



HAL
open science

Formation des médecins généralistes à la médecine de l'enfant: de l'enseignement théorique à la pratique quotidienne

Séverine Mathieu

► **To cite this version:**

Séverine Mathieu. Formation des médecins généralistes à la médecine de l'enfant: de l'enseignement théorique à la pratique quotidienne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2003. hal-01731949

HAL Id: hal-01731949

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731949>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

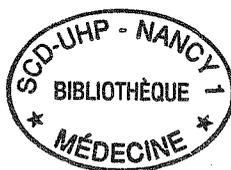
LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Séverine MATHIEU

Le 15 Octobre 2003

FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES A LA MÉDECINE DE L'ENFANT : DE L'ENSEIGNEMENT THÉORIQUE A LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Examineurs de la thèse :

M. Pierre MONIN	Professeur		Président
M. Michel PIERSON	Professeur	}	
M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	}	Juges
M. Jean-Marie HEID	Docteur en Médecine	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Henri HEPNER – Jean-Claude HOEFFEL – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS –
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

-

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} Section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} Section :SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} Section :MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section :BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} Section :BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} Section :BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madama Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Henri HEPNER – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A.BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T.STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J.BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H.SCHIEBLER (1989)
Institut d'anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-ville (VIËTNAM)

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Pierre MONIN
Professeur de Pédiatrie

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail et du soutien que vous nous avez apporté.

Nous sommes très sensible au grand honneur que vous nous faites en ayant accepté si aimablement de présider cette thèse et vous assurons de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Michel PIERSON
Professeur Emérite de Génétique
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Vous nous avez soutenue et encouragée tout au long de nos études selon le principe du tutorat.

Vous nous avez témoigné une gentillesse et une écoute bienveillante que nous n'oublierons pas.

Vous nous avez montré l'image d'un grand médecin.

Que ce travail vous exprime toute notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur de Médecine Interne

Vous avez accepté avec bienveillance de participer à cette thèse et vous nous avez encouragé dans l'élaboration de ce travail.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID
Médecin Généraliste
Chargé d'enseignement à la faculté

Vous nous avez enseigné avec passion la médecine générale
Vous nous avez guidé dans le choix de ce sujet et encouragé dans
toutes les étapes de ce travail.
Nous vous témoignons notre profonde gratitude pour en avoir
accepté la direction.
Nous vous exprimons notre reconnaissance pour la gentillesse et la
disponibilité dont vous avez toujours fait preuve.

Que notre travail puisse être à l'image de vos précieux
enseignements.

A Jérôme
Tu m'as constamment soutenue, ton aide m'a été précieuse
Avec tout mon amour

A Emma
Maman était bien occupée ces derniers temps
mais tu as toujours été très sage sur mes genoux
Tu es le plus beau cadeau de la vie

A mes Parents
Pour leur soutien constant et leur compréhension
Pour tout ce qu'ils ont fait pour moi

A mes frères, à ma petite sœur
Restez vous-mêmes
Choisissez une vie qui vous rendra heureux

A mes grands-mères
Pour leurs encouragements

A mes grands-pères
Que je n'ai pas assez connus
et dont j'aurais aimé la présence

A toute ma famille et ma belle-famille
Pour tous les moments que nous avons partagés

A Anne-Sophie
Partie vivre une aventure québécoise
Reviens nous vite

A Nathalie et Agnès
Pour les joies, les galères, les fiertés partagées durant ces études

A tous mes amis
Pour toutes les fêtes, les sorties, les instants passés et à venir

A tout le personnel du service d'urgences de l'hôpital d'enfants de Brabois
Pour leur accueil sympathique dans l'équipe
et leur participation à l'enquête

A tous mes collègues internes
Avec qui j'ai eu plaisir à travailler

A toutes les personnes que j'ai rencontrée durant ce travail
et qui m'ont apporté aide et soutien afin de le mener à son terme

A toute l'équipe des urgences de St-Dié
Pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé
Pour votre bonne humeur et votre dynamisme constant

SERMENT

« Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 sont 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	18
I. LE MEDECIN GENERALISTE AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE DESTINE A L'ENFANT	20
I.1. Introduction	22
I.1.1. Définitions	22
I.1.2. Evolution de la pédiatrie à travers les âges	22
I.1.3. Données démographiques	23
I.2. Un patient particulier avec des besoins spécifiques	24
I.2.1. Le nourrisson	25
I.2.2. L'enfant	25
I.2.3. L'adolescent	26
I.2.4. Indicateurs de santé	27
I.3. Description du système de santé	28
I.3.1. Le médecin généraliste	28
I.3.2. Les pédiatres libéraux et hospitaliers	30
I.3.3. Les services de Protection Maternelle et Infantile	30
I.3.4. La santé scolaire	31
I.3.5. Les autres intervenants	31
I.3.6. Le carnet de santé de l'enfant	32
I.4. Attentes des familles, représentation du médecin traitant : résultats du questionnaire auprès des parents	33
I.4.1. Présentation du questionnaire, matériel et méthodologie	33
I.4.2. Qui consultent les parents pour leur enfant ?	33
I.4.3. Quelles sont les attentes ?	34
I.4.4. Quelles sont les réponses apportées ?	34
I.5. Conclusion	35
II. LA FORMATION EN PEDIATRIE A LA FACULTE DE NANCY	36
II.1. Généralités	38
II.1.1. Introduction	38
II.1.1.1. Le médecin généraliste, médecin de première ligne	38
II.1.1.2. Evolution de la démographie médicale	39
II.1.2. Historique de la formation médicale	40
II.1.3. Principes généraux de l'enseignement et de la formation	43
II.1.3.1. Généralités	43
II.1.3.2. Définitions	43
II.1.3.3. Enseignement et formation dans le domaine de la santé	43
II.1.3.4. Formation initiale et formation continue	44
II.1.3.5. Conclusion	45

II.1.4. Les réformes actuelles de l'enseignement médical à Nancy	46
II.1.4.1. Introduction	46
II.1.4.2. La réforme du premier cycle à Nancy	47
II.1.4.3. La réforme du deuxième cycle	49
II.1.4.4. Les réformes du troisième cycle de médecine générale	49
II.1.5. Conclusion	50
II.2. Formation théorique au cours du 1° et du 2° cycle	51
II.2.1. Introduction	51
II.2.2. La formation théorique au cours du 1° cycle	52
II.2.2.1. PCEM1	52
II.2.2.2. PCEM2	54
II.2.3. La formation théorique au cours du 2° cycle	54
II.2.3.1. DCEM1	54
II.2.3.2. DCEM2	55
II.2.3.3. DCEM3	56
II.2.3.4. DCEM4	57
II.2.4. Conclusion	57
II.3. La formation actuelle au cours du 3° cycle de médecine générale	58
II.3.1. Introduction	58
II.3.2. Enseignement théorique	59
II.3.2.1. 1 ^{ère} année de résidanat	59
II.3.2.2. 2 ^{ème} année de résidanat	60
II.3.2.3. 3 ^{ème} année de résidanat	60
II.3.2.4. Conclusion	61
II.3.3. Les stages hospitaliers	61
II.3.3.1. Organisation des stages hospitaliers avant la réforme	62
II.3.3.2. Modifications depuis la réforme	63
II.3.4. Le stage chez le praticien et stages dans des structures agréées	63
II.3.5. Conclusion	65
II.4. Formation Médicale Continue et diplômes universitaires	67
II.4.1. Recensement des thèmes abordés par les associations de FMC lorraines	67
II.4.2. Diplômes universitaires	68
III. ENQUETES SUR LA FORMATION PRATIQUE POUR LA MEDECINE DE L'ENFANT AU COURS DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN ET DANS LE SERVICE D'URGENCES DE L'HOPITAL D'ENFANTS DE NANCY	70
III.1. Introduction	72
III.2. Enquête d'activité chez le médecin généraliste	73
III.2.1. Présentation de l'enquête. Objectifs	73
III.2.2. Matériel et méthodologie, déroulement de l'enquête	74
III.2.2.1. Présentation du lieu de l'enquête	74
III.2.2.2. Population incluse	75

III.2.2.3. Mode de recueil des données	75
III.2.3. Résultats de l'enquête	77
III.2.3.1. Activité pédiatrique du praticien généraliste durant l'enquête	77
III.2.3.2. Profil des enfants qui consultent	79
III.2.3.3. Caractéristiques des familles et mode de recours aux soins en médecine générale	80
III.2.3.4. Place du carnet de santé pour le suivi des enfants	83
III.2.3.5. Déroulement de la consultation	84
III.2.3.6. Conclusion	94
III.2.4. Discussion	95
III.2.4.1. Biais et limites de ce type d'enquête	95
III.2.4.2. Analyse des résultats	96
III.2.4.3. Confrontation des résultats aux données du CREDES et de la SFMG	103
III.3. Enquête d'activité au POSU de l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy	107
III.3.1 Présentation de l'enquête. Objectifs	107
III.3.2. Matériel et méthodologie, déroulement de l'enquête	108
III.3.2.1. Présentation du lieu de l'enquête	108
III.3.2.2. Population incluse	109
III.3.2.3. Mode de recueil des données	109
III.3.3. Résultats de l'enquête	111
III.3.3.1. Profil des enfants qui consultent	111
III.3.3.2. Caractéristiques des familles et mode de recours au service des urgences pédiatriques	112
III.3.3.3. Place et rôle du carnet de santé aux urgences pédiatriques	115
III.3.3.4. Déroulement de la consultation	116
III.3.3.5. Conclusion	128
III.3.4. Discussion	129
III.3.4.1. Biais et limites de ce type d'enquête	129
III.3.4.2. Analyse des résultats	130
III.4. Analyse globale du travail d'enquêtes	136
III.4.1. Pathologies rencontrées en médecine générale et au service d'urgences pédiatriques	136
III.4.2. Réponse apportée : complémentarité des formations pratiques	137
CONCLUSION	139
BIBLIOGRAPHIE	141
ANNEXES	146



INTRODUCTION

Neuf années séparent le jeune bachelier s'inscrivant en première année dans une faculté de médecine française et le médecin généraliste qui débute son activité professionnelle à l'issue de la formation initiale... Neuf années de formation théorique et pratique qui doivent lui apporter les bases nécessaires à l'exercice d'une médecine polyvalente, sans considération d'âge ni de sexe, le plus souvent en premier recours.

Le médecin généraliste reçoit en moyenne 25 % d'enfants (1). Ces nourrissons, enfants ou adolescents nécessitent des connaissances adaptées, un savoir-faire rigoureux, des qualités de communication avec les parents comme avec ce petit patient.

Les pédiatres sont les professionnels les plus compétents pour la prise en charge des enfants. Cette spécialité médicale connaît depuis quelques années une diminution d'effectif inquiétante, qui accroît la charge de travail des pédiatres en exercice. Au 1^{er} Janvier 2001, la France compte 5 570 pédiatres et 71 260 médecins généralistes (8). Partant de ces données démographiques, on comprend aisément que les médecins généralistes sont de plus en plus consultés pour le suivi et les pathologies courantes des enfants. C'est pourquoi il est aujourd'hui primordial que les futurs généralistes reçoivent une formation adaptée pour la médecine de l'enfant.

L'idée de ce sujet de thèse a commencé à se préciser lors de notre stage chez le praticien généraliste à partir de plusieurs constats :

- un intérêt personnel pour la pédiatrie depuis le début de nos études ;
- les difficultés ressenties personnellement dans la prise en charge d'un enfant lors de nos premières gardes d'internes ;
- les discussions avec nos collègues qui mettaient aussi en avant une certaine appréhension, leur ressenti de carences de formation dans ce domaine, notamment sur un plan pratique ;
- la richesse de formation reçue lors du stage chez le praticien généraliste concernant l'examen d'un nourrisson, la prise en charge des pathologies courantes de l'enfant, les relations avec la famille...
- l'indispensable stage hospitalier de pédiatrie qui nous a aussi apporté de précieuses connaissances, un savoir-faire, une expérience pratique et des outils de communication dans le domaine de la médecine de l'enfant .

Pourtant, avant la réforme de Janvier 2001 pour le troisième cycle de médecine générale, moins d'un résident sur deux avait la possibilité d'effectuer un stage hospitalier de pédiatrie ! Les différentes réformes opérées ces dernières années au niveau de la formation médicale initiale mettent en évidence la prise de conscience de certaines inadéquations entre formation et pratique quotidienne.

