Avez-vous choisi la médecine générale plutôt qu’une autre spécialité car vous souhaitez avoir des enfants pendant l’internat ? » 35,5% des parents ont répondu « Oui/plutôt oui » contre 7,0% pour les non parents. La différence de répartition des effectifs est significativement différente entre les deux populations (Chi 2, $p < 0.001$) (Figure 9).

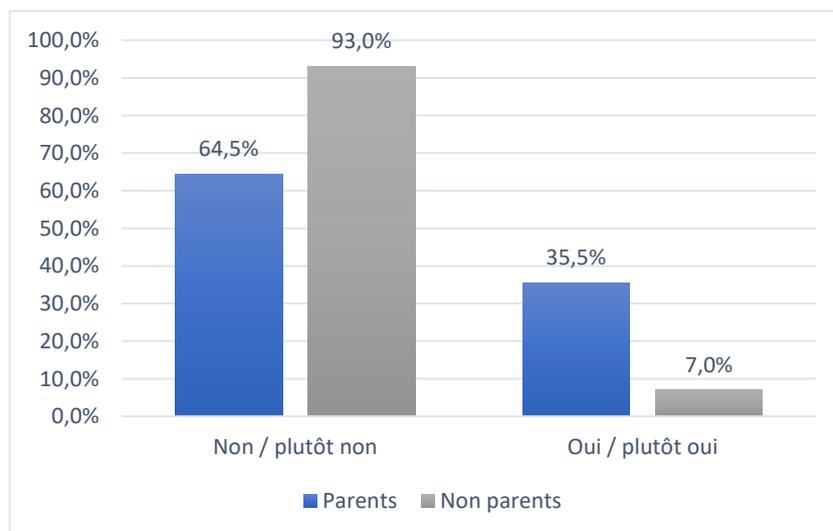


Figure 9 – Choix de la médecine générale comme spécialité

À la question « Vous sentez-vous informés concernant les dispositifs existants pour concilier parentalité et internat ? » 89,0 % des non-parents ont répondu « Non/plutôt non » contre 75,8 % pour les parents. La différence de répartition des effectifs est significativement différente entre les deux populations (Chi2, p = 0.01) (Figure 10).

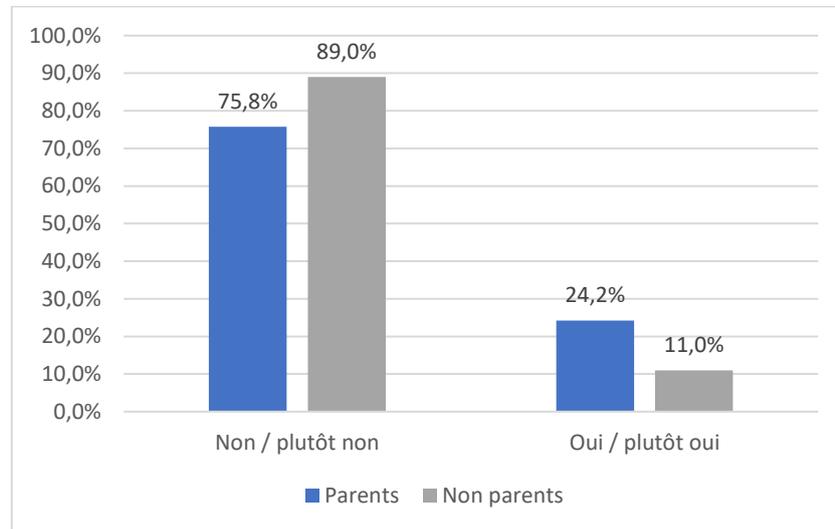


Figure 10 – Connaissance des dispositifs pour concilier parentalité et internat

c. Population de parents

Pour la majorité des internes soit **96,8 % parents la grossesse était désirée.**

La plupart des internes parents étaient **parent d'un seul enfant (62,9 %).**

Concernant l'âge des enfants nous nous sommes intéressés à l'âge du dernier enfant. Ainsi, **38,0 % des parents ont un enfant de moins de 1 an**, 27,4 % en ont un qui a entre 1 et 3 ans, et 27,4 % en ont un de plus de 3 ans (Tableau 4).

Tableau 4 – Caractéristiques de la population de parents

Caractéristiques de la population de parents	Effectif	
	N	%
Grossesse désirée		
Non	1	1,6%
Plutôt non	1	1,6%
Oui	55	88,7%
Plutôt oui	5	8,1%
Nombre d'enfants		
1	39	62,9%
2	17	27,4%
3 ou plus	6	9,7%
Age du dernier enfant		
<1 an	24	38,0%
Entre 1 et 3 ans	17	27,4%
Plus de 3 ans	17	27,4%

3/ Objectif principal

a. Généralités

Nous avons interrogé les internes pour connaître leurs opinions quant à l'influence de la parentalité sur leurs études.

La majorité des internes soit 86,9 % a répondu que selon eux la parentalité avait un effet positif ou plutôt positif sur l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. En revanche, les non parents sont significativement plus nombreux à penser qu'avoir un enfant durant l'internat est négatif pour l'acquisition des compétences nécessaires au médecin généraliste (15,0 % contre 4,8 %) (χ^2 , $p= 0.0395$) (Figure 11).

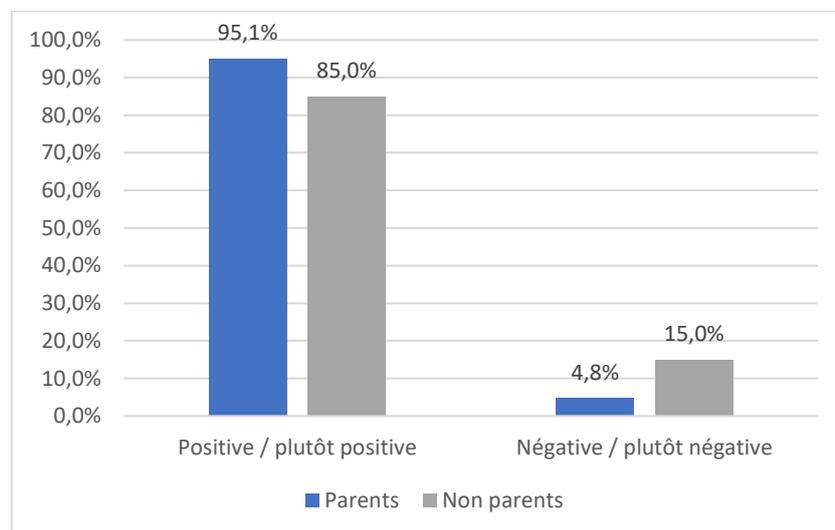


Figure 11 – Perception de l'influence de la parentalité sur l'acquisition des compétences

Nous nous sommes ensuite intéressés aux compétences avec lesquelles les internes se perçoivent le plus et le moins à l'aise.

Les internes qu'ils soient ou non parents se sentent le plus à l'aise avec la compétence « Relation, communication, approche centrée patient » à 41,9 % pour les parents et 42,3 % pour les non parents (χ^2 , $p = 0.0942$) suivi de la compétence « Premiers secours, incertitude, urgence » avec 19,4 % et 26,1 % pour les parents et non parents, et « Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire » avec 14,5 % et 17,6 % pour les parents et non parents. Le test du χ^2 n'est pas applicable sur la totalité de l'échantillon car seulement trois parents ont donné « Professionnalisme » en réponse, nous avons donc retiré cette proposition (Figure 12).

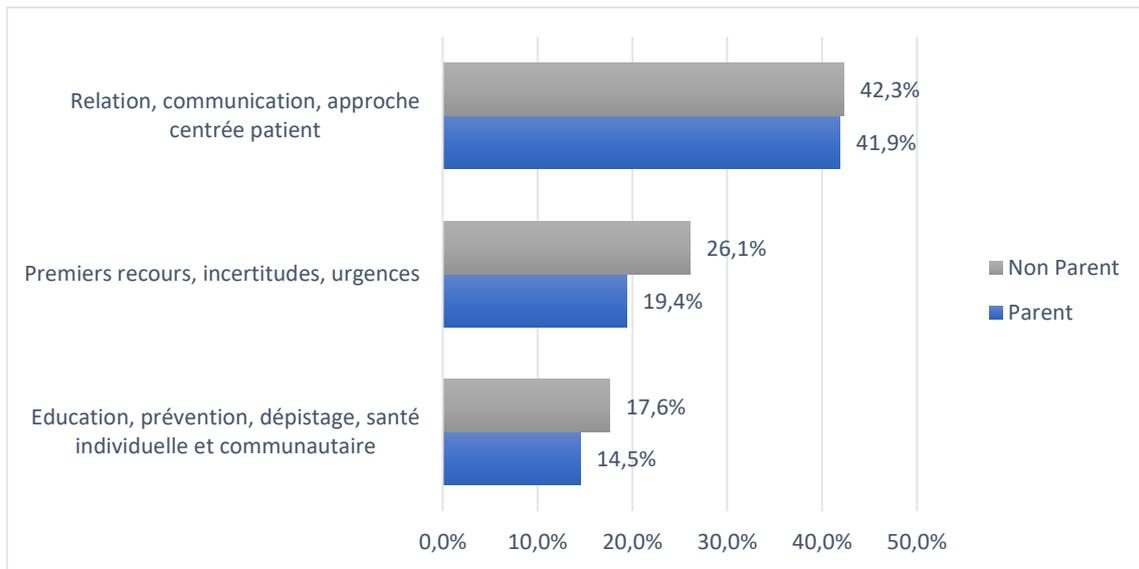


Figure 12 – Compétences avec lesquelles les internes se sentent le plus à l'aise

On observe une différence significative de réponse en fonction de la parentalité concernant la compétence avec laquelle les internes sont le moins à l'aise (χ^2 , $p = 0.011$). En effet, les parents répondent majoritairement à 53,2 % que la compétence avec laquelle ils sont le moins à l'aise est « Premiers recours, incertitude, urgence ». Pour les non parents, deux réponses se retrouvent en tête au même taux de réponses avec 27,6 % et 27,2 % respectivement « Premiers recours, incertitude, urgence » et « Approche globale, prise en compte de la complexité ». Comme précédemment, le test du χ^2 n'est pas applicable sur la totalité de l'échantillon car seulement deux parents ont donné « Professionnalisme » en réponse, et deux ont répondu « Relation, communication, etc. ». Nous avons donc retiré ces deux propositions (Figure 13).

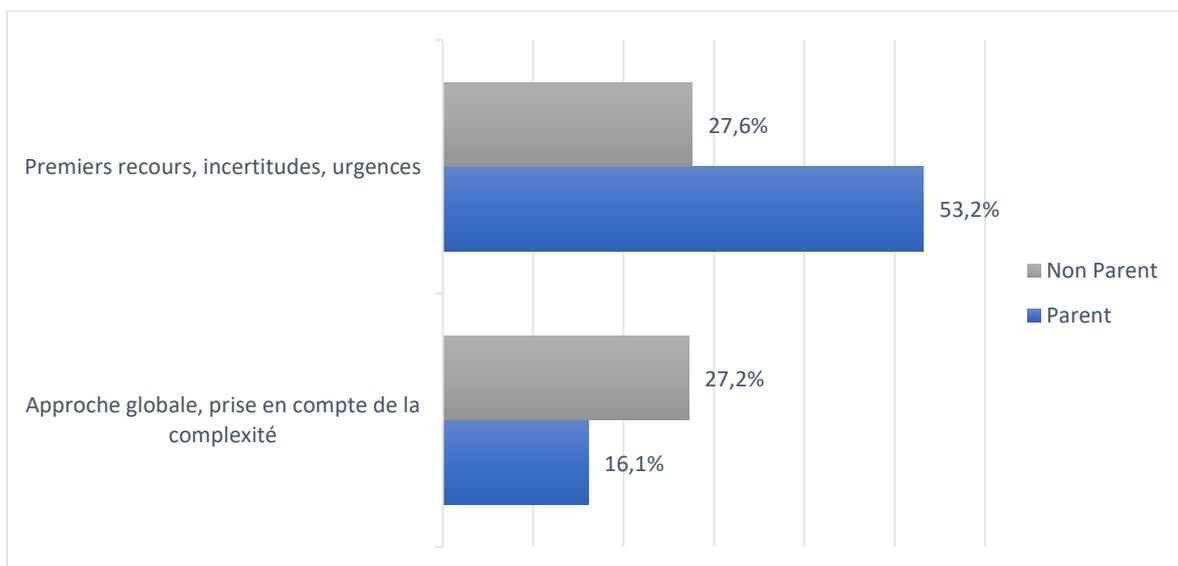


Figure 13 – Compétences avec lesquelles les internes se sentent le moins à l'aise

b. Détails de l'autoévaluation compétence par compétence

Compétence générique

La population globale d'internes s'est autoévaluée majoritairement soit 60,8 % comme ayant acquis la compétence générique contre 39,2 % ne l'ayant pas acquise.

Sans tenir compte de l'influence d'autres variables, il n'y a **pas d'effet de la parentalité** sur l'acquisition de la compétence générique car la proportion d'internes s'autoévaluant comme ayant acquis la compétence n'est pas significativement différente entre les internes parents et les internes non parents (Internes parents : 58,1 % ; interne non parents : 61,4 % ; GLM Binomiale, $p= 0.6287$) (Figure 14).

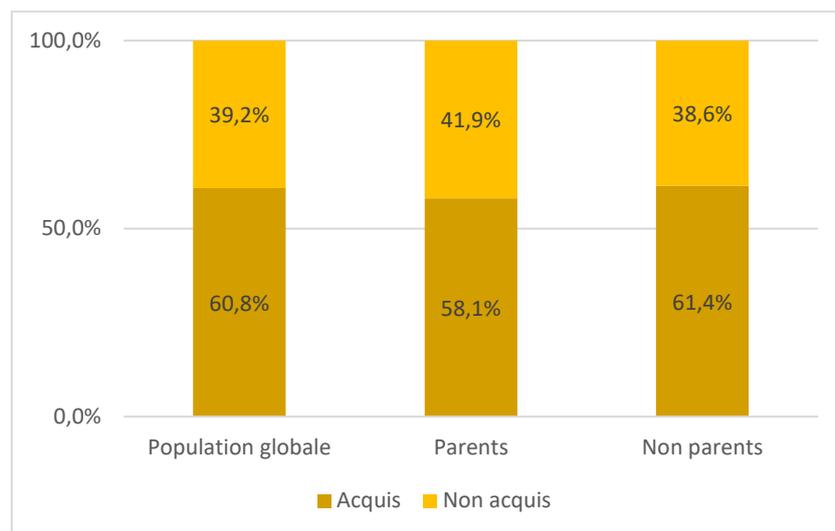


Figure 14 – Autoévaluation concernant la compétence générique

L'utilisation d'un modèle logistique sélectionnant les variables influentes parmi l'ensemble des variables descriptives permet de montrer que **le niveau d'acquisition de la compétence générique est influencé conjointement par l'année d'internat et la parentalité (interaction entre les deux variables)**. En effet, un pic d'étudiants s'autoévaluant comme ayant acquis la compétence générique en 2^e année est observé pour 82 % des parents, contre 50 % en 1^{ère} année et 40 % en 3^e année. Les fréquences des non parents s'autoévaluant comme ayant acquis la compétence générique varient entre 55 % et 65 % pour la 1^{ère}, 2^e et 3^e année.

Le niveau d'acquisition de la compétence générique est également influencé par les critères de choix de stages. En effet, les internes ayant choisi un stage moins utile à leur pratique pour avoir moins de gardes, ont mieux acquis cette compétence (55%).

Compétence 1 : Premier recours, Incertitudes, Urgences

La population globale d'internes s'est autoévaluée majoritairement soit 56,6 % comme ayant acquis la compétence 1 contre 43,4 % ne l'ayant pas acquise.

Sans tenir compte de l'influence d'autres variables, il n'y a **pas d'effet de la parentalité** sur l'acquisition de la compétence 1 car la proportion d'internes s'autoévaluant comme ayant acquis la compétence n'est pas significativement différente entre les internes parents et les internes non parents (Internes parents : 54,8 % ; interne non parents : 57,0 % ; GLM Binomiale, $p= 0.7585$) (Figure 15).