Dans la première partie de ce travail ; nous situons le médecin généraliste parmi les différents intervenants du système de santé de l'enfant. A travers un questionnaire adressé aux parents, nous analysons les attentes des familles par rapport au médecin traitant de leur enfant et les réponses apportées.

Dans une seconde partie, nous avons effectué le bilan de la formation théorique et pratique dispensée à la faculté de Nancy. Nous avons étudié les modifications apportées par les réformes opérées récemment.

La troisième partie présente et analyse les résultats de deux enquêtes d'activité réalisées chez le praticien généraliste et dans un service d'urgences pédiatriques. Ces résultats sont confrontés à la littérature et semblent indiquer la complémentarité des formations apportées.

I. LE MEDECIN GENERALISTE DANS LE SYSTEME DE SANTE DESTINE A L'ENFANT



I.1. Introduction

Le système de santé destiné à l'enfant et à l'adolescent ne se limite pas aux professionnels médicaux auxquels ils recourent pour les soins mais intègre de façon plus globale de nombreux partenaires sociaux, paramédicaux et éducatifs. A l'heure actuelle, la santé n'est plus considérée comme un état statique. Elle est plutôt comprise comme une recherche permanente d'équilibre entre l'individu et son environnement, impliquant un certain degré d'autonomie individuelle, et, au plan collectif, une participation de la communauté toute entière aux activités de soins et de prévention.

I.1.1. Définitions

- **Pédiatrie** : médecine de l'enfant, c'est-à-dire, science du développement de l'enfant sain et malade, lié souvent à l'affrontement entre son programme génétique et son environnement physique et social. Médecine d'un groupe d'âge, elle est une spécialité aussi réelle et spécifique que les autres spécialités. (1).
- **Enfant** : la période de l'enfance se situe entre la fécondation et l'adolescence . C'est un être humain en voie de développement. Exposé aux risques d'un environnement souvent immédiat, il doit être protégé et les besoins nutritionnels, affectifs, éducatifs doivent être couverts par le couple parental qui le « représente ». La demande verbale de soins est le plus souvent parentale. L'enfant a une expression propre sémiologique. (1).
Ethymologiquement, le terme latin *infans* signifie « qui ne parle pas ».
- **Adolescent** : « Est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans ». Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- **Santé** : Etat de parfait bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. OMS.

I.1.2. Evolution de la pédiatrie à travers les âges

Si la pédiatrie est aujourd'hui une spécialité aussi réelle et spécifique que les autres spécialités, c'est après un long cheminement dans les connaissances et la considération particulière de ce groupe d'âge.

Les plus anciens écrits concernant les pathologies pédiatriques remontent à la période antique avec le Papyrus d'Ebers au XVI^e siècle avant JC. Hippocrate et Soranos d'Ephèse ont aussi accordés des chapitres aux soins du nouveau-né et aux pathologies du premier âge. La mortalité infantile particulièrement ravageuse à cette époque explique le peu d'attention accordée à la médecine de ce groupe si vulnérable (2). L'autonomie de l'enfant par rapport à l'adulte n'existe pas plus que celle de la pédiatrie par rapport à la médecine générale. La pédiatrie a cependant droit à certains chapitres spécifiques inclus dans les grands classiques ou dans les traités d'obstétrique et de gynécologie. Pourtant dès cette époque, Celse insiste sur le fait que les enfants ne doivent pas être traités comme des adultes ; pour lui, les maladies infantiles ont quelquefois une évolution accélérée vers une terminaison rapide, fatale ou heureuse (3).

La période médiévale a surtout été marquée par Rhazès qui contribue par ses écrits au diagnostic et au traitement de certaines maladies courantes pédiatriques (4) et Avicenne qui traite des soins au nouveau-né, de l'alimentation du nourrisson et des maladies du petit enfant. Toutefois, les femmes sont restées longtemps les uniques thérapeutes des petits enfants : elles seules savaient comprendre et interpréter les signes et les symptômes de leurs maladies, les prévenir, les soulager et les guérir. Les secrets de ces mères se transmettaient oralement à travers les générations. Deux caractéristiques essentielles de l'enfant sont individualisées et expliquent les traditions anciennes d'élevage : l'enfant est un être inachevé qui doit être façonné et il est fragile donc doit être protégé (5).

La renaissance est marquée par l'apparition de l'imprimerie permettant le rassemblement et la diffusion des connaissances médicales. Les premiers traités de pédiatrie apparaissent.

Les XVII^e et XVIII^e siècles sont marqués par des progrès de la nosologie et l'évolution des idées. « Presque tout le premier âge est maladie et danger » proclamait Rousseau en 1762, faisant écho aux médecins de son temps préoccupés par l'importance de la mortalité infantile (un enfant sur quatre ne passe pas la première année). Les médecins organisent alors dans les campagnes des cours d'accouchement, d'hygiène élémentaire et de puériculture. Pourtant, ils sont peu entendus parce que les familles qui font appel aux médecins sont rares et parce que, d'une manière générale, la médecine de l'époque est inefficace. Le premier travail d'ensemble sur la pathologie de la deuxième enfance de 3 à 15 ans est publié en France en 1843 par Rilliet et Barthez (6).

A partir des années 1860, les médecins et les pouvoirs publics initient une politique de santé publique autoritaire afin d'enrayer la mortalité infantile particulièrement forte chez les enfants mis en nourrice. C'est le sens de la loi Roussel, première loi de protection de l'enfance votée en 1874 (5). Parallèlement à cette politique, les premiers hôpitaux d'enfants sont créés à partir d'hospices ou d'asiles qui existaient déjà dès le XVII^e siècle : l'Hospice des Enfants Trouvés en 1640 et l'hôpital des Enfants Malades à Paris en 1802. Mais ces hôpitaux connaissent des problèmes cruciaux de contagion et d'hospitalisme. La mortalité y atteint 74 % au début du XX^e siècle. A Nancy, en 1936, la Pouponnière d'Enfants Abandonnés compte une mortalité de 65 %. Malgré la création des hôpitaux pour enfants, la pédiatrie a eu longtemps du mal à s'affirmer comme spécialité autonome, les pédiatres débutant leur formation dans les services de médecine générale ou gériatrique (2).

Après 1890, la médecine pastorienne permet la diffusion des pratiques d'asepsie et d'antisepsie ainsi que la mise au point de vaccins et de sérums. Les premières consultations de nourrissons sont fondées par Budin en 1892 à Paris. La mortalité infantile diminue alors de 180 pour mille en 1860 à 70 en 1935. L'aboutissement du mouvement de médicalisation des enfants amène en 1945 à la création de la Protection Maternelle et Infantile avec la contribution de Robert Debré (6).

Dès lors, tous les enfants bénéficient d'un suivi médicalisé concernant leur développement, la prévention des pathologies carenciales, et les conseils de puériculture en vigueur. On peut cependant poser quelques limites à cette médicalisation intensive qui, si elle a notablement réduit le taux de mortalité infantile à 4.8 pour mille en 1999 (7), a aussi contribué à la perte de la tradition orale familiale en matière de puériculture...

I.1.3. Données démographiques

⇒ La France compte en 1996 une population de 58 329 850 habitants.

Parmi eux, 11 445 479 ont moins de 15 ans (19.6 %) et 3 713 523 moins de 5 ans (6.4 %). (Données INSEE/DRASS).

Le taux de natalité (nombre de naissances vivantes pour mille habitants) est de 12.6 pour mille au 1.01.1999.

Les moins de 20 ans représentent 25.8 % de la population en 1997. Ils constituent donc une part importante des patients qui recourent au médecin en France.

⇒ Au 1^{er} Janvier 2001, le Conseil de l'Ordre dénombrait 71 260 médecins généralistes dont 45 756 avec un exercice libéral exclusif. Dans le même temps, les pédiatres représentaient 5 570 médecins dont 1 756 à activité libérale exclusive (8).

Les pédiatres sont les spécialistes les mieux formés et les plus compétents pour prendre en charge les enfants notamment les petits nourrissons. Cependant, ces quelques données démographiques illustrent parfaitement la pénurie que connaît actuellement cette spécialité médicale et la difficulté, si ce n'est l'impossibilité, pour les pédiatres de suivre exclusivement tous les enfants. Certaines zones rurales manquent cruellement de pédiatres...

⇒ C'est donc le médecin généraliste qui souvent reçoit les enfants pour le suivi, les vaccinations ou la prise en charge de pathologies courantes. Selon une enquête effectuée par le CREDES entre 1991 et 1992 chez 2 318 médecins français, le médecin généraliste effectue 56.6 % des actes chez les 0-2 ans en médecine libérale. Il établit 54 % des certificats médicaux du neuvième mois et 60 % de ceux du vingt-quatrième mois. La médecine de l'enfant fait donc partie intégrante de l'activité quotidienne d'un médecin généraliste libéral en France : elle représente 25 % de sa clientèle (1).

I.2. Un patient particulier avec des besoins spécifiques

La consultation médicale d'un enfant, a fortiori quand il s'agit de nourrissons, revêt certaines caractéristiques liées à l'âge de l'enfant et à sa dépendance à l'adulte. L'entretien médical ne se déroule pas comme chez l'adulte sous forme de dialogue mais au sein d'une triade composée par le médecin, l'enfant et son accompagnant. La demande de soins peut être une demande de l'enfant à l'adulte ou de l'adulte qui a observé un signe qui l'a inquiété. Parfois, elle émane d'une structure de soins ou d'une institution (9). Le plus souvent, la demande verbale de soins chez le jeune enfant émane du parent ou de l'adulte qui le représente. L'enfant adopte plus volontiers un langage somatique qu'il convient de décrypter.

L'examen d'un nourrisson ou d'un enfant nécessite de la patience et de bonnes conditions matérielles et psychologiques. Un temps de mise en confiance optimise la relation avec l'enfant : appeler l'enfant par son prénom et lui dire personnellement bonjour, laisser le parent le déshabiller, observer le comportement de chacun des protagonistes et les interactions qui se jouent...

Sur un plan matériel, l'équipement minimal se constitue d'un coin réservé aux enfants dans la salle d'attente, d'une table d'examen adaptée aux nourrissons munie d'un éclairage efficace mais non brutal, d'une toise, d'une balance adaptée et d'un mètre de couturière (9).

Les modalités d'examen et les différents paramètres à recueillir diffèrent selon l'âge de l'enfant. Le suivi nécessite l'évaluation systématique de :

- la croissance staturale-pondérale et le développement psychomoteur et mental,
- le dépistage d'anomalies sensorielles susceptibles de révéler un handicap débutant,
- la qualité des apports nutritionnels et vitaminiques,
- la rigueur d'application d'un calendrier vaccinal adapté (10).

La médecine de l'enfant revêt une importance particulière par le nombre qu'ils représentent (25.8 % de la population a moins de 20 ans en 1997), par la mortalité et la morbidité élevée dans ce groupe d'âge vulnérable. Enfin, certaines affections de l'adulte ont leur point de départ dans l'enfance. On note une particulière efficacité des méthodes

préventives simples à cette époque de la vie (vaccinations, dépistage, éducation à l'hygiène et à la santé)(11).

I.2.1. Le nourrisson

La période que l'on appelle nourrisson s'étend de la naissance à 2 ans. Durant cette période et, de façon plus marquée, la première année de vie, la dépendance physique à l'adulte se retrouve quotidiennement dans les gestes élémentaires de nutrition et d'hygiène et la dépendance psychique dans une relation verbale et non verbale singulière. Le nourrisson a des potentiels évolutifs somatiques et psychiques importants. Le développement de ces potentiels dépend des parents, de leur histoire familiale, de la relation qu'ils établissent avec leur enfant, de leur écoute, de leur ouverture au monde extérieur et des soins physiques qu'ils lui donnent.

La majorité des recours aux soins chez le nourrisson est motivée par des consultations de suivi et de vaccinations ainsi que des affections ORL courantes (9).

On dénombre 20 examens médicaux nécessaires au cours des 6 premières années de vie. Certains examens donnent lieu à des certificats médicaux obligatoires : certificat du huitième jour, des neuvième et vingt-quatrième mois. Ces certificats comportent un volet administratif adressé à la Caisse d'Allocations Familiales pour le versement des prestations et une partie médicale transmise au médecin de Protection Maternelle et Infantile ou à la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

L'examen clinique du nourrisson s'attache avant tout à mesurer systématiquement les différents paramètres du développement staturopondéral : taille, poids, périmètre crânien qui sont reportés dans le carnet de santé de l'enfant au niveau des courbes de référence (courbes de Sempé). L'examen du développement psychomoteur porte l'attention sur le tonus axial et des membres, la motilité et la vigilance, l'existence des réflexes archaïques, l'état auditif et visuel, les acquisitions motrices, langagières et sociales. L'examen des hanches recherche une instabilité ; l'examen cardiopulmonaire dépiste l'existence d'un souffle cardiaque, d'une cyanose ou d'une dyspnée, la présence des pouls fémoraux. Au niveau abdominal, on éliminera une hernie, une hépatomégalie ou une splénomégalie. Les antécédents personnels et familiaux seront également précisés sur le carnet de santé (10).