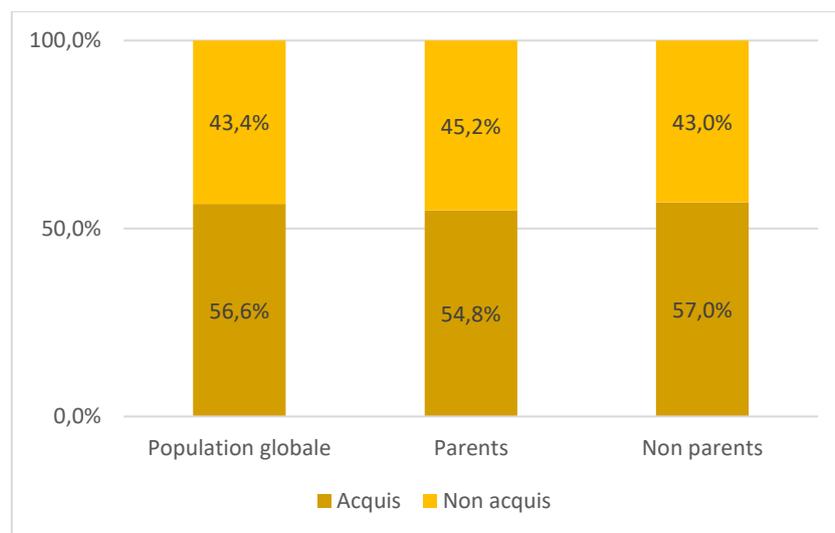


Figure 15 – Autoévaluation concernant la compétence 1 : Premier recours, Incertitudes, Urgences

L'utilisation d'un modèle logistique sélectionnant les variables influentes parmi l'ensemble des variables descriptives permet de montrer que **le niveau d'acquisition de la compétence est influencé conjointement par le sexe et la parentalité (interaction entre les deux variables)** : les femmes ayant un enfant s'estiment globalement avoir mieux acquis cette compétence (71 % versus 51 %). Les hommes sans enfant pensent globalement avoir mieux acquis cette compétence que les hommes ayant eu des enfants (69 % contre 35 %).

Le niveau d'acquisition de la compétence est influencé par l'année d'internat : les internes s'auto évaluent comme ayant acquis la compétence 1 à 58 % en 1^{ère} année, 67 % en 2^{ème} année et elle baisse significativement sous 50 % d'acquis en 3^e année.

Le niveau d'acquisition de la compétence est également influencé par les critères de choix de stages. En effet, les internes ayant choisi un stage moins utile à leur pratique pour avoir moins de gardes ont moins acquis cette compétence (41 % versus 52 %). Par ailleurs, les internes ayant choisi un stage moins utile à leur pratique pour avoir une charge de travail moins importante ont mieux acquis cette compétence (65 % versus 52 %).

Compétence 2 : Approche globale, prise en compte de la complexité

La population globale d'internes s'est autoévaluée majoritairement soit 74,6 % comme ayant acquis la compétence 2 contre 25,4 % ne l'ayant pas acquise.

Sans tenir compte de l'influence d'autres variables, il y a un **effet de la parentalité** sur l'acquisition de la compétence 2 car la proportion d'internes s'autoévaluant comme ayant acquis la compétence est significativement plus grande pour les internes non parents que pour les internes parents (Internes parents : 62,9 % ; interne non parents : 77,2 % ; GLM Binomiale, $p= 0.0237$) (Figure 16).

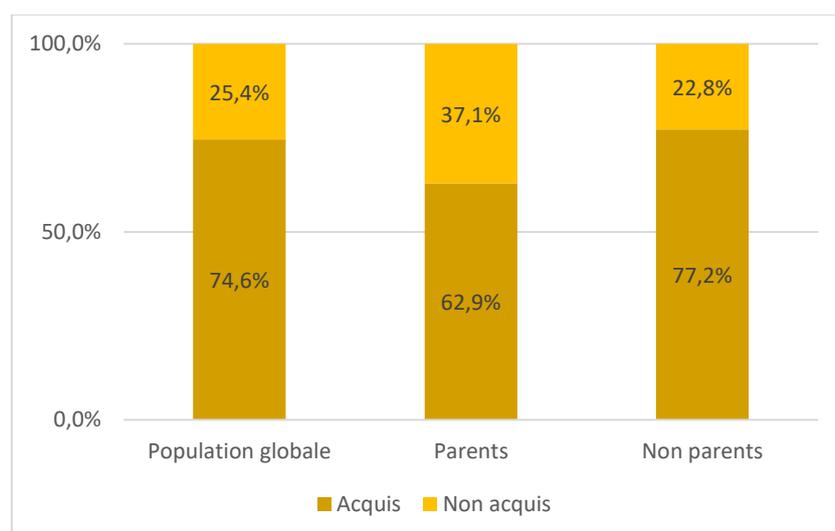


Figure 16 – Autoévaluation concernant la compétence 2 : Approche globale, prise en compte de la complexité

L'utilisation d'un modèle logistique sélectionnant les variables influentes parmi l'ensemble des variables descriptives permet de montrer que **le niveau d'acquisition de la compétence est influencé par l'année d'internat** : on remarque une diminution des acquis de cette compétence en 3^e année par rapport aux deux premières années d'internat (85 % en 1^{ère} année, 86 % en 2^e année et 52 % en 3^{ème} année).

Compétence 3 : Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire

La population globale d'internes s'est autoévaluée majoritairement soit 59,6 % comme ayant acquis la compétence 3 contre 40,4 % ne l'ayant pas acquise.

Sans tenir compte de l'influence d'autres variables, il y a un **effet de la parentalité** sur l'acquisition de la compétence 3 car la proportion d'internes s'autoévaluant comme ayant acquis la compétence est significativement différente entre les internes parents et les internes non parents.

En effet, les internes parents sont plus nombreux proportionnellement à s'autoévaluer comme ayant acquis la compétence 3 (Internes parents : 74,2 % ; interne non parents : 56,3 % ; GLM Binomiale, $p=0.0079$) (Figure 17).

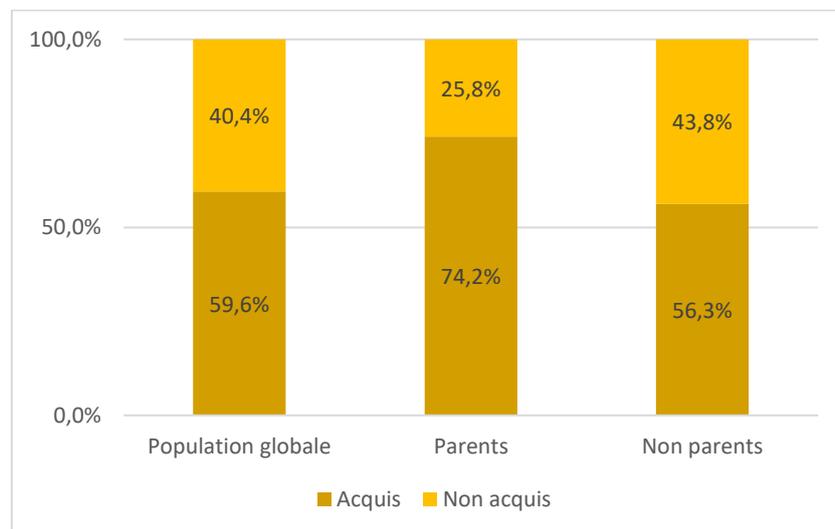


Figure 17 Autoévaluation concernant la compétence 3 : Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire

L'utilisation d'un modèle logistique sélectionnant les variables influentes parmi l'ensemble des variables descriptives permet de montrer que **le niveau d'acquisition est, en plus de la parentalité, influencé par le sexe** : les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à s'auto évaluer comme ayant acquis la compétence 3 (62% versus 50%).

Le niveau d'acquisition de la compétence est aussi influencé par l'année d'internat : les internes de 1^{ère} année s'autoévaluent comme ayant proportionnellement moins acquis cette compétence que les internes de 2^e et 3^e année (respectivement 48 %, 65 % et 62 % d'acquis).

Compétence 4 : Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

La population globale d'internes s'est autoévaluée majoritairement soit 64,7 % comme ayant acquis la compétence 4 contre 35,3 % ne l'ayant pas acquise.

Sans tenir compte de l'influence d'autres variables, il n'y a **pas d'effet de la parentalité** sur l'acquisition de la compétence 4 car la proportion d'internes s'autoévaluant comme ayant acquis la compétence n'est pas significativement différente entre les internes parents et les internes non parents (Internes parents : 64,5 % ; interne non parents : 64,7 % ; GLM Binomiale, $p= 0.9775$) (Figure 18).

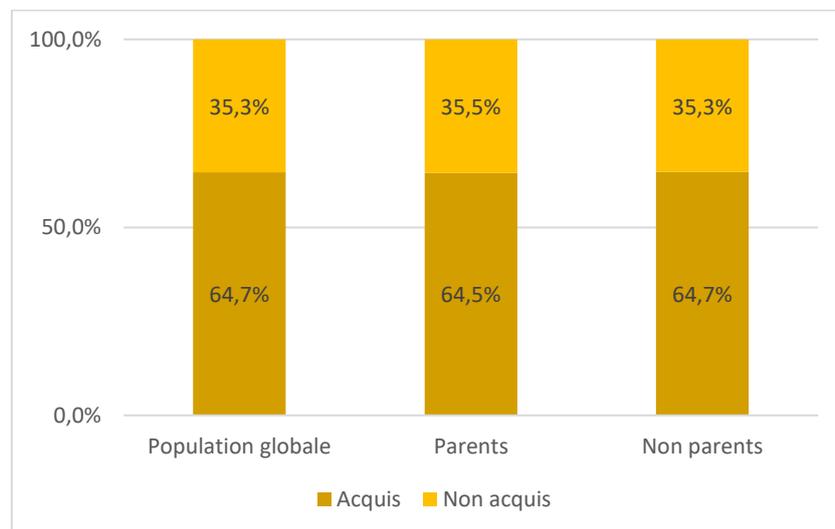


Figure 18 – Autoévaluation concernant la compétence 4 : Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

L'utilisation d'un modèle logistique sélectionnant les variables influentes parmi l'ensemble des variables descriptives permet de montrer que **le niveau d'acquisition de la compétence est influencé par le sexe** : les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à s'autoévaluer comme ayant acquis la compétence 4 (70 % versus 59 %).

Le niveau d'acquisition de la compétence est influencé par l'année d'internat : il y a un pic d'acquis en 2^{ème} année à 84 % contre 66 % en 1^{ère} année. Par ailleurs, les acquis chutent en 3^{ème} année à 42 %.

Compétence 5 : Relation, communication, approche centrée patient

La population globale d'internes s'est autoévaluée majoritairement soit 68,0 % comme ayant acquis la compétence 5 contre 32,0 % ne l'ayant pas acquise.

Sans tenir compte de l'influence d'autres variables, il n'y a **pas d'effet de la parentalité** sur l'acquisition de la compétence 5 car la proportion d'internes s'autoévaluant comme ayant acquis la compétence n'est pas significativement différente entre les internes parents et les internes non parents (Internes parents : 67,7 % ; interne non parents : 68,0 % ; GLM Binomiale, $p= 0.7752$) (Figure 19).

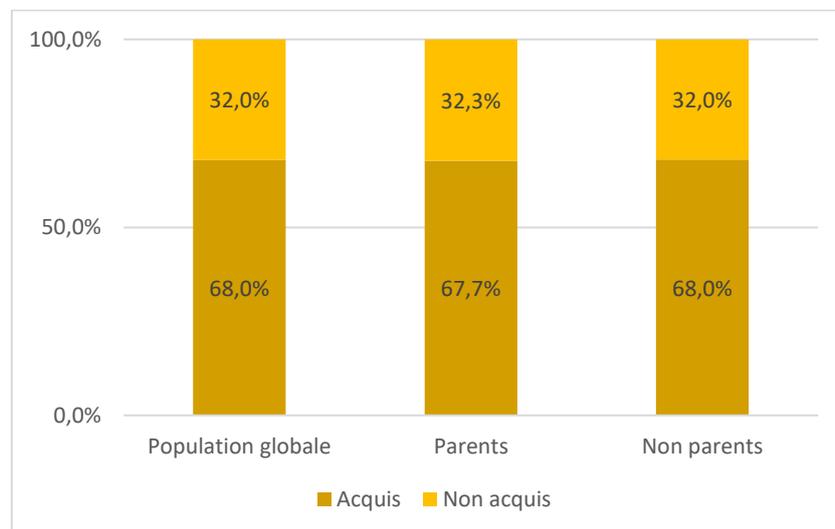


Figure 19 – Autoévaluation concernant la compétence 5 : Relation, communication, approche centrée patient

L'utilisation d'un modèle logistique sélectionnant les variables influentes parmi l'ensemble des variables descriptives permet de montrer que **le niveau d'acquisition de la compétence est influencé par l'année d'internat** : il y a un pic d'acquis en 2^{ème} année à 87 % contre 72 % en 1^{ère} année. Par ailleurs, les acquis chutent en 3^{ème} année à 38 %.

Le niveau d'acquisition de la compétence est également influencé par les critères de choix de stages. En effet, les internes parents n'ayant pas choisi un stage moins utile à leur pratique pour avoir moins de gardes, ont moins acquis cette compétence que les internes parents ayant choisi un stage moins utile à leur pratique pour avoir moins de gardes.

Compétence 6 : Professionnalisme

La population globale d'internes s'est autoévaluée majoritairement soit 50,3 % comme ayant acquis la compétence 6 contre 49,7 % ne l'ayant pas acquise.

Sans tenir compte de l'influence d'autres variables, il y a **un effet de la parentalité** sur l'acquisition de la compétence 6 car la proportion d'internes s'autoévaluant comme ayant acquis la compétence est significativement différente entre les internes parents et les internes non parents. En effet, les internes parents sont plus nombreux proportionnellement à s'autoévaluer comme ayant acquis la compétence 6 (Internes parents : 58,1 % ; interne non parents : 48,5 % ; $p = 0,011$) (Figure 20).

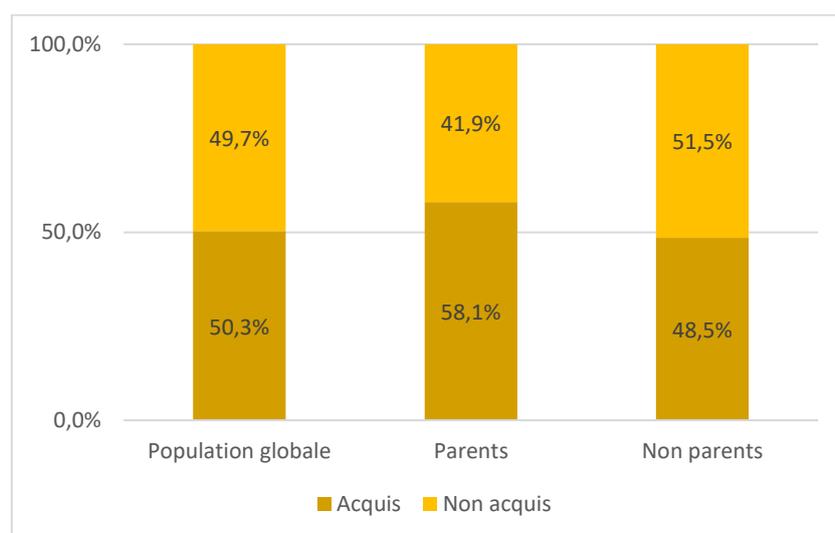


Figure 20 – Autoévaluation concernant la compétence 6 : Professionnalisme

L'utilisation d'un modèle logistique sélectionnant les variables influentes parmi l'ensemble des variables descriptives permet de montrer que **le niveau d'acquisition de la compétence est influencé par l'année d'internat en plus de la parentalité** : on remarque une diminution des acquis de cette compétence en 3^e année par rapport aux deux premières années d'internat. Les 3^e années pensent globalement avoir moins acquis cette compétence que les 1^{ère} année (54 %).

Conclusion de l'autoévaluation concernant l'acquisition des compétences nécessaires en médecine générale selon la parentalité :

Les internes se sont majoritairement autoévalués comme ayant acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale indépendamment de leur statut parental.

Les internes parents s'autoévaluent proportionnellement comme ayant mieux acquis les compétences : « Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire » et « Professionnalisme ».