I.2.2. L'enfant de 2 à 10 ans

A partir de 2 ans, l'enfant commence à prendre une certaine autonomie, il développe son langage et les capacités de socialisation. Cette socialisation passe avant tout par l'entrée en école maternelle vers 3 ans.

Les recours aux soins dans cette période sont toujours constitués de pathologies infectieuses courantes notamment ORL, mais aussi par les accidents qui sont responsables de 40 % des décès entre 1 et 14 ans, des allergies, des difficultés scolaires, des retards de scolarisation ou de la prévention des caries dentaires (11).

Le bilan de santé des enfants de 3 ans permet le dépistage (tardif) des infirmités moyennes ou mineures et des inadaptations. L'évaluation médicale accordera une attention particulière à l'évaluation du développement psychomoteur, staturopondéral et intellectuel (performances du langage) (10).

I.2.3. L'adolescent

L'adolescence correspond à une période singulière de la vie qui se caractérise par des bouleversements physiques et psychologiques. Les problèmes de santé se compliquent de difficultés relationnelles et sociales inhérentes à cet âge de la vie. Les différentes définitions de l'adolescence sont imprécises :

- « Age qui succède à l'enfance » Dictionnaire Le Petit Robert ;
- « Est adolescent tout individu de 0 à 19 ans » Organisation Mondiale de la Santé ;
- Période de développement pubertaire, soit entre 11 et 18 ans chez la fille et entre 12 et 19 ans chez le garçon, selon les endocrinologues.

Si on s'accorde à délimiter le début de l'adolescence aux premiers signes de puberté, la limite supérieure de cette période est bien plus floue. Le processus de maturation physique, psychique et sociale qui s'opère conduit l'adolescent à une autonomisation et une quête d'identité qui passe parfois par le rejet de l'adulte. On comprend fort bien la difficulté pour le médecin qui doit modifier sa prise en charge afin d'éviter cette opposition. Il n'est pas toujours facile pour le médecin de modifier la relation qu'il avait avec l'enfant pour l'adapter aux attentes de l'adolescent et gagner ou maintenir une relation de confiance (9).

Les adolescents consultent peu mais quand ils le font, c'est plus souvent vers le médecin généraliste (78 % des actes chez les 11-20 ans sont fait par un généraliste). En moyenne, ils consultent beaucoup moins que la population générale (8 % contre 13 %). La consultation doit être un lieu de médiation et de parole (12). Une étude canadienne auprès de 1500 sujets de 13 à 18 ans mettait en évidence les cinq premières préoccupations de santé des adolescents : état de bonne santé, croissance, maladies sexuellement transmissibles, acné et contraception. Les adolescents consultent leur médecin pour des affections le plus souvent bénignes. Paradoxalement, ils consultent rarement pour des troubles mentaux, alors que le suicide est la seconde cause de mortalité chez les jeunes (13).

Dans la mesure du possible, le médecin, lorsqu'il entre en contact pour la première fois avec un adolescent, lui réservera une période de temps suffisante pour pouvoir aborder avec lui non seulement la plainte qui l'amène, mais aussi son histoire médicale et surtout ses habitudes de vie. Il est préférable de lui laisser le choix entre le tutoiement et le vouvoiement, de même que la possibilité d'entretien en dehors de la présence des parents. Dans son attitude, le médecin doit éviter plusieurs écueils : les jugements, mais aussi une excessive neutralité qui peut passer pour de l'indifférence, ou encore des questions trop directes qui risqueraient de paraître intrusives. Le médecin est assimilé par le jeune à un adulte qu'il attend différent de ses parents. Il n'est pas question d'écarter pour autant les parents de la prise en charge mais plutôt de permettre un dialogue constructif entre les différents protagonistes dans le respect de la confidentialité due à l'adolescent.

La tâche des médecins n'est pas toujours facile puisqu'on exige d'eux d'être, d'une part, des experts qui détiennent une connaissance et doivent agir sans commettre d'erreur et, d'autre part, des compagnons de route qui manifestent une attention toute particulière aux diverses difficultés rencontrées sur le chemin d'un jeune en pleine recherche (13).

Le praticien de premier recours constitue par définition la source du premier contact entre un individu et le système de soins. Dans l'idéal, chaque adolescent devrait avoir identifié un médecin de référence qui le connaisse personnellement et puisse jouer un rôle à la fois curatif

et préventif, un rôle de conseil et d'aiguillage en cas de situation médicale complexe. Dans la pratique, c'est loin d'être le cas ! Plus qu'une compétence technique, le praticien doit pouvoir assurer un projet de soins et de suivi de l'adolescent en vue du rétablissement et de la promotion de la santé.

Chez l'adolescent comme à d'autres âges, ce médecin ne constitue qu'un maillon de la chaîne thérapeutique, qui s'appuie sur un travail en réseau afin d'assurer une continuité des soins.

I.2.4. Indicateurs de santé (11)

Les indicateurs de santé de l'enfant et de l'adolescent sont représentés par le taux de mortalité infantile (nombre de décès d'enfants entre le premier et le 365^{ème} jours de vie rapporté à mille naissances vivantes) et par la morbidité qui s'évalue par la prévalence et l'incidence des maladies.

Le taux de mortalité infantile est de 4.8 pour mille en 1999. Il a considérablement chuté en 60 ans puisqu'il était de 70 pour mille en 1935. Les pays en voie de développement connaissent des taux de 150 à 300 pour mille.

La mortalité infantile se décompose en deux groupes :

- **la mortalité néonatale** (entre 0 et 27 jours) : elle provient de causes endogènes comme la prématurité, les malformations ou les conséquences d'accouchement pathologique,
- **la mortalité post-néonatale** (entre 28 et 365 jours) : elle dépend surtout de facteurs exogènes comme la mort subite du nourrisson dans les pays industrialisés. Dans les pays pauvres, ce sont surtout la malnutrition et les maladies infectieuses. C'est à ce niveau que le développement du système de santé et les politiques de promotion de la santé permettent une réduction notable de la mortalité. Les conseils de couchage des nourrissons sur le dos ont permis de diviser par 4 les cas de mort subite du nourrisson et de contribuer à abaisser le taux de mortalité infantile de 7.3 en 1990 à 4.8 en 1999.

La morbidité néonatale est le fait de causes endogènes : prématurité et malformations.

Chez le nourrisson, on distingue les causes exogènes : un enfant sur 2 a une maladie ORL avant 2 ans, un sur cinq une maladie de la peau ou des troubles digestifs, un sur dix une maladie infectieuse autre qu'ORL. Le dépistage des handicaps moteurs ou sensoriels répond aux causes endogènes.

Plus tard, entre 2 et 6 ans, les pathologies ORL atteignent un enfant sur 4, les maladies infectieuses et respiratoires restent fréquentes, les traumatismes concernent 5 % des enfants. L'âge scolaire est aussi marqué par les difficultés scolaires, les retards de scolarisation ou les caries dentaires.

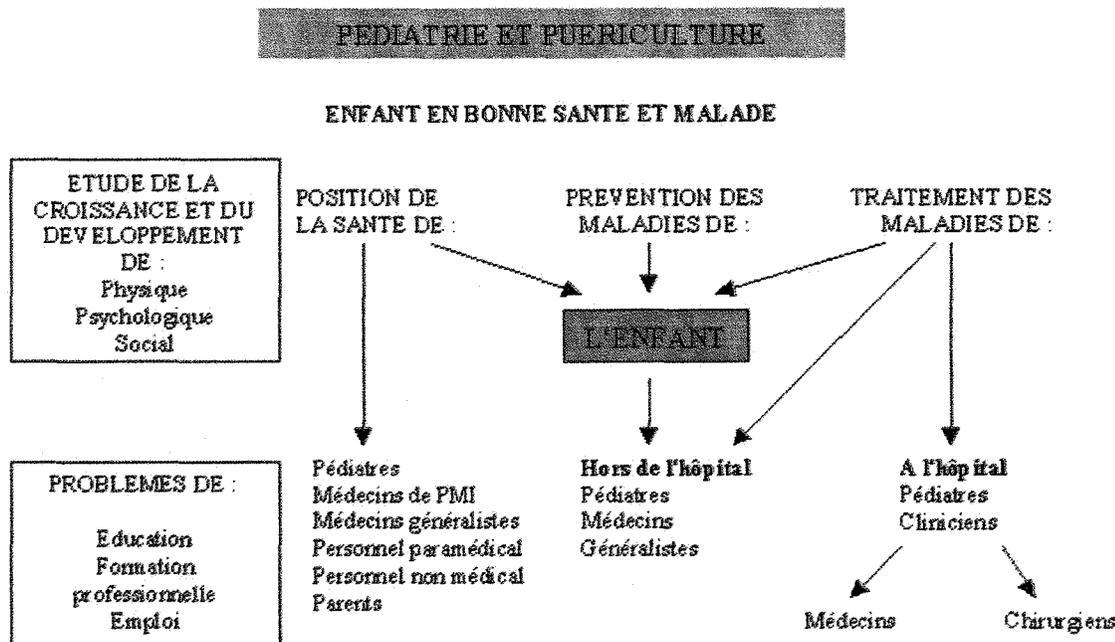
Le grand enfant et l'adolescent présentera souvent des problèmes de suicides, sociaux de délinquance juvénile, des tumeurs dont les leucémies.

Avant tout les préoccupations actuelles essentielles mettent en avant :

- les accidents qui sont en cause dans 40 % des décès entre 1 et 14 ans,
- les problèmes de surpoids et d'obésité qui touchent un enfant sur 6 entre 7 et 9 ans,
- les troubles du comportement et de la santé mentale chez 10 à 20 % des moins de 15 ans,

- les maladies allergiques en pleine expansion : un enfant sur 4 est concerné, un sur 10 est asthmatique, 5 % des enfants de moins de 8 ans présente une allergie alimentaire.

I.3. Description du système de santé



Extrait du site internet de la faculté de Rennes (11)

I.3.1. Le médecin généraliste

Le groupe de Leeuwenhorst en 1974 le définissait ainsi : « Le généraliste est un diplômé médical qui donne des soins personnels, de premier recours et continus à des individus, des familles et un groupe de population, sans considération d'âge, de sexe ni de pathologie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. »

L'exercice de la médecine générale selon le Collège National des Généralistes Enseignants relève de plusieurs principes :

- **une approche centrée sur le patient**, ses demandes, ses besoins, sa personnalité... La consultation est un colloque singulier entre médecin et patient et chaque consultant exprime une demande ou un besoin qui lui sont propres. Cette approche nécessite une adaptation si l'enfant ne peut exprimer verbalement une demande propre et dépend de son accompagnant. Mais il possède aussi d'autres modes de communication qu'il convient de « décrypter ». Le médecin ne doit pas oublier que le principal bénéficiaire des soins reste ce petit enfant et ses intérêts diffèrent parfois de la demande formulée par les parents !
- **la nécessité de prendre en compte l'environnement du patient** : son cadre de vie, son milieu professionnel, son origine, ses habitudes culturelles et surtout sa famille. Cette approche est incontournable en pédiatrie en raison de la dépendance de l'enfant à son entourage. Il n'est pas envisageable de soigner un enfant sans considérer sa famille, ne serait-ce que parce que les parents sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant et qu'ils pourront comprendre ses besoins. Ce

sont eux aussi qui seront les administrateurs d'un éventuel traitement ou les acteurs d'une surveillance.