Les internes non parents s'autoévaluent proportionnellement comme ayant mieux acquis la compétence « Approche globale, prise en compte de la complexité » (Figure 21).

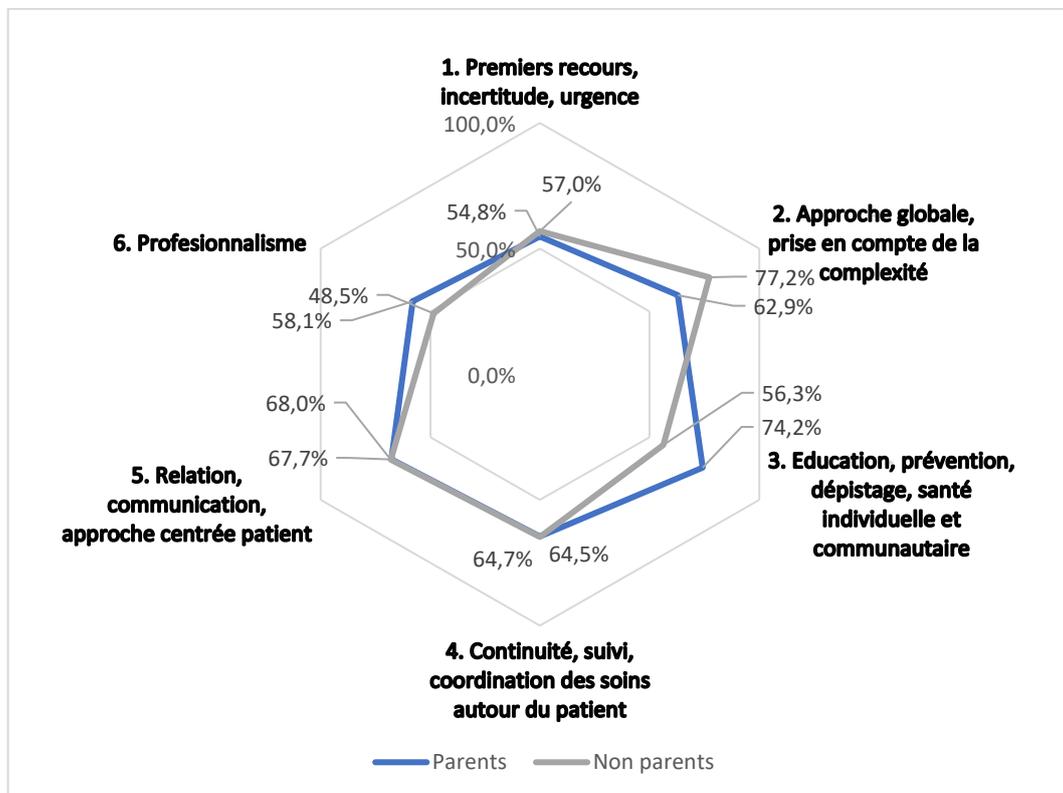


Figure 21 – Radar de l'autoévaluation des internes parents et non parents concernant les compétences nécessaires en médecine générale

4/ Objectifs secondaires

a. Facteurs influençant le choix des stages

Les Gardes

À la question : « Durant votre internat avez-vous choisi un stage moins utile à votre pratique pour avoir moins de gardes ? » la réponse est significativement différente selon les parents et les non parents (χ^2 , $p < 0.001$). Les parents choisissent préférentiellement moins de gardes (51,6 %) par rapport aux non parents pour qui cela est moins prioritaire (24,6 %).

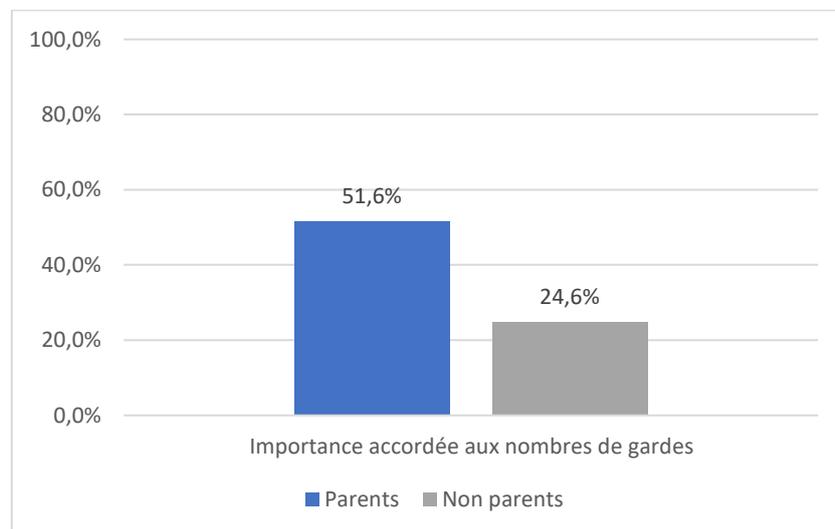


Figure 22 – Importance accordée aux nombres de gardes dans le choix de stage selon la parentalité

La charge de travail

À la question : « Durant votre internat avez-vous choisi un stage moins utile à votre pratique pour avoir une charge de travail moins importante ? » la réponse est significativement différente selon les parents et les non parents (χ^2 , $p = 0.002$). Les parents choisissent préférentiellement une charge de travail moins importante (56,5 %) par rapport aux non parents pour qui cela est moins prioritaire (34,6 %).

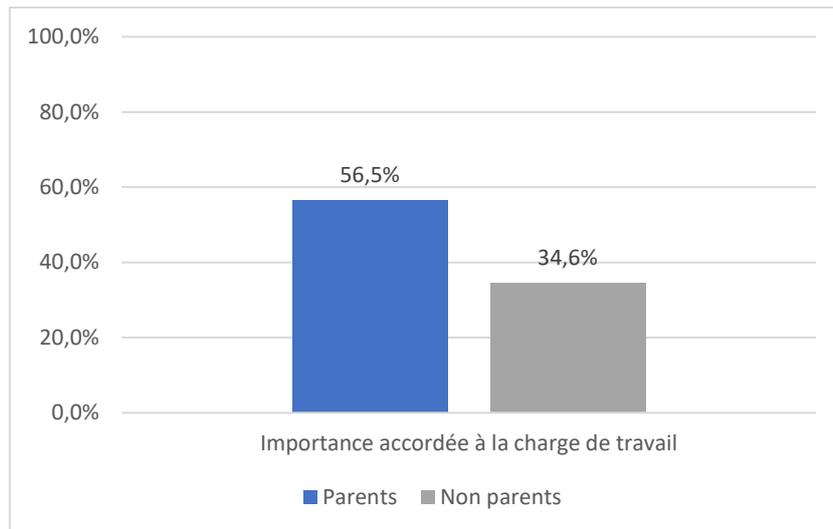


Figure 23– Importance accordée à la charge de travail dans le choix de stage selon la parentalité

La localisation géographique

À la question : « Durant votre internat avez-vous choisi un stage moins utile à votre pratique pour être proche géographiquement de votre domicile ? » la réponse est significativement différente selon les parents et les non parents (χ^2 , $p < 0.001$). Les parents choisissent préférentiellement un stage à proximité (74,2 %) par rapport aux non parents pour qui cela est moins prioritaire (44,1 %).

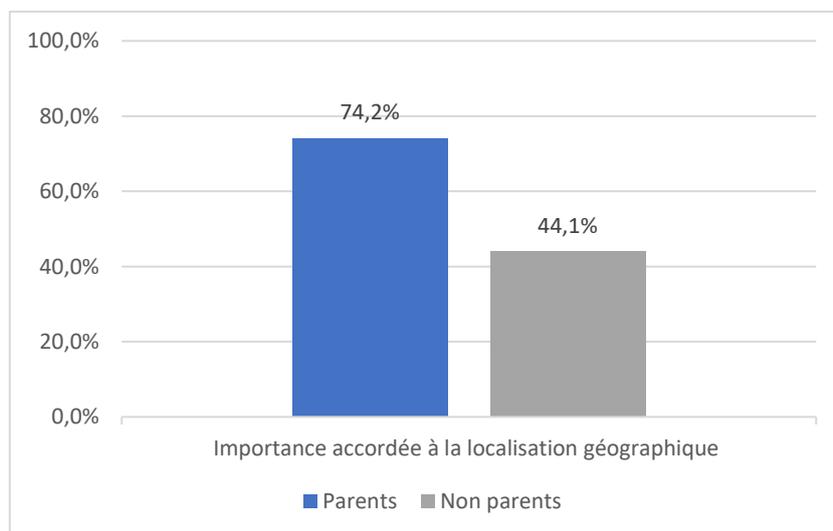


Figure 24 – Importance accordée à la localisation géographique dans le choix de stage selon la parentalité

Autres facteurs

Nous avons ensuite demandé aux internes de donner une note de 1 à 5 selon l'importance qu'ils accordaient aux critères de stage suivants : Utilité à la pratique, charge de travail, ambiance de travail, noté sur le site d'évaluation des stages, nombre de co-internes.

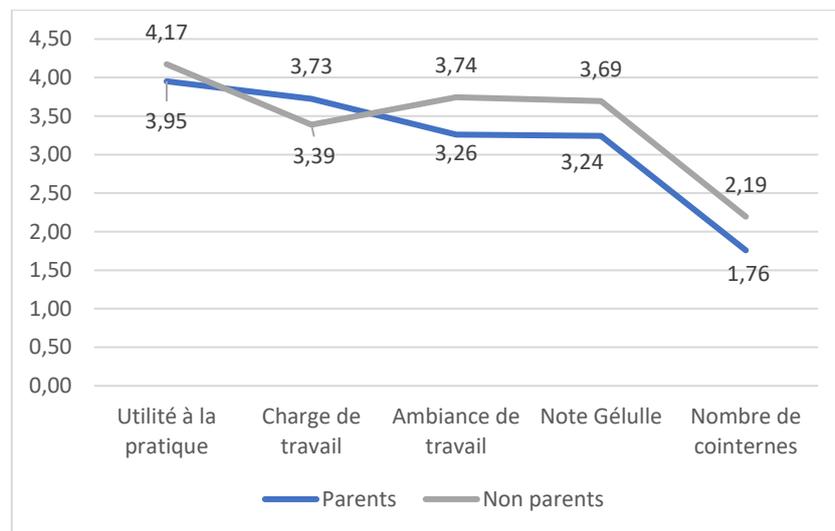


Figure 25 – Courbes de tendance des critères de choix de stage en fonction de la parentalité

b. Familles de situations rencontrées en stage

Les internes ont été invités à s'autoévaluer en donnant une note de 0 à 10 concernant leur aisance dans les onze familles de situations rencontrées en médecine générale.

Nous avons ensuite regardé quelles variables pouvaient influencer sur l'aisance dans les familles de situations. Seules les variables exerçant une influence significative sont présentées.

Situation 1 : Pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence

Les parents sont significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec les pathologies chroniques et poly-morbidité à forte prévalence (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p=0.011$; réponse médiane de 7 contre 6 sur 10).

Il y a une **différence significative selon le sexe** ($p=0.046$). Les hommes sont plus à l'aise que les femmes avec une réponse médiane de 7 contre 6 pour les femmes.

Il y a une **différence significative selon l'âge des internes**. Les internes entre 20 et 25 ans (médiane = 6) sont moins à l'aise que les internes plus âgés (différence significative de ce groupe avec la classe d'âge 25-30 ans et 30 ans et plus ($p=0.015$ et $p=0.030$). Il n'y a pas de différence entre les internes âgés de 25 à 30 ans et ceux ayant 30 ans et plus (médiane = 7, $p = 0.37$).

Il y a une **différence selon l'année d'internat** (Kruskal-Wallis ; $p < 0.001$). Les 1^{ères} années sont moins à l'aise (médiane = 6) alors que les 2^{ème} et 3^{ème} année ont une médiane égale à 7 ; avec notamment un plus grand nombre d'internes qui ont répondu une note supérieure à 7 en 3^{ème} année.

Nous n'avons pas retrouvé d'influence des critères de choix de stage sur l'aisance dans la situation 1.

L'âge du dernier enfant n'a pas d'influence sur l'aisance dans la situation 1.

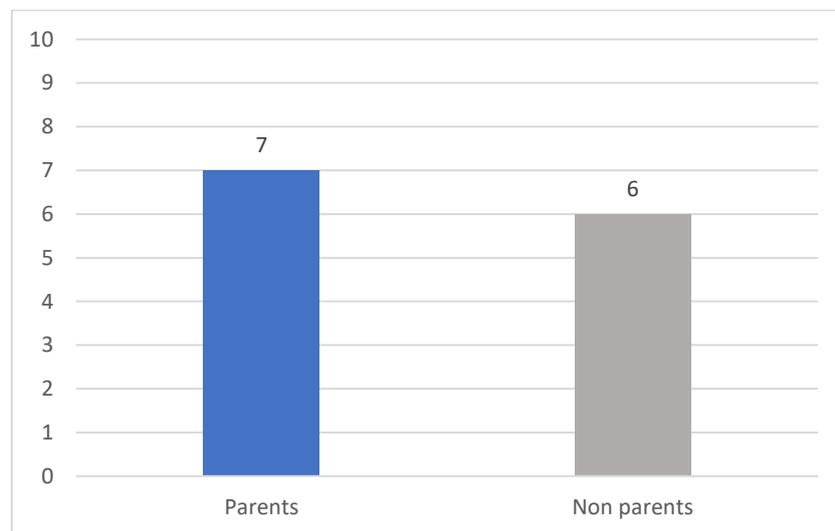


Figure 26 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 1 : pathologies chroniques et poly-morbidité à forte prévalence (médiane d'une note sur 10)

Situation 2 : Problèmes aigus non programmés, fréquents

Les parents ne sont pas significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec les problèmes aigus non programmés, fréquents (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p = 0.3594$; réponse médiane de 8 sur 10 pour les deux groupes).

Il y a une **différence selon l'année d'internat** (Kruskal-Wallis ; $p < 0.001$). Les 1^{ères} années sont moins à l'aise (médiane = 7) alors que les 2^{ème} et 3^{ème} année ont une médiane égale à 8 ; avec

notamment un plus grand nombre d'internes qui ont répondu une note supérieure à 8 en 3^{ème} année.

Nous n'avons pas retrouvé d'influence du sexe ou de l'âge des internes sur l'aisance dans la situation 2.

Nous n'avons pas retrouvé d'influence des critères de choix de stage sur l'aisance dans la situation 2.

L'âge du dernier enfant n'a pas d'influence sur l'aisance dans la situation 2.

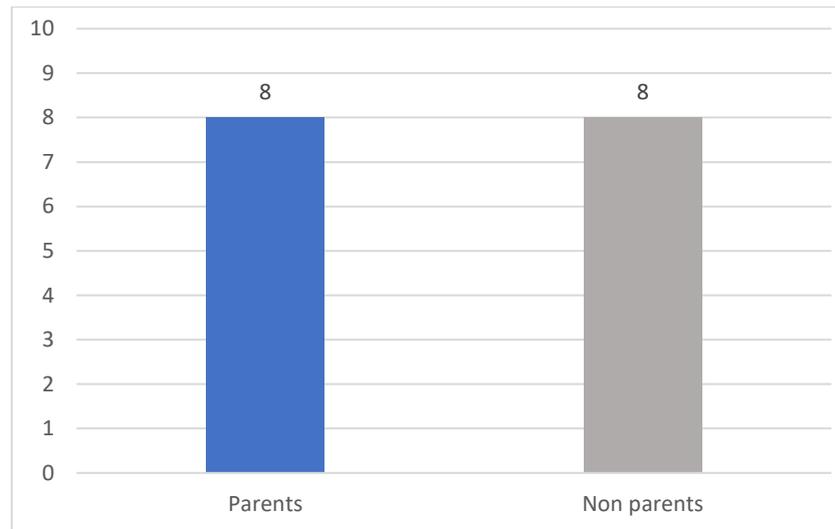


Figure 27 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 2 : problèmes aigus non programmées, fréquents (médiane d'une note sur 10)

Situation 3 : Problèmes aigus dans le cadre d'urgences réelles ou ressenties

Les parents ne sont pas significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec les problèmes aigus dans le cadre d'urgence réelles ou ressenties (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p = 0.7341$; réponse médiane de 7 pour les deux groupes).