- **La polyvalence des soins** : le champ d'activité est défini à partir des besoins et des demandes des patients. Le généraliste étant le premier recours dans la majorité des cas, les motifs de consultation seront variés. De plus, l'activité du généraliste s'inscrit dans la gestion simultanée des intérêts individuels et des problématiques collectives.
- **Une réponse à la majorité des motifs de recours aux soins** : cette réponse peut relever du champ de compétence du généraliste ou consister en une orientation vers un médecin ou une structure de soins adéquats.
- **Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves**
- **Une intervention au stade précoce des maladies**
- **La gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples, de problèmes de santé aigus ou chroniques,**
- **La capacité de suivi au long cours et la responsabilité de la continuité des soins,**
- **Une aptitude à la coordination des soins** : le statut de premier recours confère au généraliste un rôle de pivot du système de soins. Il adresse et oriente les patients vers les professions paramédicales ou les consultations spécialisées nécessaires. Il a une place centrale dans la prise en charge pluridisciplinaire, il est le garant d'une bonne information et d'une communication efficace entre les différents intervenants. C'est souvent à lui que s'adressent les multiples questions du patient qu'il suit.
- **Le développement de la promotion et de l'éducation de la santé, des actions spécifiques en terme de santé publique,**
- **Une réponse globale aux problèmes de santé** dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles ou existentielles ...

Le praticien généraliste est le médecin de premier recours dans 62 % des cas. Il assure les soins primaires et instaure avec le patient une relation privilégiée et durable. Il est aussi responsable de la continuité et de la coordination des soins. Il a souvent un rôle prépondérant dans la prise en charge des maladies chroniques, dans l'aiguillage du patient dans le système de soins. Il se trouve au centre de la chaîne thérapeutique qui s'établit pour un patient donné (9).

La France compte au 1/01/2001 52 % d'omnipraticiens parmi les 196 006 médecins en exercice en métropole. 71 260 médecins généralistes exercent, 64 % en secteur libéral, 16.5 % en milieu hospitalier et les autres soit en activité mixte, soit dans le secteur préventif (8).

En Lorraine au 1/01/2000, on recensait 3287 médecins généralistes avec une moindre densité dans les Vosges et la Meuse (7).

On assiste chez les généralistes, comme pour le reste des médecins, à un vieillissement de la population : l'âge moyen est de 47.2 ans pour les hommes et de 44 ans pour les femmes en 2001. L'effectif des moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans ! Une pénurie se profile dangereusement pour les dix années à venir.

Une féminisation de la profession intervient aussi à l'heure actuelle : 37 % des médecins en activité sont des femmes. Elles représentent 62 % des moins de 35 ans (14,15).

I.3.2. Les pédiatres libéraux et hospitaliers

Les pédiatres sont des spécialistes médicaux dont la formation s'individualise de celle des généralistes à l'entrée du troisième cycle. Ils sont les médecins d'une classe d'âge qui couvre de la naissance à l'adolescence. A l'issue de quatre années de formation spécifique, ils peuvent opter pour un exercice en secteur libéral ou en tant que salariés hospitaliers ou de la prévention. Comme les généralistes, les pédiatres libéraux sont des médecins de premier recours. De nombreux enfants sont suivis conjointement par un pédiatre et un généraliste, d'où l'importance des relations entre ces deux professionnels.

Au 31/12/1996, la France compte 5 703 pédiatres qualifiés : 3 000 en secteur libéral, 1400 hospitaliers et 800 en secteur de pédiatrie communautaire. Ils représentent 3.1 % de l'ensemble des 183 487 médecins en exercice et 6.39 % de l'ensemble des spécialistes. Ils sont 16 fois moins nombreux que les omnipraticiens et même 30 fois moins nombreux si on ne compte que les pédiatres ambulatoires. Le nombre de pédiatres en France est de 9.82 pour 100 000 habitants, 51.5 pour 100 000 enfants et 7.78 pour 1000 naissances annuelles.

L'internat forme actuellement 110 pédiatres, alors que le nombre de départ en retraite est supérieur à 120 en 2000, à 150 en 2003 et sera de 200 par an en 2009.

Le vieillissement est plus marqué dans cette discipline que dans les autres spécialités médicales : 32 % des pédiatres ont plus de 50 ans (25 % dans les autres spécialités).

Cette profession connaît le taux de féminisation le plus élevé des spécialités médicales : 80 % des pédiatres de moins de 35 ans sont des femmes (16).

En Lorraine, on dénombre 105 pédiatres libéraux au 1/01/2000 (7).

I.3.3. Les services de Protection Maternelle et Infantile

Leur création remonte à l'ordonnance du 2 Novembre 1945 pour améliorer les conditions sanitaires des femmes et des enfants. La responsabilité et le contrôle de ces services reposent sur le Président du Conseil Général.

Trois missions principales incombent à ce service :

- l'application de la politique des naissances,
- l'action prénatale,
- l'action en faveur de la petite enfance.

Cette dernière couvre plusieurs secteurs :

- dans le domaine de la santé : des consultations gratuites sont organisées pour les enfants de 0 à 6 ans ; le service de PMI s'occupe de la diffusion des carnets de santé et du traitement des certificats de santé dans un but épidémiologique et de santé publique ; les puéricultrices de secteur se rendent dans les familles qui nécessitent des conseils ou une aide pour la prise en charge des enfants ; enfin, la PMI diffuse des informations sanitaires générales dans les domaines de l'alimentation, de l'hygiène, de la prévention.
- La gestion des modes de gardes qu'il s'agisse des établissements, des assistantes maternelles ou des conseils aux familles.

- Les actions spécifiques en faveur de certaines catégories d'enfants et de familles : les enfants en danger, ceux qui présentent un handicap et les populations défavorisées.

Le service de PMI réalise aussi les bilans de santé de 4 ans en école maternelle en collaboration avec les services de santé scolaire communaux (1).

Il se compose au minimum d'une sage-femme à plein temps pour 1500 enfants nés vivants l'année précédente, d'une puéricultrice pour 250 enfants. Le médecin responsable du service doit être spécialisé ou compétent qualifié en pédiatrie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou en santé publique. Les autres médecins du service doivent faire preuve des mêmes compétences ou parfois sur dérogation peuvent être des généralistes avec une expérience particulière dans ces champs d'action (17).

I.3.4. La santé scolaire (10)

Le service de santé scolaire dépend, depuis 1991, du ministère de l'Education Nationale et non du Ministère de la Santé. Les actions de santé sont assurées par deux services qui travaillent en étroite collaboration : le service médical et le service infirmier.

Leurs missions ont été notamment précisées en juin 1991 par une circulaire adressée au recteur et inspecteurs d'académie.

Des bilans individuels systématiques sont proposés à des âges clés du développement de l'enfant et de sa scolarité, en vue du dépistage des handicaps dès l'école maternelle, de bilans élargis et obligatoires au cours de la sixième année et d'un bilan d'orientation au cours de la dernière année du collège.

Des examens à la demande sont effectués dans le respect des règles de déontologie.

Par ailleurs, leur mission est aussi de mettre en place des actions de protection, de prévention et d'éducation à la santé dans le cadre d'un projet intégré aux écoles ou établissements.

I.3.5. Les autres intervenants

Sans prétendre effectuer une liste exhaustive, on peut citer parmi les autres intervenants de santé de l'enfant et comme collaborateurs du médecin traitant : les autres spécialistes médicaux ou chirurgicaux, les dentistes, les pharmaciens, le personnel paramédical représenté par les infirmières, les aides-soignantes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, orthoptistes, podologues, biologistes ou radiologistes. Les services de protection de l'enfance outre la PMI comprennent les services judiciaires ou d'aide sociale à l'enfance. Enfin, n'oublions pas les parents ou les responsables de l'enfant qui constituent des représentants de choix.

I.3.6. Le carnet de santé de l'enfant



DIRECTION VOSGIENNE
DES INTERVENTIONS SOCIALES

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Mon carnet de santé

NOM

PRÉNOMS



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ
SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Carnet de santé

Nom : (en lettres capitales)
Prénoms : (à compléter dans l'ordre de l'état-civil)
Né(e) le : (le mois doit être écrit en toutes lettres)
à : (commune et département. Pour Paris, l'arrondissement, indiquer l'arrondissement)

Le carnet de santé est un document qui réunit tous les événements qui concernent la santé depuis la naissance.
Il constitue un lien entre les différents médecins qui interviennent pour la surveillance médicale préventive et les soins.
N'oubliez pas de le présenter lors de chaque visite médicale afin que le médecin puisse prendre connaissance de son contenu, y inscrire ses observations et les traitements éventuellement prescrits.
Emportez-le en voyage. Surtout ne l'égariez pas.

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Art. L. 163. (L. n° 89-999 du 18 déc. 1989) Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé (...).
(...) Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Le document émis informe que nul autre qu'eux ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa profession, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est astreinte au secret professionnel.

En dehors d'une consultation médicale, seuls les certificats de vaccinations sont exigibles.

Ce carnet est un document confidentiel. Si vous le confiez à votre enfant ou à un tiers, faites-le dans une enveloppe fermée, portant la mention "Secret médical".
En cas de perte, la personne qui trouvera ce carnet est priée de le renvoyer à la dernière des adresses notées page 2.

CARNET DE SANTÉ - MISE À JOUR 1995 (C)

Le carnet de santé est délivré à la naissance de l'enfant selon des modalités précisées légalement dans l'article L163 du Code de Santé Publique (17) :

« Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil ; à défaut, il peut être demandé au service départemental de la protection maternelle et infantile. Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus à l'article L164 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant.

Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Ils doivent être informés que nul autre qu'eux ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa profession, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est astreinte au secret professionnel. (...) »

La législation précise donc que le carnet de santé est un document propre à chaque enfant qui relate obligatoirement les résultats des examens médicaux recommandés et qui doit en principe comporter les informations médicales importantes concernant l'enfant. Ce carnet est confié aux responsables de l'autorité parentale et ils sont seuls responsables de sa diffusion. Les renseignements qu'il comporte sont confidentiels et soumis au secret médical.

Il appartient aux parents de le présenter à chaque consultation de l'enfant et au médecin consulté de le remplir avec soin.

Il se compose de trois parties principales :

- Les bilans de santé : à la naissance, au huitième jour et aux neuvième et vingt-quatrième mois donnant lieu à des certificats de santé, au quatrième mois puis à 3-4 ans, 5-6 ans, 10-12 ans et 14-16 ans.
- Le suivi régulier : est mentionné sur des pages « libres » les données du développement staturo-pondéral et psychomoteur, les affections mineures et les régimes alimentaires conseillés ainsi que les traitements proposés. Il constitue un lien entre les différents médecins de l'enfant.
- Les vaccinations et le récapitulatif des maladies infectieuses et épidémiques contractées par l'enfant.

Des informations complémentaires concernant les hospitalisations, les courbes de croissance staturo-pondérale et des conseils pour les parents y figurent également.

I.4. Attentes des familles, représentation du médecin traitant : résultats du questionnaire auprès des parents

I.4.1. Présentation du questionnaire, matériel et méthodologie

Nous avons établi un questionnaire adressé aux parents concernant leur mode de recours aux médecins qui interviennent dans le système de santé de l'enfant et leurs attentes par rapport à leur médecin traitant. Nous avons aussi étudié quelle était leur satisfaction par rapport à ce médecin.

100 questionnaires ont été analysés à partir des données recueillies, soit lors de l'enquête d'activité chez le praticien généraliste à Senones (Vosges), soit au POSU (Pôle d'Orientation et de Soins d'Urgences) pédiatrique de Brabois à Nancy concernant les consultations médicales (les motifs de recours chirurgicaux étant exclus).

Le questionnaire type est joint en annexe. Les parents le complétaient lors du délai d'attente avant la consultation de leur enfant. Les parents répondants représentent des familles de 1, 2, 3 enfants ou plus dans des proportions quasiment équivalentes (32 %, 37 % et 31 %). Le motif de recours ce jour-là était une hyperthermie dans 30 % des cas, une douleur abdominale dans 25.8 %, une toux ou un autre motif dans 19.2 % et en dernier lieu des conseils ou du suivi.

Initialement, un questionnaire adressé aux patients de 12 à 20 ans avait aussi été mis en place. Nous n'avons pu exploiter les données recueillies en raison d'un trop faible taux de réponse (seulement 20 questionnaires !). Il est toutefois intéressant de mentionner ce fait qui confirme le désinvestissement des adolescents par rapport au domaine de la santé.

I.4.2. Qui les parents consultent-ils pour leur enfant ?

⇒ Le jour, les parents consultent en majorité un médecin généraliste pour leur enfant (59 %). Vient ensuite le pédiatre (26 %) ou un suivi conjoint par pédiatre et médecin généraliste (10 %). 2 % des parents ont recours uniquement à un service d'urgences pour leur enfant et 3 % alternent médecin de famille et service d'urgences.

Les raisons invoquées pour ce choix sont avant tout la confiance et l'habitude (53 %) ou la proximité (33.7 %) pour le médecin de famille ; les parents qui consultent un pédiatre avancent les mêmes motifs de confiance et d'habitude (67.8 %) et de proximité (19.3 %). Ceux qui ont recours au service d'urgence justifient cette attitude par une question d'habitude (36.4 %), de proximité (27.2 %) mais aussi de rapidité ou de prix.