Il y a une **différence significative selon le sexe** ($p = 0.001$). Les hommes sont plus à l'aise avec la situation 3. Les médianes des deux groupes sont de 7 mais les valeurs sont plus souvent proches de 7 ou 8 chez les hommes alors qu'on observe au moins 25 % des valeurs de score de 6 ou moins chez les femmes.

Il y a une **différence selon l'année d'internat** entre notamment les 1^{ère} année et les 3^{ème} année ($p = 0.0106$). La médiane est de 7 pour les 3 groupes mais les valeurs sont globalement plus concentrées entre 7 et 8 en 3^e année par rapport à la 1^{ère} année.

Il y a une **différence significative selon les critères de choix de stage**. Les internes n'ayant pas choisi un stage moins utile à leur pratique pour avoir moins de gardes se sentent significativement plus à l'aise dans la situation 3 ($p=0.01515$). De la même manière, les internes n'ayant pas choisi un stage moins utile à leur pratique pour avoir moins de charge de travail se sentent significativement plus à l'aise dans la situation 3 ($p=0.0207$).

Nous n'avons pas retrouvé d'influence de l'âge des internes sur l'aisance dans la situation 3.

L'âge du dernier enfant n'a pas d'influence sur l'aisance dans la situation 3.

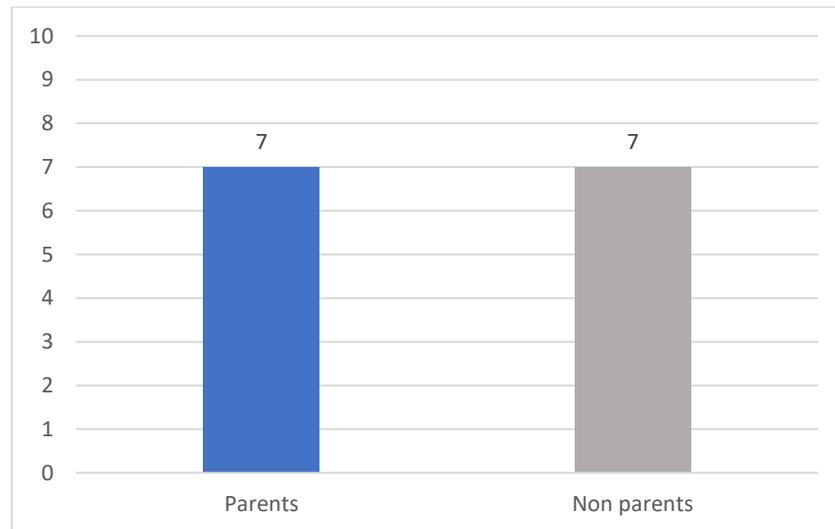


Figure 28 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 3 : problèmes aigus dans le cadre d'urgences réelles ou ressenties (médiane d'une note sur 10)

Situation 4 : Santé de l'enfant et de l'adolescent

Les parents sont significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec la santé de l'enfant et de l'adolescent (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p < 0.0001$; réponse médiane de 7 pour les parents contre 6 pour les non parents).

Il y a une **différence significative selon l'âge des internes**. Les internes entre 20 et 25 ans sont significativement moins à l'aise avec la situation 4 que les internes plus âgés ayant entre 25 et 30 ans (médiane = 6 contre médiane = 7 ; $p=0.0001$).

Il y a une **différence significative selon l'année d'internat** ($p < 0.0001$). En effet, la médiane est de 5 pour les internes de 1^{ère} année contre 7 pour les 2^e et 3^e années.

Il y a une **différence significative selon les critères de choix de stage**. Les internes ayant choisi un stage moins utile à leur pratique pour avoir moins de gardes se sentent significativement plus à l'aise dans la situation 4 ($p=0.0017$). De la même manière, les internes ayant choisi un

stage moins utile à leur pratique pour avoir moins de charge de travail se sentent significativement plus à l'aise dans la situation 4 ($p= 0.0487$). Par ailleurs, il y a une influence significative du fait d'avoir choisi un stage plus proche géographiquement mais potentiellement moins formateur sur le fait de se sentir à l'aise dans la situation 4 ($p= 0.0320$).

Il y a une **différence significative en fonction de l'âge du dernier enfant** ($p<0.0001$).

Il n'y a pas de différence significative selon le sexe bien que les femmes aient répondu une note médiane plus élevée que les hommes ($p = 0.090$).

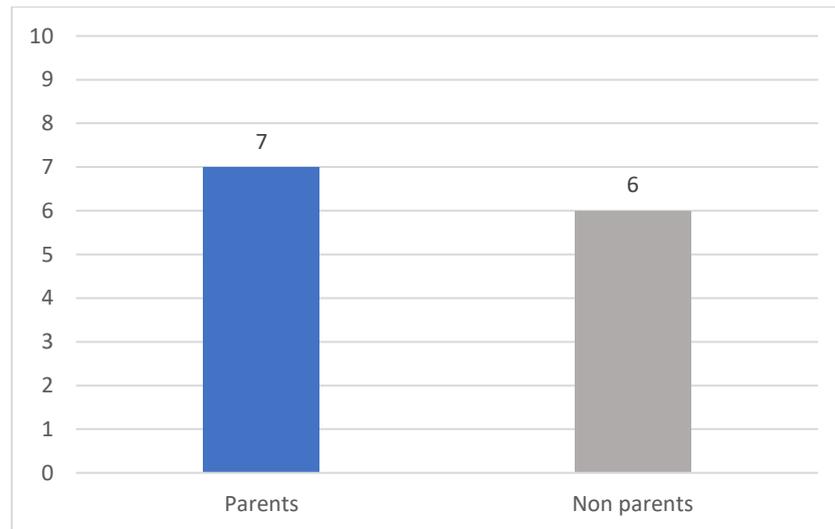


Figure 29 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 4 : santé de l'enfant et de l'adolescent (médiane d'une note sur 10)

Situation 5 : Sexualité et génitalité

Les parents sont significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec la sexualité et la génitalité (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p= 0.0003$; réponse médiane de 7 pour les parents contre 6 pour les non parents).

Il y a une **différence significative selon l'âge des internes**. Les internes entre 20 et 25 ans sont significativement moins à l'aise (médiane = 6) avec la situation 5 que les internes plus âgés (25-30 ans médiane = 7 ; $p= 0.0038$ et 30 ans et plus médiane = 7 ; $p= 0.0017$).

Il y a une **différence significative selon l'année d'internat** ($p< 0.001$). En effet, la médiane est de 6 pour les internes de 1^{ère} année avec un 1^{er} quartile à 4 et un 3^e quartile à 6, la médiane est de 6 également pour les 2^e année mais avec des 1^{er} et 3^e quartile plus élevés (respectivement 5 et 8). Enfin, la note médiane est de 7 pour les 3^e années avec un 1^{er} quartile à 6 et un 3^e quartile à 8.

Il y a une **différence significative concernant la proximité géographique** du lieu de stage ($p=0.0232$).

Il y a une **différence significative en fonction de l'âge du dernier enfant** ($p=0.0036$).

Nous n'avons pas retrouvé d'influence du sexe des internes sur l'aisance dans la situation 5.

Nous n'avons pas retrouvé d'influence des autres critères de choix de stages sur l'aisance dans la situation 5.

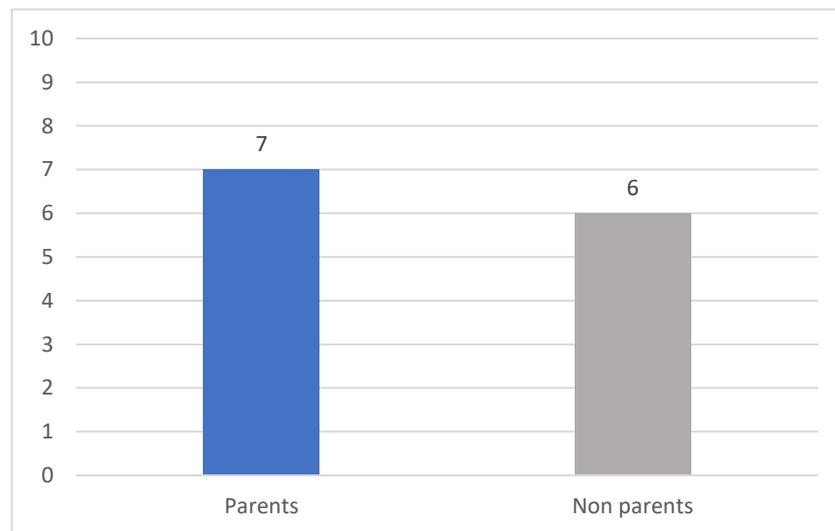


Figure 30 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 5 : sexualité et génitalité (médiane d'une note sur 10)

Situation 6 : Histoire familiale et vie de couple

Les parents sont significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec l'histoire familiale et la vie de couple (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p < 0.0001$; réponse médiane de 7 pour les parents contre 6 pour les non parents).

Il y a une **différence significative selon l'âge des internes**. Les notes médianes augmentent significativement avec les classes d'âges (5, 6 et 7 respectivement pour les classes de 20 à 25 ans, de 25 à 30 ans et de 30 ans et plus). La différence est marginale entre les deux classes les plus jeunes ($p = 0.0986$), mais bien significative au seuil de 5 % pour les deux comparaisons avec la classe des internes âgés de 30 ans et plus.

Il y a une **différence significative selon l'année d'internat** ($p = 0.0499$). Les tests post-hoc 2 à 2 ne montrent pas de différence au seuil de 5 % après correction de Bonferroni, mais seulement une différence marginale entre les notes données entre la 1^{ère} et la 3^{ème} année (note de la 3^{ème} année plus élevées qu'en 1^{ère} année ; $p = 0.056$).

Il y a une **différence significative concernant les gardes** dans le choix du stage ($p= 0.0232$). En effet, les internes n'ayant pas choisi un stage moins utile à leur pratique pour avoir moins de gardes se sentent significativement plus à l'aise dans la situation 6 ($p= 0.0230$).

Il y a une **différence significative en fonction de l'âge du dernier enfant** ($p= 0.0036$).

Nous n'avons pas retrouvé d'influence du sexe des internes sur l'aisance dans la situation 6.

Nous n'avons pas retrouvé d'influence des autres critères de choix de stages sur l'aisance dans la situation 6.

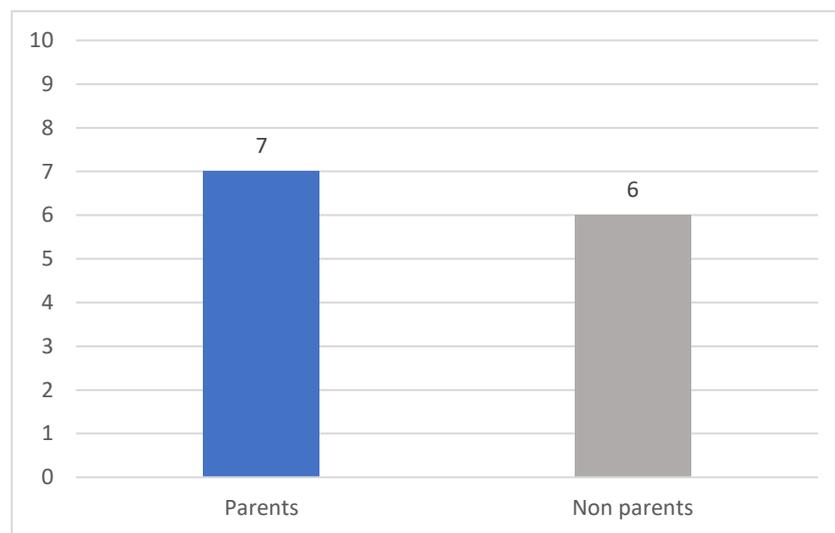


Figure 31 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 6 : histoire familiale et vie de couple (médiane d'une note sur 10)

Situation 7 : Problèmes de santé et/ou souffrance liés au travail

Les parents sont significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec les problèmes de santé et/ou la souffrance liés au travail (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p= 0.0023$; réponse médiane de 7 pour les parents contre 6 pour les non parents).

Il y a une **différence significative selon l'âge des internes** ($p = 0.083$). Les internes âgés de 30 ans ou plus ont répondu une note de 7 ou moins pour 50 % d'entre eux, contre 6 ou moins pour les internes entre 20 et 30 ans.

Il y a une **différence significative selon l'année d'internat** ($p = 0.00215$). Les tests post-hoc 2 à 2 montrent une différence entre les notes données entre la 1^{ère} année (plus faible) et les notes des 2^e et 3^e année (plus élevées, respectivement $p = 0.0182$ et $p = 0.0041$).

Il y a une **différence significative en fonction de l'âge du dernier enfant** ($p= 0.01422$).

Nous n'avons pas retrouvé d'influence du sexe des internes sur l'aisance dans la situation 7.

Nous n'avons pas retrouvé d'influence des critères de choix de stages sur l'aisance dans la situation 7.

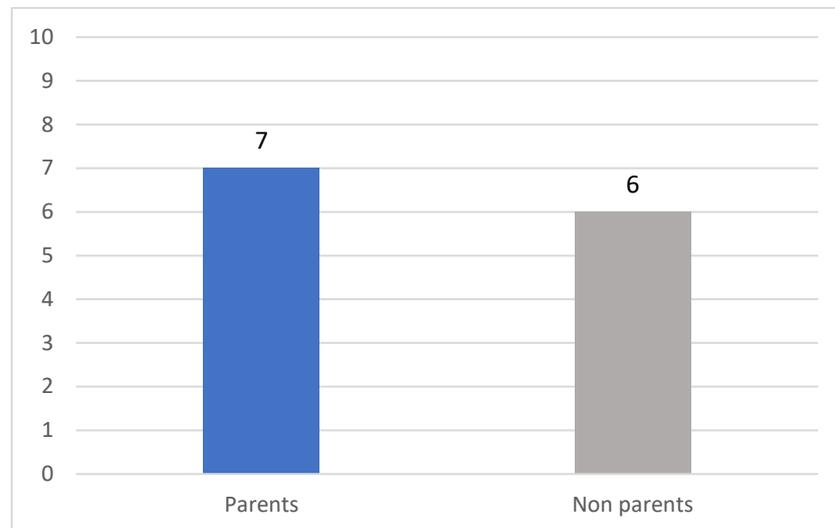


Figure 32 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 7 : problèmes de santé et/ou souffrance liés au travail (médiane d'une note sur 10)

Situation 8 : Aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/médocolégaux

Concernant la situation 8, on constate que les notes sont globalement plus faibles que pour les situations précédentes.

Les parents sont significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/médocolégaux (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p= 0.002385$; réponse médiane de 5 pour les parents contre 4 pour les non parents).

Il y a une **différence significative selon le sexe** ($p= 0.03092$). Les hommes ont répondu des notes globalement plus élevées malgré deux médianes identiques (égales à 6). Une plus grande partie de femmes a donné une note de 3 comparé aux hommes.

Il y a une **différence significative selon l'âge des internes** ($p= 0.005343$). Les internes âgés de 30 ans ou plus ont répondu une note de 6 ou moins dans 50 % des cas. Cette note est significativement différente de la note médiane donnée par la classe d'âge 20-25 ans (médiane = 4).

Il y a une **différence significative selon l'année d'internat** ($p= 0.006428$). Les tests post-hoc 2 à 2 montrent une différence entre les notes données entre la 1^{ère} année (plus faible) et les notes des 3^{ème} année (plus élevées, $p= 0.0067$).

Il y a une **différence significative en fonction de l'âge du dernier enfant** ($p= 0.003047$).

Nous n'avons pas retrouvé d'influence des critères de choix de stages sur l'aisance dans la situation 8.

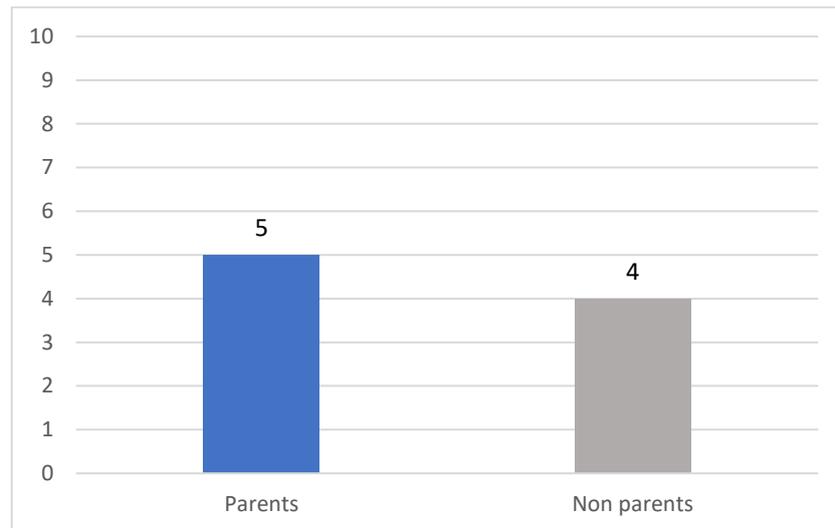


Figure 33 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 8 : aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/médocolégaux (médiane d'une note sur 10)

Situation 9 : Patients difficiles, exigeants

Les parents sont significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec des patients difficiles, exigeants (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p= 0.0316$; réponse médiane de 6 pour les parents contre 5 pour les non parents).

Il y a une **différence significative selon le sexe** ($p= 0.2586$). Les hommes ont répondu des notes globalement plus élevées malgré deux médianes légèrement différentes (homme = 5.5 et femme = 5). Une plus grande partie de femmes a donné une note de 3 comparé aux hommes.

Il y a une **différence significative selon l'âge des internes** ($p= 0.003994$). Les notes sont globalement plus élevées chez les internes âgés de 25 à 30 ans et de 30 ans et plus, comparé aux internes âgés de 20 à 25 ans.

Il y a une **différence significative selon l'année d'internat** ($p = 0.0003608$). Les tests post-hoc 2 à 2 montrent une différence entre les notes données entre la 1^{ère} année (plus faible) et les notes des 2^e et 3^e année (plus élevées, respectivement $p = 0.00196$ et $p = 0.0008$).

Il y a une **différence significative en fonction de l'âge du dernier enfant** ($p = 0.01989$).

Nous n'avons pas retrouvé d'influence des critères de choix de stages sur l'aisance dans la situation 9.

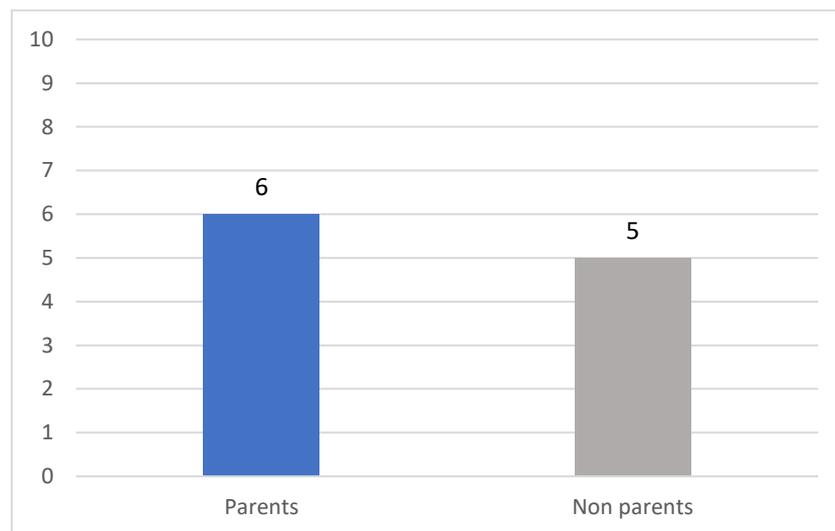


Figure 34 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 9 : patients difficiles, exigeants (médiane d'une note sur 10)

Situation 10 : Problèmes sociaux

Les parents ne sont pas significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec des problèmes sociaux mais la p-value est proche du seuil de 5% (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p = 0.05468$; réponse médiane de 6 pour les parents contre 5 pour les non parents).

Il y a une **différence significative selon l'année d'internat** ($p = 0.002814$). Les tests post-hoc 2 à 2 montrent une différence entre les notes données entre la 1^{ère} année (plus faibles) et les notes des 2^e et 3^e année (plus élevées, respectivement $p = 0.0015$ et $p = 0.0663$).

Nous n'avons pas retrouvé d'influence du sexe des internes sur l'aisance dans la situation 10.

Nous n'avons pas retrouvé d'influence de l'âge des internes sur l'aisance dans la situation 10.

On note tout de même que les notes sont globalement plus élevées chez les internes âgés de 30 ans et plus, comparé aux internes âgés de 20 à 25 ans ($p = 0.077$).

Nous n'avons pas retrouvé d'influence des critères de choix de stages sur l'aisance dans la situation 10.

L'âge du dernier enfant n'a pas d'influence sur l'aisance dans la situation 10.

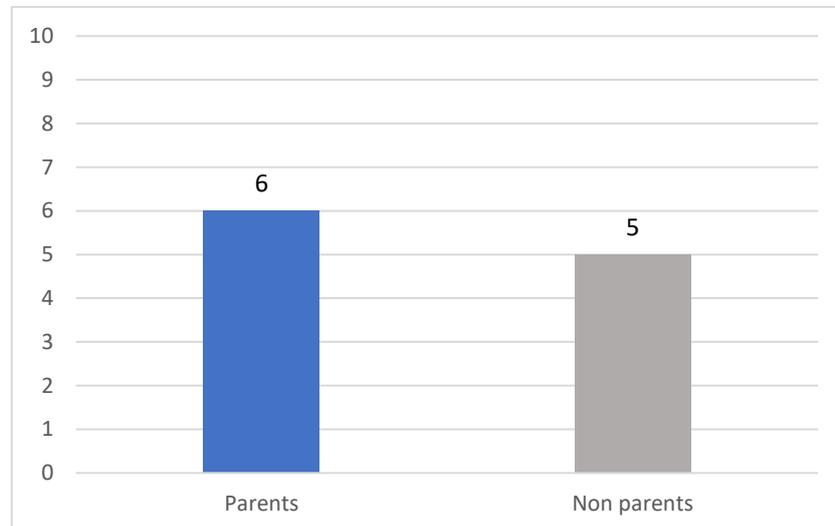


Figure 35 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 10 : problèmes sociaux (médiane d'une note sur 10)

Situation 11 : Patients d'une autre culture

Les parents sont significativement plus à l'aise que les non parents face aux situations en lien avec des patients d'une autre culture (Test de médiane Kruskal-Wallis ; $p= 0.01764$; réponse médiane de 7 pour les parents contre 6 pour les non parents).

Il y a une **différence significative selon l'âge des internes** ($p= 0.02834$). Les notes sont globalement plus élevées chez les internes âgés de 30 ans et plus, comparé aux internes âgés de 20 à 25 ans ($p= 0.02$) et de 25 à 30 ans ($p = 0.02$).

Nous n'avons pas retrouvé d'influence du sexe des internes sur l'aisance dans la situation 11.

Nous n'avons pas retrouvé d'influence des critères de choix de stages sur l'aisance dans la situation 11.

L'âge du dernier enfant n'a pas d'influence sur l'aisance dans la situation 11.

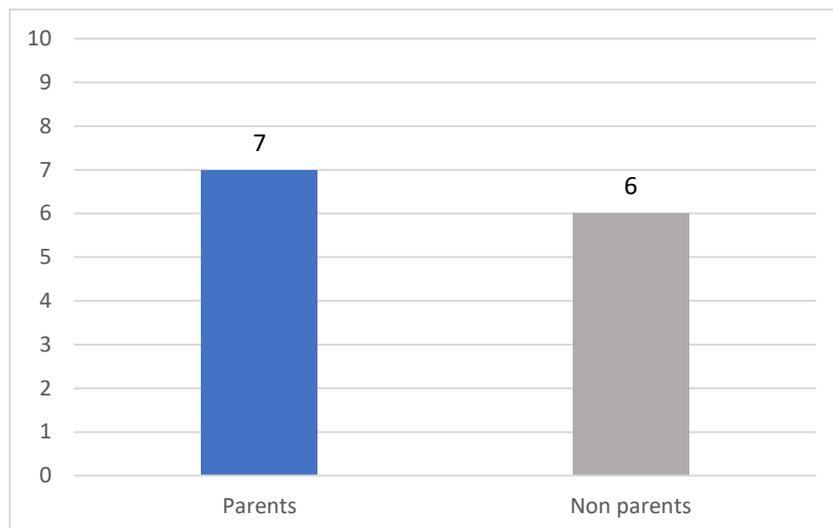


Figure 36 – Autoévaluation de l’aisance face à la famille de situation 11 : patients d’une autre culture (médiane d’une note sur 10)

Conclusion de l'autoévaluation concernant l'aisance dans les onze familles de situations rencontrées en médecine générale selon la parentalité :

Les parents s'autoévaluent comme plus à l'aise que leurs confrères non parents dans la plupart des onze familles de situations rencontrées en médecine générale.

Plus précisément, les parents se sentent significativement plus à l'aise dans huit des onze situations et significativement proche du seuil pour la situation en lien avec les problèmes sociaux.

Il n'y a que pour les situations 2 et 3 respectivement en lien avec : « Problèmes aigus non programmés, fréquents » et « Problèmes aigus dans le cadre d'urgences réelles ou ressenties » qu'il n'y a pas d'influence positive de la parentalité.

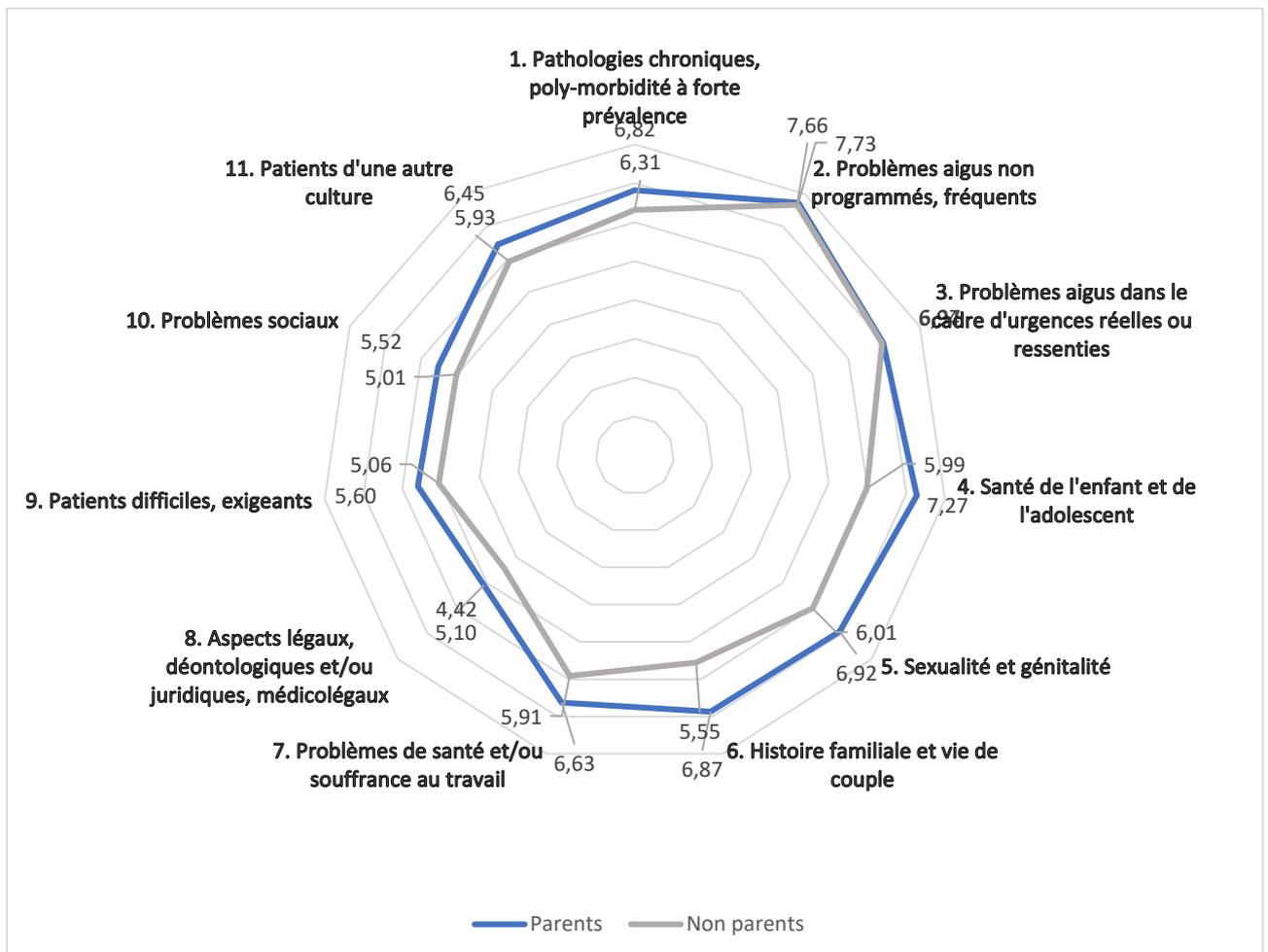


Figure 37 – Radar de l'autoévaluation des internes parents et non parents dans les onze familles de situations rencontrées en médecine générale

VI/ Discussion

1/ Forces et limites de l'étude

a. Forces de l'étude

Au moment de la conception de cette étude et de la revue initiale de la littérature nous avons recensé plusieurs travaux s'intéressant sur le mode qualitatif à l'influence de la parentalité durant l'internat. Par ailleurs, d'autres études ont étudié par auto-évaluation le niveau de compétences ressenti des internes de médecine générale au travers des six compétences et des familles de situations. Notamment une thèse datant de 2016, portant sur l'évaluation du niveau de compétences ressenti des internes de médecine générale en fin d'études à Poitiers (19) et également une étude nationale française publiée dans la revue Pédagogie Médicale de 2017 reformulant les compétences issues du « Référentiel métier et compétences : médecins généralistes, sage-femmes et gynécologues-obstétriciens » (20).

Au regard de ces travaux, notre étude est originale car c'est à notre connaissance **la première à étudier de manière quantitative l'influence de la parentalité sur l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.**

Le choix de la méthode quantitative a permis une étude plus large, impliquant un plus grand nombre de sujets et améliorant la généralisation des résultats. Cela nous a permis d'avoir une plus grande objectivité et précision des résultats. Par ailleurs, étant moi-même interne et jeune maman, utiliser une méthode quantitative a permis d'éviter un biais de désirabilité si des entretiens semi-dirigés avaient été réalisés.

b. Limites de l'étude

Il convient de rappeler que cette étude ne rapporte pas les résultats d'une évaluation des compétences développées par les internes de médecine générale mais simplement la perception par ces derniers de leurs niveaux de compétences et de leurs capacités à faire face à certaines situations. Il s'agit donc d'une auto-évaluation, documentée par l'intermédiaire de réponses à un questionnaire auto-administré. Les résultats doivent donc être interprétés au

regard des limites reconnues à la démarche d'auto-évaluation. En effet, il existe le plus souvent une différence importante entre évaluation et auto-évaluation que les intéressés soient en formation ou non (évalués par des pairs ou par des évaluateurs). Les études conduites tant chez les étudiants que chez les praticiens montrent que, d'une façon générale, ils rencontrent des difficultés à s'auto-évaluer. Certains travaux établissent que les individus dont l'évaluation externe était la plus mauvaise avaient tendance à se surestimer, ce qui suggère qu'il pourrait y avoir un lien entre exactitude de l'auto-évaluation et le niveau de compétence dans le champ qui fait l'objet de l'auto-évaluation. Plusieurs auteurs proposent d'ailleurs en ce sens de convaincre que l'être humain est intrinsèquement doté de médiocres performances dans l'auto-évaluation et qu'il est préférable qu'ils s'entraînent à rechercher et à solliciter systématiquement une rétroaction externe lorsqu'ils souhaitent s'évaluer (21). Cependant, après avoir décrit et pris en compte quels peuvent être les biais relatifs à l'autoévaluation on peut considérer qu'ayant réalisé le même principe d'évaluation pour tous les internes ces biais ne seront pas un obstacle à une analyse pertinente des résultats.