⇒ La nuit, le recours se partage entre le médecin généraliste de garde et les urgences dans 41 % des cas. Peu de parents font appel à un pédiatre de garde (5 %). Certains optent pour une alternance entre médecin de garde et service d'urgences (11 %). Le recours au médecin généraliste de garde se fait par habitude (42.9 %) ou par proximité ou facilité de déplacement (32.6 %). Ceux qui choisissent les urgences le font pour une question de rapidité (73.4 %), puis de proximité ou de confiance.

I.4.3. Quelles sont les attentes ?

Concernant le médecin traitant de leur enfant, ceux qui consultent un médecin de famille attendent en premier lieu une qualité de suivi de leur enfant et une bonne connaissance de celui-ci. La prescription de médicaments n'arrive qu'en fin de liste devant les conseils. Le pédiatre est aussi choisi pour la qualité du suivi et une bonne connaissance de l'enfant. La prescription de médicament est cette fois citée en dernier. Du service d'urgences, les parents attendent une bonne connaissance de l'enfant, un contact sympathique et doux puis une qualité de suivi (???). C'est en dernier lieu des conseils et des médicaments qu'ils viennent chercher.

I.4.4. Quelles sont les réponses apportées ?

⇒ Les parents sont globalement plutôt satisfaits de leur médecin traitant. Seuls 16.1 % de ceux qui consultent un généraliste et 22.2 % de ceux qui voient un pédiatre souhaitent consulter un autre médecin.

⇒ Par rapport au généraliste, on le trouve plutôt disponible (95.2 %), donnant des conseils (93.6 %), répondant aux questions (98.4 %) et assurant un suivi de qualité dans 92 % des cas. 1/3 des parents pensent qu'il n'est pas apte à gérer tous les problèmes de santé que pourrait présenter leur enfant, ils attendent en outre qu'il soit capable de passer le relai.

⇒ Le pédiatre est moins disponible (13.9 % de réponses négatives) et les parents trouvent une qualité de suivi moins fréquente (11.1 % de réponses négatives). En revanche, il est parfaitement bien perçu pour les conseils et les réponses aux questions des parents. De même, 1/3 des parents l'estiment incapable de gérer tous les problèmes qui peuvent se présenter.

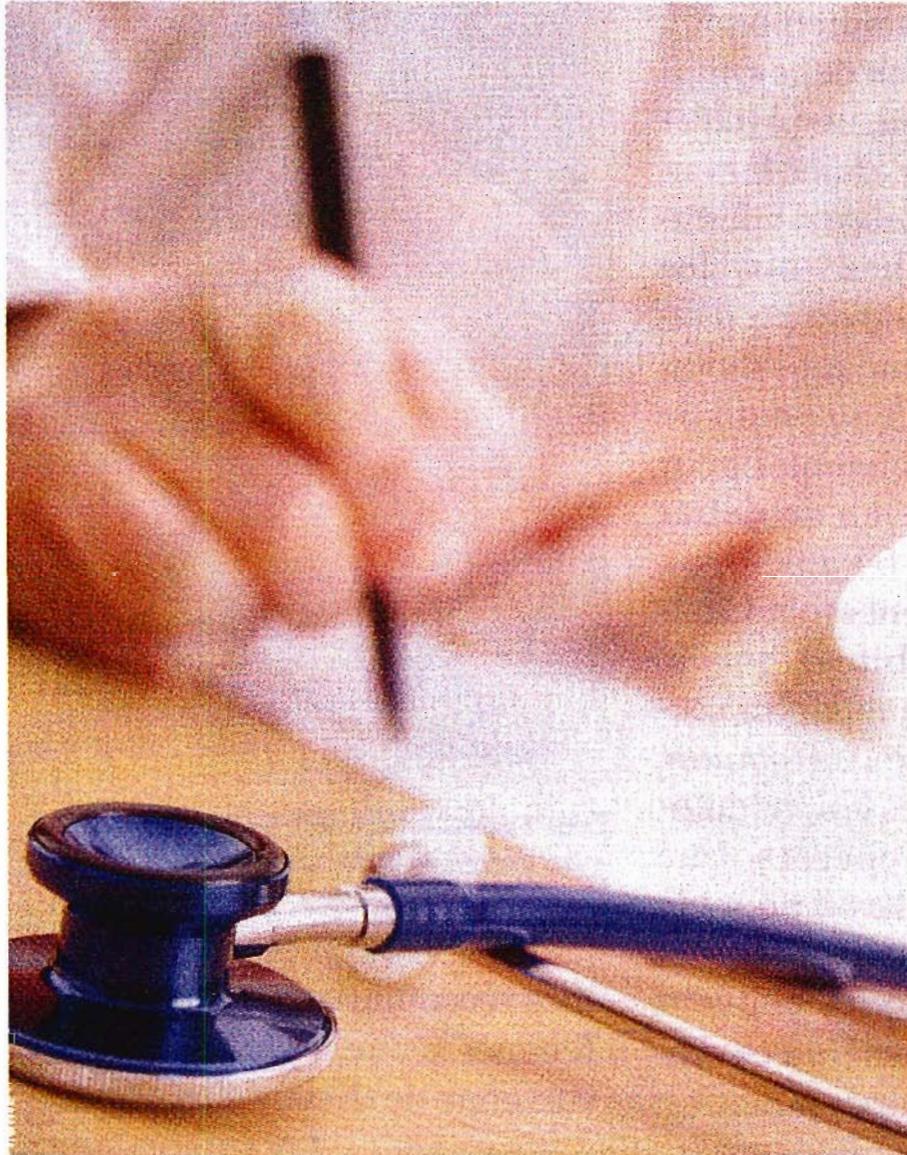
Les médecins traitants de l'enfant, pédiatres ou généralistes ou parfois les deux, semblent répondre aux attentes des parents en ce qui concerne les conseils, les réponses à leurs questions et la qualité de suivi de l'enfant. La question de disponibilité des pédiatres s'explique parfaitement par les données démographiques médicales et la pénurie que connaît cette spécialité. Enfin, on reste perplexe devant les 2 à 3 % de parents qui utilisent le service d'urgences de façon habituelle au titre de médecin traitant et attendent de la part des professionnels de ce service une qualité de suivi et relationnelle avec leur enfant.

La fin du questionnaire proposait aux parents de noter librement les commentaires qui leur paraissaient importants au sujet de leur médecin traitant : nous avons relevé des thèmes récurrents de disponibilité, de besoin de réassurance, d'aptitude à coordonner les soins et à passer la main si nécessaire, une demande de conseils (qui pourtant n'arrive qu'en fin de classement dans les attentes) et des manifestations de soutien de la cause médicale.

I.5. Conclusion

Le médecin généraliste est le premier recours pour 62 % de la population française. 10 à 30 % de sa clientèle est pédiatrique. Si la pédiatrie s'est individualisée en tant que spécialité réelle et reconnue de tous, la pénurie que connaît déjà cette profession et qui risque de s'aggraver encore ces prochaines années va conduire nécessairement le généraliste à accorder une plus large part de son activité à la médecine de l'enfant. Pour ce faire, il est aujourd'hui primordial que les étudiants reçoivent une formation théorique et pratique de qualité en ce domaine.

II. LA FORMATION EN PEDIATRIE A LA FACULTE DE NANCY



II.1. GENERALITES

II.1.1. Introduction

La formation des médecins généralistes est soumise à de nombreuses réformes actuellement tant au niveau européen que sur le plan national. La faculté de Nancy s'implique parmi les facultés innovantes avec notamment la mise en place de l'apprentissage par problème au cours du premier cycle de l'enseignement médical il y a 4 ans.

Le décret du 19 Janvier 2001 allonge le troisième cycle de médecine générale de cinq à six semestres de formation théorique et pratique au sein des établissements hospitaliers universitaires ou non, et en médecine libérale ambulatoire dans le cadre du stage chez le praticien. Ce sixième semestre est l'objet de débats et discussions quant à son contenu et ses modalités de réalisation pratique. Doit-il se dérouler plutôt en milieu ambulatoire, mode d'exercice futur de la majorité des étudiants ou en milieu hospitalier, lieu privilégié de la formation des internes, qu'ils soient spécialistes ou généralistes ?

Pour définir les besoins de formation des « futurs généralistes », il convient d'observer les capacités requises pour l'exercice de cette profession et de définir ou de redéfinir le rôle du médecin généraliste notamment en ce qui concerne la médecine de l'enfant.

II.1.1.1. Le médecin généraliste, médecin de première ligne...

La médecine générale permet la prise en charge des patients en première intention. C'est la notion définie par les anglosaxons par le terme « Primary Health Care ». En effet au moindre dysfonctionnement organique, psychologique ou social, c'est le médecin généraliste, médecin de famille, qui est le plus souvent sollicité. Le praticien généraliste, par définition, se trouve au sein de la société qu'il soigne ; il voit ses patients dans leur contexte environnemental et sociofamilial, il entre parfois même au cœur de leur foyer. Le rôle du médecin qui intervient en première ligne est loin de se résumer à des soins curatifs, il est fréquemment consulté par ses patients ou leur entourage pour des conseils concernant la santé, l'éducation ou la vie quotidienne...L'OMS en 1998 décrivait les soins de santé primaires comme devant « satisfaire les besoins de base de la population en matière de santé en fournissant un large éventail de services d'éducation pour la santé, de soins curatifs, de réhabilitation et palliatifs, et aider aux activités d'entraide des individus, des groupes, des familles. » (9). Cette notion de soins primaires a été précisée récemment par l'*Institute of Medicine* américain : « les soins primaires sont des prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leur patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. » (18).

Le médecin généraliste étant le recours le plus accessible et le plus courant pour les problèmes de santé de la population, il doit faire preuve d'une grande polyvalence.

Le groupe de Leeuwenhorst dès 1974 définissait le généraliste comme « un diplômé médical qui donne des soins personnels, de premier recours et continus à des individus, des familles et un groupe de population, sans considération d'âge, de sexe ni de pathologie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. » (9). Ce sont les principes de base de la médecine générale qui sont évoqués par cette définition. Le terme de « soins personnels » met en avant l'approche centrée sur le patient lui-même. C'est lui qui doit être le premier bénéficiaire des soins prodigués. Cette notion qui paraît élémentaire prend un tout autre aspect quand le patient est un jeune enfant voire un nourrisson extrêmement dépendant de son entourage familial et surtout parental. L'enfant et a fortiori le nourrisson ne possèdent pas ou ne

maîtrisent pas tous les outils verbaux pour formuler une demande propre de soins ou exprimer un besoin. Le médecin qui reçoit un enfant en consultation doit donc prendre en compte l'environnement, la demande des parents et l'intérêt de l'enfant. La consultation se déroule alors au sein d'une triade formée par le médecin, l'enfant et le ou les accompagnateurs de cet enfant, parent ou non.

II.1.1.2. Evolution de la démographie médicale

Durant les années 1970 et 1980, l'effectif des médecins semblait répondre largement aux besoins de santé de la population. On évoquait même dans certaines zones une concentration médicale excessive, menant à l'insuffisance d'activité de certains médecins. Le gouvernement a réagi à ce déséquilibre entre offre de soins et besoins en instituant un Numérus Clausus (loi du 12/07/1971 complétée en 1979). Dès lors, les effectifs médicaux ont été réduits par une réduction des places à l'issue du concours de fin de première année. Le flux d'entrée en PCEM 2 de 8500 étudiants par an jusqu'en 1977/78 est passé à 3500 en 1992 pour les 43 facultés de médecine de France. Ces mesures ont permis de stabiliser puis de faire décroître le nombre de médecins en activité. L'équilibre entre offre et demande a ainsi été maintenu jusqu'au début des années 90. Depuis une dizaine d'années, une pénurie de médecins commence à être ressentie dans certaines spécialités comme la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie ou encore la pédiatrie. Le choix de ces spécialités est peu à peu délaissé par les étudiants à l'issue du concours d'internat au profit de spécialités plus rémunératrices ou engageant moins la responsabilité médicale.