D'après le Pr Attali, l'autoévaluation serait une compétence à développer. Selon lui, l'important n'est pas de s'évaluer mais de s'auto-évaluer correctement.

Par ailleurs, notre travail peut dans une certaine mesure faire l'objet de biais de déclaration, comme dans tout travail similaire se basant sur des déclarations d'intentions ou de pratiques.

Il est également important de noter qu'il y a eu une réforme du troisième cycle des études médicales. Le référentiel des niveaux de compétences que nous avons utilisé pour élaborer notre questionnaire ne correspond pas en tout point à la nouvelle maquette que suivent actuellement les internes lors de leur formation initiale. Le CNGE a donc travaillé récemment sur un autre référentiel qui n'est pas encore publié.

Concernant le questionnaire en lui-même, nous avons choisi de reformuler les items des niveaux de compétences pour qu'ils soient plus courts et ainsi favoriser l'intelligibilité et le taux de réponse. Cependant, certaines propositions restaient longues et on peut supposer que certains étudiants ne les ont pas lues entièrement. De plus, de par de la longueur de certains items certains étudiants pouvaient se trouver en accord avec une partie de l'affirmation mais pas avec la totalité. Par ailleurs, nous avons choisi de ne pas rendre aléatoire l'apparition des

propositions et de les proposer dans l'ordre novice, intermédiaire, compétent. Ainsi, cela a pu être détecté et entraîner la même réponse systématique de certains étudiants.

Enfin, avant d'explorer l'acquisition des compétences et l'aisance dans les onze familles de situations nous aurions également pu demander si les internes avaient été exposés aux situations en question.

De manière plus générale, nous avons eu la chance d'échanger avec le Pr Attali qui nous a fait part des limites des travaux à partir desquels nous avons constitué notre travail et dont il était le coordinateur. Il a notamment évoqué l'absence d'une compétence importante selon lui dans le référentiel : la compétence de collaboration. Pour lui, cette compétence est aussi importante que celle de coordination.

Enfin, pour des raisons pratiques et organisationnelles nous avons limité notre étude à une seule faculté de médecine (celle de Marseille). Il faudra tenir compte du caractère monocentrique de nos résultats, les internes de cette faculté pouvant présenter un profil particulier limitant l'extrapolation des données à tous les internes de médecine générale en France.

2/ Résultats de l'étude

a. Généralités

Population

Notre étude a permis de s'intéresser à un échantillon d'internes dont les caractéristiques démographiques concordent avec celles que nous avons recueillies dans la littérature. Nous avons tout d'abord une proportion d'internes parents de 18% comme le mentionnait Laetitia Pellicer-Garcia dans l'article du Quotidien du médecin indiquant qu'environ un sixième des internes français deviennent parents (16). Ensuite, nous retrouvons une moyenne d'âge plus élevée pour les internes parents (31,4 ans) rejoignant les observations de l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE) indiquant que les femmes diplômées du supérieur sont celles qui ont leur premier bébé le plus tard, à 29,6 ans en moyenne (2). Enfin, dans notre étude nous avons une proportion de femmes plus importante ce qui rejoint les

chiffres du conseil national des médecins indiquant qu'en 2022 les femmes représentaient 45,2% des effectifs des médecins marquant une féminisation notable de la profession (22). De la même manière, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) décrivait au 1^{er} janvier 2021 une population de médecins avec un âge moyen de 49,3 ans qui tend à se féminiser avec les jeunes générations (23).

Concernant de manière plus précise notre population d'internes parents, ils étaient statistiquement plus nombreux que les non parents à avoir un ou plusieurs semestres de retard. Enfin, concernant leur parentalité ils étaient pour la plupart parents d'un seul enfant de moins de 1 an dont la grossesse avait été désirée. Cela rejoint les données de l'INSEE indiquant que l'indicateur conjoncturel de fécondité diminue depuis plusieurs années et qu'il était de 1,87 enfant par femme en 2019 (24).

Influence de la parentalité dans le choix de la médecine générale

En ce qui concerne l'influence du projet parental ou de la parentalité sur le choix de spécialité, les internes parents étaient significativement plus nombreux que les internes sans enfant à répondre que cela avait influencé leur choix de la médecine générale plutôt que d'une autre spécialité. Cela rejoint une étude nationale anglaise réalisée en 2014 s'intéressant au choix de spécialité de tous les médecins diplômés de l'année 2002 qui révèle que 91 % des femmes généralistes parents s'accordent à dire que la prise en compte des enfants a influencé leur choix de carrière contre seulement 61 % des femmes sans enfant (25). Nos résultats sont également en adéquation avec les travaux de 2014 du Dr Levecq qui indiquaient que la plupart des internes en médecine générale de Lille admettaient avoir établi leur choix de spécialité en fonction de leur projet de parentalité (26). La thèse récente du Dr Ressicaud datant de 2022 mettait en évidence elle aussi que plus d'un tiers des internes ayant eu un projet parental avant l'internat avaient choisi leur spécialité en fonction de celui-ci. Il évoque notamment que les internes de médecine générale s'orientent vers cette spécialité car la maquette d'internat est plus courte, davantage portée sur la coordination hôpital-ville et globalement moins chargée en terme de quantité horaire hebdomadaire travaillée permettant une meilleure qualité de vie personnelle (27).

Par ailleurs, la médecine générale représente à elle seule près de 40% des postes ouverts (plus de 3000) après l'examen classant national (ECN). En 2022, tous les postes offerts en médecine générale ont trouvé preneurs mais ce n'était pas le cas en 2020, 2018 et 2017 où, cumulés, plus de 350 restaient vacants. La médecine générale est donc plus accessible que les autres spécialités et on peut ainsi penser que certains internes n'ont pas eu la possibilité de choisir une autre spécialité que la médecine générale, qu'ils aient un projet parental ou non.

Informations sur les dispositifs pour concilier parentalité et internat

Concilier harmonieusement vie professionnelle et vie privée afin d'apporter un certain équilibre aux conditions de formation et d'exercice semble pour les internes un enjeu important. De récentes réformes telles que la création du surnombre validant, l'exemption de gardes pour les femmes enceintes à partir du troisième mois de grossesse ou encore la suppression du déclassé ont marqué une amélioration majeure pour les internes parents.

Pourtant, la majorité des internes que nous avons interrogés nous indiquait ne pas avoir suffisamment connaissance des dispositifs leur permettant de concilier internat et parentalité.

Ce défaut d'information est également mis en exergue dans l'article Marseillais du Dr Fabregue qui révèle que 65,9 % des femmes et 75,9 % des hommes ont estimé ne pas être assez informés des moyens mis à leur disposition pour favoriser un projet d'enfant pendant leur internat de médecine. Cela peut notamment expliquer que les internes en médecine générale ont pratiquement tous le projet d'avoir des enfants mais que plus de la moitié le reporte après la fin de leur internat, bien que les connaissances sur le déclin de la fertilité de la femme avec l'âge soient globalement connues. (17)

Il semble toutefois légitime de se demander si les internes non parents ont déjà volontairement effectué des recherches quant à la possibilité de créer une vie de famille durant l'internat car n'étant pas directement confrontés à la situation.

Opinion concernant l'influence de la parentalité sur le niveau de compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale

Pour la plupart des internes interrogés, le fait d'être parent exercerait une influence positive sur l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Cependant, les internes non parents étaient significativement plus nombreux à trouver qu'avoir un enfant est négatif plutôt que positif pour les études. Ces résultats concordent avec ceux du Dr Verdier

qui a montré que 60 % des internes parents pensaient qu'avoir un enfant avait contribué à leur épanouissement professionnel (différence significative avec les non parents 37%) (8). Selon la même tendance, la thèse du Dr Ressicaud indique que 42% des internes non parents jugeaient l'internat incompatible avec le fait d'avoir un enfant contre 13% des internes parents. On peut aisément imaginer qu'il existe une différence entre le ressenti de la parentalité des internes parents et la projection que cela représente chez les internes non parents (27).

b. Objectif principal : influence de la parentalité sur l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale

Notre étude a mis en évidence que les internes se sont majoritairement autoévalués comme ayant acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale indépendamment de leur statut parental.

Avec toute la prudence que l'on se doit d'appliquer pour tirer des conclusions au regard du statut auto-évaluatif de notre questionnaire, devenir parent ou avoir des enfants pendant l'internat ne semble donc pas être un frein pour l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

Une étude nationale française publiée dans la revue Pédagogie Médicale de 2017 s'est également intéressée à la perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale (20). Quatre types de situations relatives à la perception d'acquisition des compétences y sont mises en évidence :

- 1) Compétences perçues comme « acquises » alors que l'interne n'a pas forcément été en situation de les mobiliser au cours de son cursus
- 2) Compétences perçues comme « non acquises » en raison d'une exposition insuffisante
- 3) Compétences perçues comme « acquises avec le temps d'exposition »
- 4) Compétences perçues « d'acquisition progressive » sans influence réelle de l'exposition

Dans notre étude, les internes parents s'autoévaluent proportionnellement comme ayant mieux acquis les compétences : « Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire » et « Professionnalisme » que les non parents. Les actions de dépistage et de prévention sont fréquemment rencontrées au cours de l'internat de médecine générale. L'étude ECOGEN montrait que l'activité des médecins généralistes est dominée par les

situations de prévention (11 %) recouvrant la promotion de la santé et le dépistage (28). Par ailleurs, en étant parent, les internes sont de fait confrontés à toute la sphère d'éducation thérapeutique et de prévention en lien avec leur enfant. On peut supposer que cet apport supplémentaire de connaissances personnelles est un gain dans le développement de la compétence professionnelle en lien avec ces thèmes même si l'article de la revue *Pédagogie médicale* classe cette compétence comme indépendante de l'exposition (20). En outre, dans ce même article, la compétence « Professionnalisme » est décrite comme d'acquisition progressive. Le professionnalisme est le cadre du métier incluant des items transversaux de relation, de gestion, d'éthique et de responsabilité sociale. A l'interface de plusieurs domaines d'expertise on peut supposer que la maturité et l'avancée en âge des internes parents sont des avantages leur permettant de se percevoir plus à l'aise avec cette compétence.

On peut ainsi supposer que le fait d'être enceinte, de devenir parent ou d'avoir des enfants en étant interne constitue une source d'exposition supplémentaire personnelle à des situations rencontrées en médecine générale et offre des ressources professionnelles permettant une meilleure acquisition de certaines compétences.

Les internes non parents s'autoévaluent proportionnellement comme ayant mieux acquis la compétence « Approche globale, prise en compte de la complexité ». Cette compétence est classée par le Dr Hernandez comme d'acquisition progressive (20). Elle explique notamment que le taux d'internes qui se perçoivent à l'aise dans ce domaine reste faible. En effet, bien que les internes y soient régulièrement confrontés, les domaines tels que la prise en charge aiguë en fonction du contexte global, l'annonce d'une maladie grave, la prise en compte du coût des soins ou encore la prise en charge sociale restent peu maîtrisés par les étudiants. De même, l'incertitude diagnostique est la situation la plus fréquemment rencontrée et pourtant plus d'un interne sur deux déclare ne pas la maîtriser. On peut supposer que les internes parents se voient contraints d'interrompre pour une durée variable leur apprentissage (grossesse pathologique, congé maternité, congé paternité, congé parental ...) et se retrouvent de ce fait dans une situation où leur formation n'est pas continue. Or, pour certaines compétences comme celle-ci, c'est l'acquisition progressive et donc de surcroît un « entraînement » répété et la multiplication de mises en situations qui permet de se sentir à l'aise face aux problèmes de santé complexes des patients et de pouvoir réaliser une approche globale. On peut alors aisément imaginer qu'un temps de stage raccourci ou un nombre de prises en charge diminué

explique que les internes parents se sentent moins à l'aise que leurs confrères sans enfant au regard de cette compétence.

La compétence avec laquelle les internes se sentent le plus à l'aise est la même que les internes soient ou non parents : « Relation, communication, approche centrée patient ». En plus du gain d'expérience pratique qu'offre le fait de devenir ou d'être parent durant l'internat, la parentalité des internes a été associée à une capacité émotionnelle importante venant de leur rôle de parent. C'est ce qu'a permis de montrer une revue de la littérature récente qui s'est intéressée à un siècle de recherches au travers de quatre-vingt-dix articles traitant des questions et sujets concernant la parentalité durant le cursus médical. Cette revue recense notamment des qualités d'empathie, une maturité importante et un accent mis sur le besoin des autres par les internes parents. Cette description d'un émotionnel accru des internes parents vis-à-vis des patients et de leur entourage peut en partie expliquer l'aisance que peuvent percevoir les internes parents dans la compétence « Relation, communication, approche centrée patient ». En revanche, bien que certaines publications décrivent la relation des internes parents avec les patients comme émotionnellement améliorée, la question de savoir si les patients perçoivent une meilleure prise en charge demeure inexplorée (29). Pour autant, dans notre étude la capacité émotionnelle ne semble pas privilégier l'interne parent pour acquérir la compétence puisque les internes sans enfant se perçoivent également à l'aise dans ce domaine. Au-delà des qualités émotionnelles développées par les internes parents, c'est également l'observation des pairs et la formation aux situations où la relation et la communication sont au cœur de la consultation qui permet d'acquérir cette compétence. Une étude française de 2019 réalisée à la faculté de médecine Paris Sud dans le département de médecine générale a évalué l'impact de la mise en place d'une formation à la communication chez les internes. À l'issue de cet enseignement, les internes sont demandeurs de ce type de formation dont ils disent observer les effets bénéfiques dans leur pratique. (30). Ainsi, un nombre moins important de consultations réalisées, un temps de stage diminué ou une formation réduite du fait de la parentalité, seront des freins au développement de cette compétence. C'est donc par l'intermédiaire d'autres mécanismes et notamment leur expérience personnelle que les internes parents seraient en mesure d'accroître cette dimension professionnelle.

On peut donc imaginer que les internes, qu'ils soient parents ou non, se sentent le plus à l'aise avec la même compétence bien qu'ils l'aient développée de manière différente.

La compétence avec laquelle les internes se sentent le moins à l'aise est la même que les internes soient ou non parents : « Premiers recours, incertitude, urgences » mais il existe une différence significative en fonction du statut parental. En effet, les internes parents sont plus nombreux à se sentir en difficulté dans ce domaine. Nous avons pu constater qu'il existe une interaction significative entre la parentalité et le fait d'avoir choisi un stage avec moins de gardes sur l'acquisition de la compétence en question. On peut supposer que cette compétence est notamment acquise lorsque l'interne effectue des gardes. On peut imaginer que si un interne choisit un stage où il y a moins de garde il aura moins de chances d'acquérir la compétence « Premiers recours, incertitude, urgences ». Par ailleurs, on peut se demander si la formation hospitalière est en adéquation avec les attentes de la médecine ambulatoire dans le champ de l'urgence. En ce sens, une enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale a montré la nécessité de former au plus tôt les internes à l'exercice de la permanence des soins ambulatoires. Alors que les internes participent obligatoirement au service de garde lors de leurs stages hospitaliers, les gardes ambulatoires ne sont pas intégrées de façon systématique à leur formation lors des stages ambulatoires. Ce manque de formation en permanence des soins ambulatoires pourrait être une explication au fait que les internes ne se perçoivent pas assez formés dans ce champ de compétences (6).

D'un point de vue plus général sur l'acquisition des différentes compétences, au-delà des connaissances pratiques et des qualités humaines que peut apporter le double statut interne-parent, le fait d'être interne parent a été décrit dans plusieurs études comme contribuant au bien-être et à l'épanouissement personnel des jeunes médecins. Dans la thèse du Dr Verdier, la majorité des internes parents estimait que la parentalité avait contribué à leur épanouissement professionnel. Dans son travail, la plupart des internes mères avaient vécu leur grossesse durant la seconde partie de l'internat et ne s'estimaient pas moins bien formées que les autres. Elles décrivaient leur investissement dans la formation comme similaire, et bien que moins disponibles, elles n'ont pas ressenti de désintérêt pour la médecine. Une étude américaine de 2021 s'intéressant aux internes de chirurgie a par ailleurs montré que l'accomplissement personnel était positivement associé à la satisfaction au travail et

inversement associé aux sentiments négatifs d'attrition, de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel (31). Cela rejoint les données d'une vaste étude multicentrique américaine suggérant qu'une meilleure santé mentale est en corrélation avec l'expérience professionnelle et le professionnalisme des étudiants en médecine (32).

c. Objectifs secondaires : influence de la parentalité sur le choix des stages et l'aisance dans les onze familles de situations rencontrées en médecine générale

Notre étude a également permis de mettre en évidence que les internes parents s'autoévaluent comme plus à l'aise que leurs confrères non parents dans la plupart des onze familles de situations rencontrées en médecine générale.