Au 1^{er} Janvier 2001 en France, le Conseil National de l'Ordre des Médecins dénombrait 200 797 médecins en activité dont 196 000 en métropole, soit 335 médecins pour 100 000 habitants dont 52 % d'omnipraticiens. Les pédiatres étaient 5 570 dont 38 % exerçant en milieu hospitalier et 31.5 % en secteur libéral. Les médecins généralistes étaient 71 257 avec une majorité en secteur libéral (64.2 %). Entre 1989 et 1999, on note un accroissement des effectifs de 14.7 % en pédiatrie et de 16.3 % en médecine générale. Ainsi, la proportion de pédiatres tend à diminuer plus vite que celle des médecins généralistes. En 1989, on comptait un pédiatre pour 16 médecins généralistes et un pour 17 médecins généralistes en 1999 (8). Ce constat permet de comprendre que les médecins généralistes vont être amenés à voir de plus en plus d'enfants dans leur pratique quotidienne. Le praticien généraliste ne va pas se substituer au pédiatre mais son rôle grandira dans la prise en charge du suivi et de la pathologie courante des enfants. C'est déjà le cas dans les zones rurales moins dotées en spécialistes qui s'installent davantage à proximité des centres hospitalo-universitaires. Dans les années à venir, en l'absence de mesures, la pénurie s'aggravera : en 2008, l'effectif total passerait de 200 000 à 160 000 médecins si le numérus clausus reste inchangé. Cette pénurie s'explique notamment par le vieillissement des médecins : en médecine générale, l'âge moyen actuel est de 46 ans (16). Dans une dizaine d'années, les générations de médecins qui ont fait leurs études dans les années 1960/70, avant l'instauration du numérus clausus, vont partir à la retraite et ne seront pas tous remplacés. Ce manque de médecins va toucher toutes les spécialités et la médecine générale mais sera plus criant pour les spécialités déjà en pénurie aujourd'hui dont la pédiatrie !

La féminisation croissante de la profession médicale intervient dans la baisse de l'offre de soins actuelle. Les femmes représentent 37 % des actifs en médecine générale mais plus de 43 % en pédiatrie (15). Leur volume d'activité est plus faible que celui d'un homme à âge égal, en raison d'un choix de vie avec un investissement plus grand dans leur vie personnelle et familiale.

En Lorraine, d'après les chiffres de la CRAM au 1^{er} Janvier 2000, on constate les mêmes tendances que sur le plan national. On dénombre 3287 généralistes et 3146 spécialistes dont 225 pédiatres. Pour le secteur libéral, on recense 2429 médecins généralistes en 2000, soit 105 pour 100 000 habitants. Cette densité était de 115 au 1^{er} Janvier 1999. On observe donc une diminution de 9 % en 1 an de la densité en médecins généralistes. Les spécialistes étaient au nombre de 1430 en secteur libéral en 2000, soit 62 pour 100 000 habitants contre 84 au 1^{er} Janvier 1999. Chez les spécialistes, la baisse d'effectif est de 14 % soit presque 2 fois celle des généralistes. La Lorraine est donc touchée par la baisse des effectifs médicaux au même titre que le reste du pays, cette pénurie étant plus marquée chez les spécialistes que chez les généralistes. Parmi les 105 pédiatres libéraux des 4 départements lorrains, 41 pédiatres exercent en Meurthe et Moselle, 46 en Moselle, 14 dans les Vosges et 4 seulement en Meuse. Il existe une inégalité entre les deux départements les plus urbanisés et les deux autres plus ruraux que sont les Vosges et la Meuse beaucoup moins bien pourvus en pédiatres (7).

Ainsi, à l'échelle régionale comme sur le plan national, la stabilisation des effectifs médicaux voire la décroissance commence à être perceptible. Cette décroissance apparaît plus marquée chez les spécialistes libéraux notamment chez les pédiatres. En l'absence de mesures rapides de la part du gouvernement, on peut penser que les conséquences se feront sentir au niveau de la population dans les prochaines années. Une réflexion doit s'engager quant au rôle du médecin généraliste en tant que médecin de premier recours dans la prise en charge des enfants. Une formation théorique et pratique adaptée apparaît plus que jamais nécessaire au futur praticien généraliste.

II.1.2. Historique de la formation médicale

S'il est primordial que les médecins reçoivent une formation de qualité pour devenir et demeurer des professionnels compétents, les idées de la société ont évolué depuis l'Antiquité...

La qualité de la formation dispensée aux médecins concerne toute la société au titre de la santé publique, qu'il s'agisse de l'enseignement initial et de la formation continue qui est apparue comme une évidente nécessité afin que les médecins en exercice soient au fait des constantes évolutions des connaissances scientifiques. Une longue évolution a eu lieu depuis l'Antiquité où la maladie était considérée comme un phénomène surnaturel jusqu'à la création des premières facultés de médecine puis l'implication progressive des pouvoirs publics et des malades eux-mêmes dans la formation des médecins.

La société antique considérait la maladie comme un événement surnaturel lié à l'intervention des dieux et c'était donc tout naturellement au prêtre que l'on avait recours pour y remédier. Les premières traces d'une instruction médicale sont contenues dans le Code d'Hammourabi en 2000 avant JC, premier code médical. Vers le 8^{ème} siècle avant JC, parallèlement à l'organisation de la cité, une médecine laïque commence à poindre. A cette époque, l'instruction médicale ne comporte ni cours ni programme, l'exercice de la médecine ne dépend d'aucun diplôme. La transmission des connaissances se fait de père en fils au sein des familles d'*asclépiades* ou au contact d'un médecin renommé que l'on suit dans ses consultations. La première évolution a lieu avec Hippocrate (460-377 av JC) qui proclame que la maladie est un phénomène naturel. C'est le début de l'observation clinique. A partir de cette période, le savoir médical se transmet par l'écrit, ce qui autorise une diffusion plus large dans le temps et l'espace. Alexandrie devient le haut lieu de la pensée médicale.

Au X^{ème} siècle est créé le premier lieu d'enseignement médical à Salerne. Rapidement cette école jouit d'une renommée internationale. La première faculté de médecine est créée en France à Montpellier en 1220. Paris sera doté d'une faculté en 1270. De la Renaissance au 16^{ème} siècle, peu d'évolution dans le domaine de l'instruction médicale. L'imprimerie permet la traduction et la diffusion des auteurs grecs qui restent la référence pendant plusieurs siècles. Le 16^{ème} siècle est marqué par la levée de l'interdiction de disséquer les cadavres, ce qui permet un enseignement de l'anatomie plus concret. A cette époque, le latin est le mode d'expression médicale exclusif. Au 17^{ème} siècle, l'évêque Jean Comenius défend les débuts de la pédagogie active comme un équilibre entre les leçons et l'étude personnelle. La médecine est considérée comme l'art majeur à cette époque mais les études sont longues (de 4 à 7 ans) et très chères. Il existe alors 17 facultés en France.

Il faut attendre le 18^{ème} siècle, dit siècle des lumières, pour assister au début de la Science Clinique. La médecine est remodelée par le décret d'Antoine Fourcroy du 2 Décembre 1794 qui fixe les exigences d'un enseignement médical officiel et les conditions d'exercice de la médecine. Peu à peu, on assiste à une institutionnalisation de l'enseignement médical et à l'instauration d'une législation sur l'exercice de la médecine. La société commence à être partie prenante dans la formation et l'activité de ses médecins... Au 19^{ème} siècle, on dénombre en France 3 facultés de médecine à Montpellier, Strasbourg et Paris ainsi que des écoles selon les besoins locaux ; celle de Nancy est fondée en 1822. Les études durent 4 ans, allant de l'anatomie à la thérapeutique. L'enseignement dispensé est avant tout théorique et magistral. Le stage hospitalier est rendu obligatoire par un décret en 1842.

Le 20^{ème} siècle s'amorce avec une formation médicale qui est devenue une formation professionnelle. On prend de plus en plus conscience de l'importance de la formation (des adultes). Différents courants de pédagogie percent à cette période avec Pavlov, Piaget, Bateson ou Freud. L'attitude de la société et des patients se modifie nettement à partir de 1945 et la création de la Sécurité Sociale. Les citoyens cotisent pour assurer les dépenses de santé de la communauté et une notion de Santé Communautaire ou Publique apparaît. Chacun prend conscience des dépenses de santé et veut pouvoir bénéficier de soins « garantis ».

En 1958, la réforme Debré précise le découpage par spécialités des disciplines médicales et chirurgicales.

Il existe 2 voies de formation à cette époque :

- les concours d'externat et d'internat dite « voie royale », réservée à la minorité qui permet le recrutement des médecins hospitaliers ;
- l'autre voie, beaucoup plus théorique, qui aboutit soit à l'exercice de la médecine générale, soit aux spécialités par le biais des CES (certificat d'études spécialisées).

En mai 1968, on décide de donner la même formation pratique à tous. Les données démographiques médicales explosent dans les années 70 et aboutissent à la mise en place du Numérus Clausus (loi du 12/07/1971 complété en 1979). Il s'agit de sélectionner les candidats à l'issue de la première année d'études afin d'en limiter le nombre pour leur garantir une activité décente.

La formation des médecins généralistes souffre de carences en formation pratique. Dès les années 30, l'Université organise des EPU (enseignement post-universitaire) nommés les « Assises de Médecine » puis en 1947 les « Entretiens de Bichat » mais ces réunions restent encore trop théoriques. C'est pourquoi la Formation Médicale Continue s'autonomise rapidement, les médecins généralistes voulant apporter des réponses adaptées aux besoins de formation qu'ils ressentaient durant leur exercice. Pierre Gallois crée les Associations de Médecine Rurale. En 1978, l' UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de FMC) est fondée. Toutefois, la décision de se former après la sortie de la faculté afin de remettre à niveau ses connaissances est laissée au choix des médecins. Les données scientifiques et les

connaissances médicales progressant de façon exponentielle, il apparaît bientôt indispensable que les médecins entretiennent leur savoir. C'est aussi l'occasion pour eux de pouvoir confronter leurs expériences d'un exercice parfois isolé ou de se former à de nouvelles capacités... Dès la fin des années 80, la société et surtout les pouvoirs publics, les caisses de Sécurité Sociale se placent en garants d'une qualité des soins dispensés par les médecins.

L'ordonnance du 24 Avril 1996 institue :

- le Conseil National de FMC
- l'obligation de formation continue pour tous les médecins en exercice.

A partir de cette date, les médecins qu'ils soient spécialistes ou généralistes, hospitaliers ou libéraux doivent donc justifier d'une mise à niveau et d'un enrichissement constant de leurs connaissances par l'intermédiaires de revues médicales ou de logiciels, d'actions de Formation Médicale Continue...(19)

Si la formation post-universitaire des généralistes s'est modifiée ces dernières années, la formation initiale est aussi en remaniement depuis quelque temps. Au niveau national, l'introduction d'un stage chez le praticien généraliste en 1997 visait à former les futurs généralistes à leur pratique en leur permettant de participer à l'activité d'un médecin durant 6 mois. La toute récente réforme du 3^{ème} cycle de médecine générale, décidée par le décret du 19 Octobre 2001, a pour but d'assurer une formation plus complète et plus homogène des futurs résidents. La durée de la formation a été allongée de 6 mois passant alors à 6 semestres. Le choix des stages est déterminé par une maquette qui garantit un stage en service de pédiatrie et/ou de gynécologie-obstétrique, un en médecine interne, un aux urgences et le stage chez le praticien. Le sixième semestre de stage est prévu en milieu ambulatoire (20). Dans les années à venir, il est également prévu d'instituer un concours d'internat obligatoire pour tous, généralistes ou spécialistes. Au sein même de la faculté de Nancy, des réformes ont été opérées avec l'Apprentissage par Problème adopté comme méthode d'enseignement au 1^{er} cycle depuis 1999. Cette nouvelle méthode d'enseignement rapproche formation et pratique médicale. Elle est basée sur la médecine par les preuves. Les étudiants, acteurs de la recherche d'information et de la résolution du problème, travaillent en petits groupes de 5 ou 6.

Une lente maturation a donc été nécessaire à la construction de la société médicale actuelle, qui responsabilise ses acteurs quant à leurs propres besoins de formation, qui innove quant aux méthodes d'apprentissage en formation initiale ou en formation continue. La population dans sa globalité se sent investie dans la formation des professionnels de santé, consciente du lien étroit existant entre formation et qualité des soins...