Plus précisément, les parents se sentent significativement plus à l'aise dans huit des onze situations et pour la situation en lien avec les problèmes sociaux le résultat est proche du seuil de significativité.

La thèse du Dr Hachani (33) rejoint notre travail en indiquant que la plupart des internes parents sont plus à l'aise avec les questions s'intéressant à la sphère familiale, à la santé de la femme et des enfants. Ce qui a pu être perdu dans la formation par les absences, le choix de stage restreint ou le manque de gardes semble être largement compensé par l'expérience de la parentalité et de la maternité. Elle évoque une meilleure compréhension des problématiques rencontrées par leurs patients dans ces mêmes situations. Il s'agit là d'un véritable complément de formation que les internes peuvent appliquer directement à leur pratique médicale. Le fait d'avoir des enfants constitue une aide au quotidien pour leurs consultations. Dans le travail du Dr Astruc en 2002 intitulé la « Féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique ? » on retrouve également un gain de crédibilité offert par le statut de mère. Elles se sont senties plus matures aux yeux de leurs patients. En effet, elles ont signalé un changement de comportement des patients, en particulier des parents, qui semblent considérer que leur médecin est plus qualifié s'il a une expérience de parent. Elles ont perçu que leurs patients étaient plus à l'écoute de leurs conseils et elles se sont trouvées plus légitimes à les dispenser (34).

En lien avec ce gain de maturité lié à la parentalité on note également que l'avancée dans le cursus de l'internat est significativement liée pour la plupart des situations à une meilleure aisance. Cette perception de maîtrise selon les années d'internat est retrouvée dans le travail

du Dr Hernandez (20) indiquant une amélioration du sentiment de maîtrise de tous les items évalués au fur et à mesure que l'étudiant avance dans ses études.

Concernant les situations deux et trois respectivement en lien avec : « Problèmes aigus non programmés, fréquents » et « Problèmes aigus dans le cadre d'urgences réelles ou ressenties » on constate qu'il n'y a pas de plus-value de la parentalité. Cela renvoi à notre analyse concernant les compétences nécessitant une exposition répétée ou d'acquisition progressive. Nous pensons que si les internes parents ne se démarquent pas dans ces situations c'est notamment car elles se rencontrent dans des terrains de stages où ils effectuent des gardes. De fait, les internes enceintes en sont exemptées à partir du 3^{ème} mois de grossesse et peuvent donc en effectuer moins que leurs confrères si elles le souhaitent. Par ailleurs, lors de l'interruption de la formation en lien avec la parentalité les gardes ne sont pas non plus effectuées.

Notre étude a également permis de mettre en évidence que les internes parents ont durant leur internat pu choisir des stages moins utiles à leur pratique pour avoir moins de gardes, moins de charge de travail ou être plus proche géographiquement et ce de manière significative par rapport aux internes sans enfant. Nos résultats concordent avec les verbatims de l'étude Angevine de 2021 mettant en lumière que les internes parents privilégiaient le plus souvent la proximité géographique, un volume horaire moindre, un faible nombre de gardes. Certains interrogés exprimaient le fait que ces choix étaient privilégiés même si la qualité pédagogique du stage devait s'en trouver diminuée (10). Cela renvoi notamment aux difficultés organisationnelles que peuvent rencontrer les jeunes parents médecins durant leurs études décrites dans le travail du Dr Levecq (26).

d. Pistes de réflexions

On peut se demander quels sont les déterminants dans le choix de devenir parent. Une étude de 2010 réalisée à partir de l'enquête Familles et employeurs réalisée par l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2005 a décrypté les déterminants potentiels à la concrétisation d'un désir d'enfant. Ils décrivent que le choix du « bon moment » implique un certain nombre de conditions préalables requises telles que : former un couple stable et avoir profité de la vie à

deux sans enfant ou encore avoir fini ses études et disposer d'un emploi stable et avoir un sentiment de sécurité. Si ce désir d'enfant est précoce en France, il reste vague et ne se concrétise avec des intentions fermes dans un court délai que lorsque ces conditions se réalisent (35). On peut ainsi supposer qu'un interne à l'aise dans sa formation initiale sera plus en mesure de se projeter dans la réalisation d'un projet parental s'il en a le désir qu'un interne se sentant en difficulté durant son internat. Ainsi, on peut se demander si les internes parents qui se sont auto-évalués comme ayant acquis les compétences n'étaient pas déjà à l'aise dans leur formation bien avant d'avoir un enfant. A l'inverse, on peut penser qu'un interne en difficulté durant le début de son internat (donc pouvant s'autoévaluer comme n'ayant pas acquis telle ou telle compétence) pourra retarder un projet parental du fait de ces difficultés.

Il aurait été également intéressant de se demander si les internes parents n'avaient pas, pour certains d'entre eux, réalisé d'autres études ou un autre parcours professionnel et ainsi acquis certaines compétences avant de se lancer dans les études de médecine.

Il serait par ailleurs pertinent d'apporter à cette étude un corollaire hétéro-évaluatif afin d'étudier l'influence de la parentalité sur le niveau de compétences des internes de médecine générale de manière plus objective.

Enfin, une étude multicentrique serait un élément indispensable pour entrevoir la généralisation des résultats.

VII/ Conclusion

A l'heure où prendre soin du bien être des jeunes médecins devient une urgence sociétale et politique, s'intéresser à la formation des internes en médecine générale parents est un sujet plus que d'actualité voire une quête indispensable.

Réalisée à partir d'une autoévaluation notre étude met en évidence que la parentalité peut être tantôt un frein, notamment par diminution du temps de formation, de gardes et de consultations, tantôt un atout, en permettant l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles grâce aux ressources personnelles qu'offre le rôle de parent. Les internes parents se démarquent notamment dans les compétences relatives à l'éducation thérapeutique, la prévention et le professionnalisme ainsi que dans toutes les situations en lien avec la famille, la femme et l'enfant tandis qu'ils semblent moins à l'aise dans celles en lien avec les problèmes de santé complexes ou en lien avec les urgences.

Notre étude est à notre connaissance la première à s'intéresser à l'influence de la parentalité sur le niveau de compétences des internes de médecine générale. Elle pourrait être le point de départ d'autres investigations à plus grande échelle ou selon d'autres modes évaluatifs. La pierre angulaire étant de permettre aux jeunes médecins d'apprendre, de comprendre, de se former et d'exercer avec qualité tout en leur permettant de s'épanouir dans leur vie personnelle.

Références bibliographiques

1. Mazuy M, Barbieri M, Breton D, d'Albis H. L'évolution démographique récente de la France et ses tendances depuis 70 ans: Population. 17 déc 2015; Vol. 70(3):417-86.
2. INSEE (institut national de la statistique et des études économiques). Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. 2017 [cité 22 juin 2022]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
3. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013. 108 :148-55.
4. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013. 108 :156-64.
5. Attali C, Huez J, Valette T, Lehr A. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013. 108 :165-9.
6. ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) [En ligne]. Paris (France) ; 2013. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine générale. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/enquetes-nationales/>
7. ISNI (InterSyndicat National des Internes) [En ligne]. Paris (France) ; 2014. Résultats de l'enquête nationale sur l'état de l'enseignement théorique des internes ; Les jeunes médecins sont-ils bien formés ? Disponible sur https://www.letudiant.fr/static/uploads/mediatheque/EDU_EDU/4/8/194448-enquete-nationale-sur-l-etat-de-l-enseignement-theorique-des-internes-de-l-isni-intersyndicat-national-des-internes-mars-2014-original.pdf.
8. Verdier-Pignal D. Impact de la parentalité sur le parcours des internes en médecine de l'université d'Angers [Thèse]. [Angers] : Université d'Angers ; 2019.
9. Courtaud J. Comment concilier la parentalité et l'internat de médecine générale ? [Thèse]. [Montpellier] : Université de Montpellier ; 2018.
10. Vincent épouse Buisson C, Pignol épouse Le Corre H. Être interne de médecine générale et devenir parent : étude qualitative à l'Université d'Angers [Thèse]. [Angers] : Université d'Angers ; 2021.

11. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. Devenir. 23 mars 2009; Vol. 21(1):31-60.
12. CNCDH (Commission nationale consultative des droits de l'Homme). Avis Parentalité et droits de l'homme en rapport avec les avancées scientifiques et technologiques. 1998 https://www.cncdh.fr/sites/default/files/2021-04/98.03.26_avis_parentalite.pdf
13. Loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 Code civil : Chapitre 1er : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant
14. Cordazzo P, éditeur. Parcours d'étudiants : Sources, enjeux et perspectives de recherche [Internet]. Ined Éditions ; 2019 [cité 13 nov 2022]. Disponible sur : <http://books.openedition.org/ined/12627>.
15. Régnier-Loilier A. Etudier et avoir des enfants : contexte de survenue des grossesses et conséquences sur les études. OVEINFOS n°36. Oct 2017.
16. Catala I. Comment gérer parentalité et internat ? Le quotidien du médecin. [Cité 15 avril 2022]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/internat/comment-gerer-parentalite-et-internat>
17. Fabregue A, Moheng B, Laynet A, Agostini A, Boubli L, Courbiere B. Projet parental des internes de médecine générale d'Aix-Marseille université : connaissances théoriques en reproduction et attitude vis-à-vis de la parentalité. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. Mars 2017 ;46(3) :261-6.
18. ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) [En ligne]. Paris (France) ; Avril 2017 [modifié en septembre 2017]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>
19. Prat G. Évaluation du niveau de compétence ressenti des internes de médecine générale en fin d'études [Thèse]. [Poitiers]. Université de Poitiers ; 2016.
20. Hernandez E, Bagourd E, Tremeau AL, Bolot AL, Laporte C, Moreno JP. Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale. Pédagogie Médicale. Août 2017 ;18(3):109-20.
21. Dory V, de Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. Pédagogie Médicale. févr 2009;10(1):41-53.

22. Arnault F. Atlas de la démographie médicale 2022. CNOM ; 2022 [cité 01 sept 2022]
Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
23. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Les dossiers de la DREES. 2021. N°76
24. INSEE (institut national de la statistique et des études économiques). Tableau de l'économie française - Insee Références - [Internet]. 2020. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/~:text=En%202019,%20l'%20indicateur%20conjuncturel,entre%2025%20et%2034%20ans>.
25. Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ. Combining parenthood with a medical career: questionnaire survey of the UK medical graduates of 2002 covering some influences and experiences. *BMJ Open*. 23 août 2017 ;7(8): e016822.
26. Levecq M. Comment les internes de médecine générale de Lille concilient parentalité et études médicales ? [Thèse]. [Lille] : Université du droit et de la santé Lille 2 ; 2015.
27. Ressicaud Q. Les internes en médecine générale et gynécologie de France retardent-ils leur projet de parentalité du fait de leur internat ? [Thèse]. [Marseille] : Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix Marseille Université ; 2022.
28. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin M, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine Générale. *Exercer* 2014.114:148-57.
29. Stack SW, Eurich KE, Kaplan EA, Ball AL, Mookherjee S, Best JA. Parenthood During Graduate Medical Education: A Scoping Review. *Acad Med*. nov 2019;94(11):1814-24.
30. MercierC, Arnould P, Raineri F. Enseignement de la communication aux internes de médecine générale de la faculté de médecine, Paris Sud. *Pédagogie médicale*. 2019;20(2):101-6.
31. Khorfan R, Hu YY, Agarwal G, Eng J, Riall T, Choi J, et al. The Role of Personal Accomplishment in General Surgery Resident Well-being. *Ann Surg*. 1 juill 2021 ;274(1):12-7.
32. Dyrbye LN, Harper W, Moutier C, Durning SJ, Power DV, Massie FS, et al. A Multi-institutional Study Exploring the Impact of Positive Mental Health on Medical Students' Professionalism in an Era of High Burnout: *Acad Med*. août 2012;87(8):1024-31.

33. Hachani épouse Raselinary S. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale : conséquences et ressenti. Étude qualitative réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés. [Thèse]. [Amiens] : Université de Picardie Jules Verne ; 2016.
34. Astruc B. La féminisation d'une profession s'accompagne -t-elle d'une pratique spécifique ? A propos d'une enquête menée auprès des femmes généralistes en Ille Et Vilaine. [Thèse]. [Rennes] : Université de Rennes ; 2002
35. Régnier-Loilier A, Solaz A. La decision d'avoir un enfant: une liberté sous contraintes. Polit Soc Fam. 2010;100(1):61-77

Table des illustrations

Figures

Figure 1 - Déroulement de l'internat de médecine générale	8
Figure 2 – Marguerite des compétences du médecin généraliste	10
Figure 3 – Niveaux de compétences du médecin généraliste	11
Figure 4 – Les onze familles de situations en médecine générale	12
Figure 5 – Diagramme de flux.....	18
Figure 6 – Proportion d'internes parents et d'internes non parents.....	20
Figure 7 – Distribution des âges des internes parents et non parents.....	21
Figure 8 – Distribution des internes parents et non parents selon le semestre	22
Figure 9 – Choix de la médecine générale comme spécialité	23
Figure 10 – Connaissance des dispositifs pour concilier parentalité et internat	24
Figure 11 – Perception de l'influence de la parentalité sur l'acquisition des compétences	25
Figure 12 – Compétences avec lesquelles les internes se sentent le plus à l'aise	26
Figure 13 – Compétences avec lesquelles les internes se sentent le moins à l'aise	26
Figure 14 – Autoévaluation concernant la compétence générique	27
Figure 15 – Autoévaluation concernant la compétence 1 : Premier recours, Incertitudes, Urgences.....	28
Figure 16 – Autoévaluation concernant la compétence 2 : Approche globale, prise en compte de la complexité .	29
Figure 17 Autoévaluation concernant la compétence 3 : Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire	30
Figure 18 – Autoévaluation concernant la compétence 4 : Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient	31
Figure 19 – Autoévaluation concernant la compétence 5 : Relation, communication, approche centrée patient..	32
Figure 20 – Autoévaluation concernant la compétence 6 : Professionnalisme	33
Figure 21 – Radar de l'autoévaluation des internes parents et non parents concernant les compétences nécessaires en médecine générale.....	34
Figure 22 – Importance accordée aux nombres de gardes dans le choix de stage selon la parentalité	35
Figure 23– Importance accordée à la charge de travail dans le choix de stage selon la parentalité.....	36
Figure 24 – Importance accordée à la localisation géographique dans le choix de stage selon la parentalité.....	36
Figure 25 – Courbes de tendance des critères de choix de stage en fonction de la parentalité.....	37
Figure 26 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 1 : pathologies chroniques et poly-morbidité à forte prévalence (médiane d'une note sur 10)	38
Figure 27 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 2 : problèmes aigus non programmés, fréquents (médiane d'une note sur 10).....	39
Figure 28 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 3 : problèmes aigus dans le cadre d'urgences réelles ou ressenties (médiane d'une note sur 10)	40
Figure 29 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 4 : santé de l'enfant et de l'adolescent (médiane d'une note sur 10).....	41
Figure 30 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 5 : sexualité et génitalité (médiane d'une note sur 10)	42
Figure 31 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 6 : histoire familiale et vie de couple (médiane d'une note sur 10).....	43
Figure 32 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 7 : problèmes de santé et/ou souffrance liés au travail (médiane d'une note sur 10).....	44
Figure 33 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 8 : aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/mécolégaux (médiane d'une note sur 10)	45
Figure 34 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 9 : patients difficiles, exigeants (médiane d'une note sur 10).....	46
Figure 35 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 10 : problèmes sociaux (médiane d'une note sur 10)	47
Figure 36 – Autoévaluation de l'aisance face à la famille de situation 11 : patients d'une autre culture (médiane d'une note sur 10).....	48
Figure 37 – Radar de l'autoévaluation des internes parents et non parents dans les onze familles de situations rencontrées en médecine générale	49

Tableaux

<i>Tableau 1 – Aperçu du tableau des compétences avec les trois niveaux attendus résumés et reformulés</i>	<i>16</i>
<i>Tableau 2 – Caractéristiques de la population globale</i>	<i>20</i>
<i>Tableau 3– Caractéristiques de la population parents et non parents.....</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 4 – Caractéristiques de la population de parents</i>	<i>24</i>

Annexes

<i>Annexe 1 – Questionnaire de thèse.....</i>	<i>69</i>
<i>Annexe 2 – Tableau des compétences avec les trois niveaux attendus résumés et reformulés.....</i>	<i>76</i>

Annexes

Annexe 1 – Questionnaire de thèse

La parentalité influence t'elle le niveau de compétences des internes de médecine générale ?