Si c'est Hippocrate qui a révolutionné le premier le domaine de l'instruction médicale en défendant l'observation clinique et la science, d'autres médecins de l'Antiquité ont joué un rôle important comme Celse, Galien ou Oribase qui a publié le premier « Larrousse Médical » au 4^{ème} siècle. Jusqu'au 18^{ème} siècle, l'essentiel des connaissances médicales était fondé sur les apports de l'Antiquité. L'impression et la diffusion d'écrits médicaux a ensuite permis la circulation des connaissances. L'enseignement médical se voit peu à peu modifié avec une large part accordée à la Clinique. Dès lors, les modalités de l'enseignement sont régies par des textes de loi officiels et celui-ci doit se conformer aux exigences des législateurs. Pas à pas, la formation des médecins s'enrichit, différents courants de pédagogie apparaissent. Très vite, on prend conscience des particularités de la formation des adultes et on distingue la Formation Initiale universitaire et la Formation Continue post-universitaire qui s'individualise rapidement.

La formation dans le domaine de la santé revêt des aspects spécifiques et doit répondre à des objectifs doubles, individuels et collectifs.

II.1.3. Principes généraux de l'enseignement et de la formation

II.1.3.1. Généralités

Si les premiers pas de la pédagogie remontent au XVII^{ème} siècle avec l'évêque Jean Comenius qui s'inscrit pour une pédagogie active avec un bon équilibre entre les leçons et l'étude personnelle, c'est surtout au XX^{ème} siècle que l'on assiste à une véritable prise de conscience sur l'importance de la formation des adultes. Différents courants de pensée émergent concernant la pédagogie. Cinq grands courants sont à l'origine des principes d'enseignement et de formation d'aujourd'hui:

- Pavlov, célèbre behavioriste, défend le conditionnement, l'apprentissage n'étant pour lui que la création de réflexes induits par des mises en situation répétées.
- Piaget se place plutôt sur le versant de l'acquisition des informations et analyse les différentes étapes de cette acquisition.
- Bateson crée le groupe de Palo Alto avec une théorie centrée sur l'information et la communication, établissant le schéma qu'une idée (message) est véhiculée par un support à travers un canal à partir d'un émetteur vers un récepteur.
- Freud et Erikson se centrent plus sur la personne en défendant l'idée que la pédagogie est propre à chaque individu.
- Enfin, un dernier courant prône la dynamique de groupe (21).

C'est la synthèse de ces théories qui a donné naissance aux grands principes de pédagogie actuels mais définissons l'enseignement !

II.1.3.2. Définitions

- **Enseigner**, c'est transmettre (à quelqu'un) une connaissance (ou information) de façon à ce qu'il la comprenne, la mémorise, l'accepte et sache l'utiliser. (Larousse)

Toute action pédagogique est liée au principe d'autonomie et ne peut se résumer à un simple transfert de connaissances. La tâche d'enseignement ne se limite donc pas à apporter une information à un individu mais aussi à veiller à ce qu'elle soit assimilée c'est-à-dire utilisable par l'individu.

- **Formation**: éducation intellectuelle et morale. C'est l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques dans une technique, un métier et leur acquisition. (Petit Robert).

Dans le domaine de la santé, il est nécessaire de former des acteurs de soins au sens large qui soient « des conseillers compétents et responsables » (19), la compétence désignant « l'appropriation des connaissances scientifiques admises et leur utilisation de manière éthique ». L'enseignement lorsqu'il s'agit du domaine de la santé doit donc être professionnalisant. Il ne s'agit pas seulement de diffuser une information mais également son « mode d'emploi ». Il est du devoir des enseignants et des formateurs d'apporter aux formés les outils indispensables à la mise en pratique d'une connaissance théorique.

II.1.3.3. Enseignement et formation dans le domaine de la santé

La pédagogie des sciences de la santé met en jeu des connaissances spécifiques, des méthodes adaptées et trois personnes qui sont le formateur, le formé et celui pour qui est destinée cette action : le patient. La finalité de la médecine n'est pas seulement de maintenir la population dans un état de bien-être physique, psychique et moral mais aussi de « conseiller

correctement les patients en particulier et la population en général pour leur permettre de maintenir ou d'améliorer, dans un cadre logiquement acceptable, les composantes de santé susceptibles d'affecter leur qualité de vie. » (19).

C'est de ce point de vue que l'enseignement et la formation destinés aux médecins sont particuliers. En effet, les connaissances transmises par le formateur aux « apprenants » ne sont pas réservées à son utilisation personnelle uniquement mais vont ensuite bénéficier à un troisième vecteur qui est le patient et même la société au sens large. Si le médecin doit acquérir et, par la suite, enrichir sans cesse un si large éventail de connaissances, c'est d'abord pour lui permettre d'établir un diagnostic et d'élaborer une stratégie thérapeutique face à son patient mais aussi pour à son tour devenir enseignant pour le patient. Le médecin et a fortiori le médecin généraliste, médecin de première ligne, a un rôle d'éducation et de promotion de la santé. Il fait partie intégrante de son activité professionnelle d'informer les patients sur leur état de santé et sur la santé en général. Il doit utiliser une partie des connaissances qui lui ont été transmises pour à son tour véhiculer un enseignement dans le domaine de la santé. Son message doit être adapté à un large public, il s'adresse à une population variée et profane dans les sciences médicales. Le médecin doit pour chacun de ses patients trouver un registre sémantique qui lui sera adapté. Le patient qui consulte exprime une plainte ou une demande qui constitue ce que l'on peut appeler un problème de santé. Le problème est formulé en terme de symptôme, souffrance, douleur, malaise, inquiétude ou bien plus largement comme une difficulté, un besoin pour établir une perception de soi-même altérée ou prévenir une éventuelle altération. La formulation de la demande référencée à la culture, à l'environnement, à l'histoire du patient, doit être clarifiée, ordonnée, hiérarchisée, décodée, interprétée. Cette étape constitue la mise en forme du problème pour lequel le patient et le médecin doivent trouver une logique commune, un fil conducteur afin de donner mutuellement une représentation mentale cohérente et partagée de la réalité. La qualité de la communication, de l'écoute, de l'échange, de l'empathie, est déterminante pour la justesse de cette représentation. Nombre de décisions médicales se révèlent inadéquates à la solution d'un problème de santé à cause du décalage qu'il existe entre la représentation de ce problème chez le patient et chez le médecin. La difficulté de cette étape tient à faire coïncider le mieux possible la représentation de chacun avec l'exacte réalité cachée que sous-tend la demande. Le médecin doit donc pour cela parfaitement maîtriser les outils de la communication (22).

La connaissance véhiculée par l'enseignement médical est particulière car elle doit être scientifique au sens large : sciences biomédicales et sciences humaines. Enseigner les sciences de la santé, c'est enseigner les faits scientifiques et leur mode d'emploi pour une personne donnée et à un moment donné. On peut distinguer trois domaines d'enseignement dans le champ de la santé : le domaine cognitif qui définit le SAVOIR, le domaine psychomoteur qui recouvre le SAVOIR-FAIRE et le domaine affectif par le SAVOIR-ETRE (19).

Les sciences médicales étant en évolution rapide et constante, on a rapidement ressenti la nécessité d'une formation continue des médecins en exercice. Depuis l'ordonnance n° 96-345 du 24 Avril 1996, la Formation Médicale Continue est devenue une obligation légale en plus d'un devoir déontologique. Mais peut-on apporter le même enseignement à des étudiants en médecine et à des médecins expérimentés qui exercent déjà depuis plusieurs années ?

II.1.3.4. Formation initiale et formation continue

De nombreux critères distinguent la formation initiale de la formation continue. Tout d'abord par la nature des acteurs eux-mêmes :

⇒ en formation initiale, l'état de départ des formés est homogène, tous les participants ayant reçu un enseignement primaire et secondaire globalement similaire. Leur motivation est de type scolaire avec des souhaits de réussite et d'avenir. Le but de la formation initiale est d'acquérir une compétence pour leur profession future. Le contenu de la formation est établi par un programme consensuel déterminé à partir de l'élaboration d'objectifs au niveau national. Ce programme est découpé par années d'études et par discipline dans le cadre d'un volume horaire global établi de manière nationale. Les programmes sont fixés par les formateurs. Parfois se posent des problèmes de rivalisation entre les disciplines avec notamment un risque d'atomisation des connaissances, de redondance ou de contradictions.

⇒ la formation continue en revanche nécessite une approche différente car l'état initial des formés est hétérogène. Chaque médecin participant possède ses propres connaissances et expériences face aux problèmes médicaux qu'il côtoie quotidiennement au cours de son exercice. Leurs motivations sont souvent multiples ; il s'agit avant tout d'une amélioration des pratiques quotidiennes et de maintenir une compétence. Il faut par la formation continue permettre aux « apprenants » de maintenir leurs connaissances, de les actualiser, d'en acquérir de nouvelles ou de modifier leurs comportements. Le contenu de la formation doit être adapté aux besoins et il apparaît souhaitable que les formés participent à l'identification de ces besoins. Pour cela, il leur faut distinguer leurs besoins et leurs désirs et évaluer leur propre pratique. Plusieurs techniques d'évaluation des pratiques sont possibles : examens écrits ou oraux, évaluation de l'examen physique, évaluation par leurs pairs, audits internes ou externes avec utilisation de grilles d'évaluation visant à comparer la pratique du médecin à des références admises (19).

L'évaluation de la formation diffère également entre formation initiale et formation continue, elle est de type certificative en formation initiale et de type normative en formation continue. Dans toutes les situations, qu'il s'agisse de formation initiale ou continue, l'information pédagogique doit répondre à des critères de qualité qui sont au nombre de 4 :

- exactitude : l'information est fiable si elle est conforme aux données actuelles de la science. On établit des niveaux de preuve selon les principes de *Evidence-Based Medicine*.
- Utilité : l'utilité de l'information se définit par l'existence d'au moins un critère parmi intérêt, fréquence, exemplarité, gravité ou conséquences.
- Actualisation des connaissances.
- Modalités d'accès avec choix des moyens et méthodes de formation. On distingue les moyens de proximité : communication humaine, papier, tableau, paperboard, rétroprojecteur, diapositives, film, informatique ou matériel de simulation ou des moyens à distance : papier, télévision, réseau Internet. Les méthodes utilisées sont de type passives affirmatives (exposé, méthodes démonstratives) ou interrogatives (orales, ECOS, écrites ou autoformation) ou des méthodes actives de découverte telles que cas cliniques, problèmes cliniques ou Apprentissage Par Problème.

Le troisième cycle de médecine générale se trouve à mi-chemin entre formation initiale et formation continue parce qu'il est élaboré à partir d'objectifs professionnels et selon des modalités qui obligent le formé à une assiduité minimale obligatoire.

II.1.3.5. Conclusion

Il existe donc une particularité forte de la formation médicale : le formé n'est pas directement le bénéficiaire de la connaissance, il doit la redistribuer au patient qui est le véritable bénéficiaire. L'évaluation pédagogique dans le domaine de la santé repose sur trois

niveaux de résultats que sont l'opinion des formés sur leur formation, l'aptitude acquise par les formés et la répercussion de la formation sur la santé des patients. Une réflexion s'établit dans le cadre des valeurs actuelles de notre société :

- il faut garantir la qualité de l'information qui doit être sécurisée selon les théories de la médecine basée sur les preuves,
- il faut utiliser une démarche structurante pour la représentation des connaissances
- il faut étudier les différents moyens et méthodes utilisables.

Ainsi s'élabore, peu à peu, une pédagogie spécifique du domaine de la santé, progressive en fonction des niveaux à atteindre, adaptée à l'adulte, différenciée selon les modes d'exercice, où le formateur est passé de la position de maître à celle de facilitateur, où le formé prend une part directement active et où la préoccupation majeure est représentée par le patient dans sa globalité. En renforçant les motivations, une telle formation devrait favoriser compétence, autonomie et responsabilité des acteurs de soins, finalité de l'action entreprise...

II.1.4. Les réformes actuelles de l'enseignement médical à Nancy

II.1.4.1. Introduction

Au cours du 20^{ème} siècle, l'exercice de la médecine s'est profondément modifié. Pour anticiper ou suivre l'évolution de son exercice, il a fallu, il faut et il faudra adapter la formation des futurs médecins.

Le champ de la médecine générale qui s'étendait jadis à toute la pathologie médicale, la chirurgie courante voire à l'obstétrique dans les zones rurales, s'est vu progressivement restreint avec l'essor des spécialités médicales. Les hôpitaux universitaires se sont peu à peu spécialisés dans des actes de haute technicité et des pathologies rares. Parallèlement, depuis l'ordonnance Debré en 1958 instituant les CES, les CHU ont occupé une place privilégiée dans l'enseignement de la médecine et ce sont souvent des spécialistes universitaires qui occupaient les chaires de la faculté. De cette situation a découlé une hyperspécialisation des disciplines enseignées, un morcellement des connaissances pour les étudiants et on a pu parfois constater que ceux se destinant à la médecine générale n'étaient pas toujours bien armés pour son exercice en sortant de la faculté.