*Bonjour, interne de médecine générale à Marseille et récemment maman d'une petite fille je réalise sous la direction du Dr Moretti-Ciabrini ma thèse sur un thème qui me tient à cœur :
La parentalité et les compétences des internes de médecine générale.*

--> Objectif principal : Évaluer l'influence de la parentalité sur le niveau de compétences développées lors de la formation médicale initiale au travers d'une auto-évaluation basée sur les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale déterminées par le CNGE.

--> Objectif secondaire : Évaluer l'influence de la parentalité d'une part sur le choix des stages et d'autres part sur le fait de se sentir plus ou moins à l'aise face aux familles de situations cliniques rencontrées durant l'internat

Ce questionnaire est anonyme et prendra 10 minutes environ à remplir.

Merci par avance pour votre aide précieuse ! :)

Charlotte Domec

Interne de médecine générale

***Obligatoire**

1. Êtes-vous ? *

- Femme
- Homme

2. Quel âge avez-vous ? *

3. Êtes-vous ? *

- En couple
- Célibataire
- Parent séparé

4. En quel semestre êtes-vous ? *

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

5. Avez-vous réalisé le stage de SASPAS ?

- Oui
- Non

6. Durant l'internat avez-vous effectué ?*

- Une disponibilité pour congé parental
- Un semestre en surnombre validant
- Un semestre en surnombre invalidant
- Aucune de ces propositions

7. Avez-vous du retard dans votre DES ?*

- Je n'ai pas de retard dans mon DES
- 1 semestre
- 2 semestres
- 3 semestres ou plus

8. Avez-vous choisi la médecine générale plutôt qu'une autre spécialité car vous souhaitez avoir des enfants pendant l'internat ?*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

9. Vous sentez-vous informé-e concernant les dispositifs existants pour concilier parentalité et internat ?*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

10. Êtes-vous ? *

- Actuellement futur parent
- Déjà parent
- Sans enfant

Parentalité

11. Votre grossesse/maternité/paternité était-t-elle désirée ?*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

12. Combien avez-vous d'enfants ?*

- Grossesse en cours
- 1
- 2
- 3 ou plus

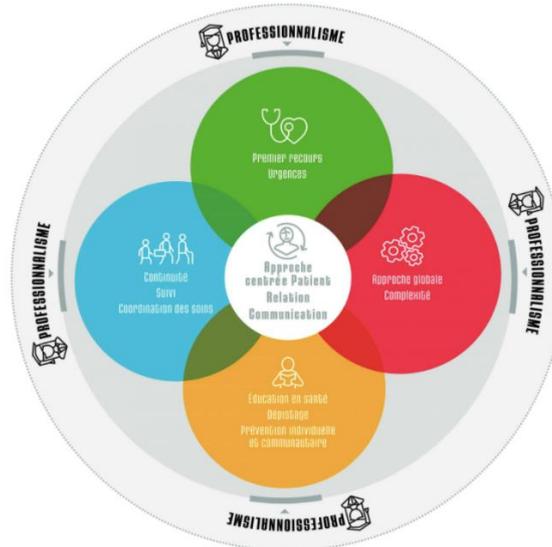
13. Quel(s) âge(s) a/ont-il(s) ? *

- Grossesse en cours
- <1an
- Entre 1 et 3ans
- 3ans et plus

Compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale

Les 6 compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale déterminées par le CNGE sont :

1. Premiers recours, incertitude, urgence
2. Approche globale, prise en compte de la complexité
3. Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
4. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
5. Relation, communication, approche centrée patient
6. Professionnalisme



Marguerite des compétences du médecin généraliste

14. Quelle est selon vous l'influence de la parentalité sur l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale ? *

- Positive
- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Négative

15. Parmi les 6 compétences nécessaires en médecine générale avec laquelle êtes-vous le plus à l'aise : *

- Premiers recours, incertitude, urgence
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme

16. Parmi les 6 compétences nécessaires en médecine générale avec laquelle êtes-vous le moins à l'aise : *

- Premiers recours, incertitude, urgence
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme

Pour chaque question cocher la réponse qui correspond le plus à votre pratique actuelle

17. Compétence générique*

- Je connais les compétences que je dois acquérir, j'ai conscience que mon travail est centré sur l'humain et qu'il sera complexe, je commence à me questionner sur ma pratique passée et actuelle
- J'ai acquis de l'autonomie et je commence à prendre confiance en moi, je fais le lien entre théorie enseignée et pratique observée, j'ai conscience de ce que l'on attend de moi et je suis acteur de mon développement
- Je suis autonome et j'assume mes responsabilités, je collabore efficacement avec les intervenants de santé, ma pratique est centrée sur le patient et je suis capable de la remettre en cause

18. Compétence 1 : Premiers recours, incertitude, urgence* *Une seule réponse possible.*

- J'accepte toutes les plaintes de mon patient, je sais identifier les grandes urgences vitales et prévenir les structures d'urgences pour adresser mon patient dans les services adéquats
- Je hiérarchise les plaintes en tenant compte de la prévalence liée au contexte, je repère la demande réelle derrière la plainte évoquée, je suis centrée sur la maladie plus que sur le patient
- Je fais des diagnostics de situations, j'évoque des stades précoces de la maladie en dehors des situations d'urgence, je gère les urgences ressenties par le patient

19. Compétence 2 : Approche globale, prise en compte de la complexité*

- J'analyse la situation clinique selon l'aspect biomédical aux dépens du psychosocial, je cherche à améliorer mes connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation
- Je sais que je dois intégrer des aspects psychosociaux à mon diagnostic médical, je suis en mesure de réévaluer une situation clinique, je reconnais la place de l'incertitude dans ma décision
- Je prends une décision centrée sur le patient avec les aspects biomédicaux et psychosociaux, je gère simultanément plusieurs problèmes en les hiérarchisant, je fais la différence entre incertitude personnelle et professionnelle

20. Compétence 3 : Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire *

- J'accepte la place et l'importance de la prévention, du dépistage et de l'éducation thérapeutique dans mon rôle de médecin
- Je réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de mes contraintes de médecin
- J'intègre couramment dans mon activité de soins des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient

21. Compétence 4 : Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient*

- J'accepte que je vais être amené à suivre les patients, j'utilise le dossier médical, je transmets les informations pour la continuité des soins
- Je construis une relation dans le temps avec le patient, je renseigne et utilise le dossier médical pour le suivi, je fais le lien entre les différentes consultations, je prends en compte les problèmes et plaintes pour organiser le suivi
- J'utilise le temps comme une aide à la décision, j'utilise le dossier médical pour organiser le suivi/dépistage/prévention, je hiérarchise les problèmes et plaintes, je collabore à la continuité des soins

22. Compétence 5 : Relation, communication, approche centrée patient*

- Je mène un entretien directif avec mon patient, je communique avec son entourage, je communique avec les différents intervenants de santé, j'explique mes décisions et espère obtenir l'adhésion de mon patient
- Je construis une relation centrée sur le patient, je peux utiliser des notions de psychologie pour mieux comprendre mon patient, j'accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation, je communique avec l'entourage et les intervenants de santé
- Je mène en autonomie un entretien centré sur le patient, je maintiens la relation médecin-patient lors de situations qui posent problèmes, je communique sur mes erreurs, j'ai une relation opérationnelle avec l'entourage du patient et les intervenant médicaux-sociaux

23. Compétence 6 : Professionnalisme *

- J'accepte mon rôle d'interne, je participe aux formations théoriques et pratiques du DES, j'entrevoit un projet professionnel
- Je manifeste un engagement pour la médecine générale, j'ai conscience que la formation continue est essentielle pour améliorer mes compétences, j'ai des objectifs de formation en lien avec mon projet professionnel
- Je m'implique dans le rayonnement de la médecine générale, j'améliore mes compétences, je collabore avec les autres soignants, j'assume ma responsabilité envers le patient et la société

Influence de la parentalité sur les choix de stages et dans l'aisance familles aux 11 familles de situations

rencontrées en médecine générale

24. Durant votre internat avez-vous choisi un stage moins utile à votre pratique pour avoir moins de gardes ?*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

25. Durant votre internat avez-vous choisi un stage moins utile à votre pratique pour avoir une charge de travail moins importante ?*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

26. Durant votre internat avez-vous choisi un stage moins utile à votre pratique pour être proche géographiquement de votre domicile ?*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

	Compétence	Description	Niveau	Attentes
1	Premiers recours Incertitude Urgence	Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.	Novice Intermédiaire "Compétent"	J'accepte toutes les plaintes de mon patient, je sais identifier les grandes urgences vitales et prévenir les structures d'urgences pour adresser mon patient dans les services adéquats Je hiérarchise les plaintes en tenant compte de la prévalence liée au contexte, je repère la demande réelle derrière la plainte évoquée, je suis centrée sur la maladie plus que sur le patient Je fais des diagnostics de situations, j'évoque des stades précoces de la maladie en dehors des situations d'urgence, je gère les urgences ressenties par le patient
2	Approche globale prise en compte de la complexité	Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (evidence based medicine, approche bio-psycho-sociale proposée par Engel, etc.), quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de médecine générale.	Novice Intermédiaire "Compétent"	J'analyse la situation clinique selon l'aspect biomédical aux dépens du psychosocial, je cherche à améliorer mes connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation Je sais que je dois intégrer des aspects psychosociaux à mon diagnostic médical, je suis en mesure de réévaluer une situation clinique, je reconnais la place de l'incertitude dans ma décision Je prends une décision centrée sur le patient avec les aspects biomédicaux et psychosociaux, je gère simultanément plusieurs problèmes en les hiérarchisant, je fais la différence entre incertitude personnelle et professionnelle
3	Education prévention dépistage santé individuelle et communautaire	Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.	Novice Intermédiaire "Compétent"	J'accepte la place et l'importance de la prévention, du dépistage et de l'éducation thérapeutique dans mon rôle de médecin Je réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de mes contraintes de médecin J'intègre couramment dans mon activité de soins des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient
4	Continuité suivi et coordination des soins autour du patient	Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.	Novice Intermédiaire "Compétent"	J'accepte que je vais être amené à suivre les patients, j'utilise le dossier médical, je transmets les informations pour la continuité des soins Je construis une relation dans le temps avec le patient, je renseigne et utilise le dossier médical pour le suivi, je fais le lien entre les différentes consultations, je prends en compte les problèmes et plaintes pour organiser le suivi J'utilise le temps comme une aide à la décision, j'utilise le dossier médical pour organiser le suivi/dépistage/prévention, je hiérarchise les problèmes et plaintes, je collabore à la continuité des soins
5	Relation communication et approche centrée patient	Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.	Novice Intermédiaire "Compétent"	Je mène un entretien directif avec mon patient, je communique avec son entourage, je communique avec les différents intervenants de santé, j'explique mes décisions et espère obtenir l'adhésion de mon patient Je construis une relation centrée sur le patient, je peux utiliser des notions de psychologie pour mieux comprendre mon patient, j'accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation, je communique avec l'entourage et les intervenants de santé Je mène en autonomie un entretien centré sur le patient, je maintiens la relation médecin-patient lors de situations qui posent problèmes, je communique sur mes erreurs, j'ai une relation opérationnelle avec l'entourage du patient et les intervenants médicaux-sociaux
6	Professionalisme	Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.	Novice Intermédiaire "Compétent"	J'accepte mon rôle d'interne, je participe aux formations théoriques et pratiques du DES, j'entrevois un projet professionnel Je manifeste un engagement pour la médecine générale, j'ai conscience que la formation continue est essentielle pour améliorer mes compétences, j'ai des objectifs de formation en lien avec mon projet professionnel Je m'implique dans le rayonnement de la médecine générale, j'améliore mes compétences, je collabore avec les autres soignants, j'assume ma responsabilité envers le patient et la société

Abréviations

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

OVE : Observatoire de la Vie Étudiante

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

CPP : Comité de Protection des Personnes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ECN : Examen Classant National

DUMG : Département universitaire de médecine générale

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Études Économiques

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

INED : Institut National d'Études Démographiques

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels 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 leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des 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 les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels 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 leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des 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 les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.



Résumé

Introduction : Devenir un médecin compétent en apprenant également le rôle de parent : un enjeu de taille pour les internes en médecine générale avec des enfants.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'influence de la parentalité sur le niveau de compétences développées par les internes lors de la formation médicale initiale au travers d'une auto-évaluation basée sur les aptitudes nécessaires à l'exercice de la médecine générale déterminées par le CNGE.

Il était aussi question d'évaluer l'influence de la parentalité sur le choix des stages mais également sur l'aisance face aux familles de situations cliniques rencontrées durant l'internat.

Méthode : Il s'agissait d'une étude monocentrique, descriptive, transversale et quantitative menée par auto-questionnaires auprès des internes de médecine générale de la faculté de Marseille (promotion ECN 2019-2020-2021). Ce questionnaire évaluait l'acquisition des six compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale au travers de trois propositions reformulant et résumant les niveaux de compétences novice, intermédiaire et compétent déterminés par le CNGE. Nous avons ensuite classé les internes en « Niveau de compétences acquis » et « Niveau de compétence non acquis » en fonction du niveau attendu au regard de leur progression dans les stages.

Résultats : Le taux de participation à notre étude était de 59 % soit 345 étudiants ayant répondu au questionnaire, avec une plus grande représentation de femmes. La population était répartie en 18 % d'internes parents et 82 % d'internes non parents avec les internes parents significativement plus âgés que leurs confrères sans enfant.

Les internes parents avaient pour la majorité désiré la grossesse (97 %), étaient parent d'un seul enfant (63 %) le plus souvent âgé de moins de 1 an (38 %).

Les internes parents étaient statistiquement plus nombreux que les internes sans enfants à avoir choisi la médecine générale plutôt qu'une autre spécialité en raison de leur parentalité ou d'un désir d'enfant (35 % versus 7 %). Les internes sans enfant étaient significativement plus nombreux à penser qu'être parent durant l'internat exerçait une influence négative sur la formation (15 % versus 4 %). Indépendamment de leur statut parental, la majorité des internes n'avait pas connaissance des dispositifs leur permettant de concilier parentalité et internat.

Concernant l'objectif principal, les internes se sont majoritairement autoévalués comme ayant acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale indépendamment de leur statut parental. Les internes parents sont significativement plus à l'aise dans les compétences « Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire » et « Professionnalisme ». Les internes non parents sont significativement plus à l'aise dans la compétence « Approche globale, prise en compte de la complexité ».

Concernant l'objectif secondaire, les internes parents s'autoévaluent comme plus à l'aise que leurs confrères non parents dans la plupart des onze familles de situations rencontrées en médecine générale. Par ailleurs, ils sont significativement plus nombreux à déclarer qu'ils choisissaient un stage parfois moins utile à leur pratique pour avoir moins de gardes, une charge de travail moindre ou être plus proche de chez eux géographiquement.

Conclusion : La parentalité peut présenter l'inconvénient de diminuer le temps total de formation et de parfois restreindre le choix des stages à des critères différents que celui de la richesse de l'apport pédagogique. Cependant, elle permet une plus grande aisance dans les familles de situations rencontrées en médecine générale et notamment celles en lien avec la grossesse, la famille, la santé de l'enfant et de l'adolescent. Elle développe surtout des qualités humaines, relationnelles et une aisance en matière de communication. L'expérience parentale ouvre les portes d'un savoir pratique développant des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale mais aussi un épanouissement personnel.

Mots-clés : Parentalité, compétences, internat de médecine générale