Depuis une dizaine d'années, on a pris conscience de cette inadéquation entre formation et exercice sur le terrain et des réflexions ont eu lieu à ce sujet au niveau national et local au sein des facultés. On a vu ainsi apparaître le stage chez le praticien dans le cursus du résidanat depuis Novembre 1997 sur le plan national et à Nancy l'instauration d'une nouvelle technique de formation depuis 1999 : l'Apprentissage Par Problème. Ludwig W. Eichna, doyen d'une école américaine jetait déjà les principes de base d'une formation médicale il y a 20 ans : « Le but des études médicales est le soin au patient. (...) La spécialisation doit intervenir après une solide formation de base, pendant l'internat, pas à la faculté.(...)Réfléchir, résoudre des problèmes, poser des questions, douter, apprendre par soi-même et acquérir le sens de sa responsabilité personnelle au cours des études sont des qualités fondamentales pour l'étudiant. » (21). Plus récemment, Jean de Butler, secrétaire général de l'Institut français pour l'étude et le développement de la médecine générale, jetait les bases de restructuration de celle-ci : « Le patient a besoin d'un médecin qui assure en première intention et dans la continuité l'essentiel des prestations nécessaires au maintien de sa santé, à la guérison de ses maladies et au soulagement de ce qui ne peut être encore éliminé. Cette fonction nécessite en tout premier lieu une aptitude à observer, à analyser, à identifier tout ce qui est susceptible de mettre en cause l'équilibre de la santé. Cette aptitude nécessite des

connaissances anatomiques, biologiques, sémiologiques, physiologiques et physiopathologiques régulièrement actualisées. » (22).

S'appuyant sur les différentes réflexions établies, l'enseignement de la médecine connaît de profonds remaniements depuis quelques années. A la faculté de médecine de Nancy, on assiste ainsi à une réforme du premier cycle avec les débuts de l'Apprentissage Par Problème depuis 1999 et dans la continuité pour le deuxième cycle l'Apprentissage au Raisonnement Clinique depuis 2001. Le troisième cycle de médecine générale se voit aussi remanié par des réformes nationales, tout d'abord le stage chez le praticien et depuis 2001 l'allongement du cycle à 3 ans.

II.1.4.2. La réforme du premier cycle à Nancy

- PCEM1 : La première année du premier cycle d'enseignement médical est accessible aux étudiants titulaires du baccalauréat ou d'un équivalent. Elle est commune aux étudiants qui se destinent aux études médicales et dentaires. Elle est surtout marquée par un concours en deux sessions annuelles destiné à sélectionner les candidats qui accéderont à la deuxième année d'études selon le *numerus clausus* institué par la loi du 12 Juillet 1971 complétée en 1979. En 2001, l'effectif des étudiants accédant à la deuxième année était de 4700.

L'enseignement des trois premières années des études de médecine est organisé selon l'arrêté du 18 Mars 1992 modifié par l'arrêté du 21 Avril 1994, il doit être réparti en enseignements théorique, dirigés et pratiques. Durant la première année, l'enseignement recouvre des matières fondamentales : l'anatomie, la biochimie, la biologie cellulaire, la physiologie, la physique, la chimie, l'histologie et les biostatistiques. L'arrêté du 18 Mars 1992 instituait également un module d'enseignement de culture générale qui est devenu module de sciences humaines et sociales depuis le 2 Mai 1995. L'objectif de ce module est d'acquérir les outils de base de la sociologie, de la psychologie sociale, de la démographie, du droit national, européen et international, de l'économie, de la communication et de l'information. Il s'agit aussi d'aborder les grandes questions d'éthique dans la société et de traiter des thèmes dans le domaine de l'anthropologie et de l'économie des systèmes de santé. Ce module fait l'objet d'un examen écrit dont le coefficient doit représenter plus de 20 % de la somme des coefficients.

- PCEM2 : L'enseignement classique des matières fondamentales a été modifié à la faculté de médecine de Nancy par l'Apprentissage Par Problème depuis l'année universitaire 1999-2000.

L'Apprentissage Par Problème ou APP basé sur l'EBM (Evidence Based Medicine) est une technique de formation qui a débuté au cours des années 1980 à l'école de médecine MacMaster à Hamilton dans l'Ontario. Puis l'initiative a été reprise au niveau international à Sherbrooke au Canada, à Linköping en Scandinavie, à Adélaïde en Australie, à Maastricht en Hollande et à Harvard aux USA. Plus récemment, elle a fait des adeptes dans différentes facultés de médecine françaises à Limoges, Rouen, Grenoble, Bobigny et Nancy. L'APP repose sur un concept visant à rapprocher formation et pratique médicale. C'est une méthode de travail en petits groupes de 5 ou 6 étudiants, centrée sur l'analyse (problem based learning), la résolution de problèmes (ARP : apprentissage à la résolution de problèmes), ou sur l'apprentissage au raisonnement clinique (ARC). Tout converge vers un but unique : analyser et résoudre des problèmes de santé.

Cette méthode évaluée dans le cadre de la réforme entreprise à Sherbrooke par Desmarchais en 1996 s'est montrée significativement supérieure aux méthodes utilisées jusque là sur le plan de la réussite aux examens et de l'attitude professionnelle. (19)

Devant les avantages que présente cette méthode d'enseignement pour les étudiants, la faculté de médecine de Nancy décide d'appliquer l'APP pour enseigner la séméiologie en PCEM2 à partir de 1999. Les objectifs sont clairement définis par les responsables du premier cycle : il s'agit, à partir d'une observation clinique, d'établir un « apprentissage intégré » des sciences fondamentales que sont l'anatomie, l'histologie et la physiologie, de la physiopathologie et des sciences biocliniques (immunologie, hématologie, biochimie, virologie, parasitologie). Cette véritable « révolution » dans le domaine de l'enseignement en PCEM2 et DCEM1 a été opérée en raison de plusieurs constatations concernant les méthodes classiques d'enseignement :

- les connaissances théoriques fondamentales ne sont pas utilisées par les étudiants lors de l'apprentissage ultérieur de la séméiologie et de la pathologie,
- il n'existe pas de liens interdisciplinaires et l'on constate même parfois des redondances ou des contradictions,
- les étudiants sont peu autonomes dans leur démarche d'apprentissage.

L'enseignement de l'APP se déroule sur 2 ans en PCEM2 et DCEM1. Il est fractionné en thèmes. Chaque thème est abordé par 5 à 6 problèmes et dure de 3 à 4 semaines. L'étude d'un problème par APP se déroule sur une semaine.

Chaque problème comprend 3 phases :

- Séance inaugurale en groupe (énoncé du problème) 90 minutes*
- Travail individuel personnel* de 3 demi-journées pendant lesquelles chaque étudiant doit analyser et approfondir les mécanismes impliqués dans le problème.
- Séance de synthèse en groupe (résolution du problème) 90 minutes*

Chaque groupe est constitué pour chaque thème et est placé sous la responsabilité d'un tuteur. La formation est complétée par des séances de travaux pratiques, des visites à l'hôpital par thème dans un service correspondant au thème étudié et des conférences par thèmes associant cliniciens et fundamentalistes.

• DCEM1 : La première année du deuxième cycle des études de médecine peut être assimilée au premier cycle parce qu'elle répond aux mêmes textes législatifs. L'enseignement des matières fondamentales se poursuit au cours du premier quadrimestre de l'année sous forme de cours magistraux durant 92 heures et d'enseignements dirigés et travaux pratiques durant 21 heures 30. La deuxième partie de l'année universitaire est organisée selon 8 thèmes d'APP portant sur les sciences biocliniques et séméiologiques.

Si la première année des études de médecine répond toujours aux mêmes exigences de sélection des étudiants selon le *numerus clausus*, on assiste à des modifications des techniques d'enseignement et du contenu des programmes. L'introduction d'un module de sciences humaines et sociales en PCEM1 vise à apporter aux étudiants des outils d'ouverture sur leur société, de traiter d'éthique ou de droit médical et d'aborder des thèmes prioritaires d'économie de la santé ou de prévention. Pour la deuxième et troisième année d'études à Nancy, c'est l'apprentissage par problème qui constitue une véritable révolution des techniques d'enseignement. Les étudiants se révèlent plus actifs et plus responsables de l'acquisition de leurs connaissances et il doit en résulter une mémorisation plus importante des bases nécessaires à l'approche des pathologies. Toutefois, cette méthode nécessite une adaptation des deux parties, enseignants et étudiants, et le niveau de connaissances peut parfois être hétérogène dans les différents groupes de travail.

II.1.4.3. La réforme du deuxième cycle

L'enseignement des trois dernières années du deuxième cycle des études médicales répond à l'arrêté du 24 Juillet 1970 modifié par les décrets du 7 Avril 1988 modifiés, du 15 Novembre 1996 et à l'arrêté du 4 Mars 1997 modifié par celui du 10 Octobre 2000 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.

Cet enseignement s'étend sur 3 années, DCEM2, DCEM3 et DCEM4, sanctionné par un examen de fin de cycle : le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique. Durant ces 3 ans, on aborde la pathologie et la thérapeutique par une formation théorique et clinique. La formation clinique comporte une participation à l'activité hospitalière, un stage est obligatoire en secteur pédiatrique. Le programme est fixé au niveau national et comporte différentes matières obligatoires dont la pédiatrie. Des thèmes prioritaires sont définis tous les 4 ans et des séminaires sont organisés tous les 2 ans.

Actuellement à Nancy, la réforme du deuxième cycle est entrée en vigueur à la rentrée d'octobre 2001 dans la continuité de celle du premier cycle. L'enseignement se fait sous la forme de 345 items correspondant au futur programme de l'internat en 2004. Les modules transversaux sont enseignés sous forme de cours magistraux, de séances d'ARC (apprentissage au raisonnement clinique), de séminaires ou d'analyse d'articles. 11 modules couvrent les trois années de DCEM2 à DCEM4. L'enseignement au cours des stages hospitaliers est défini en 6 pôles ; la durée d'un stage est de deux fois deux mois par pôle, les 4 mois d'été font l'objet d'un stage en choix libre.

A l'issue du deuxième cycle, outre le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique dont l'obtention conditionne l'accès au troisième cycle d'études, les étudiants peuvent prendre la voie d'une spécialisation ou de se destiner à la médecine générale. Depuis 1958 et jusqu'en 2004, les étudiants qui se destinent à une spécialisation doivent passer le concours de l'internat qui se déroule en deux zones Nord et Sud de la France. Selon leur classement au sein de ces zones, les étudiants se répartissent dans les différents spécialités médicales ou chirurgicales en fonction du nombre de postes offerts. En revanche, les étudiants qui veulent devenir médecin généraliste ne passent pas ce concours. On retrouve également dans la voie de la médecine générale les étudiants qui n'ont pas été reçus au concours de l'internat. Pour éviter cette sélection par l'échec et la dévalorisation de la médecine générale, il a été décidé qu'à partir de 2004, tous les étudiants de DCEM4 passeront le concours de l'internat. Il s'agit d'assurer une certaine homogénéité quant aux connaissances de base que doivent posséder les étudiants qui accèdent au troisième cycle, qu'ils soient spécialistes ou généralistes.

II.1.4.4. Les réformes du troisième cycle de médecine générale

L'ordonnance du 10 Avril 1842 est à l'origine du troisième cycle d'études médicales en instituant l'obligation des stages hospitaliers. Le troisième cycle de médecine générale appelé aussi résidanat a été créé par la loi du 23 Décembre 1982 en s'inspirant du troisième cycle d'études spécialisées pour les étudiants qui avaient réussi le concours de l'internat. La formation dispensée pour les futurs médecins généralistes est régie par le décret du 10 Novembre 1999 (ancien décret du 2 Septembre 1983) complété par le décret du 19 Janvier 2001.

A sa création en 1982, le troisième cycle de médecine générale avait une durée de 2 ans en France et son organisation s'est établie parallèlement aux DES qualifiants. Sur le plan européen, l'harmonisation s'est faite par la Directive 93/16 du 5 Avril 1993 sur la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes en instituant une durée minimale de 2 ans pour ce troisième cycle de médecine générale dans tous les pays

membres de la communauté européenne. Dès lors, tous les généralistes européens bénéficient d'une formation propre dispensée par les universités et les enseignants généralistes. Mais les stages pratiques ne se réalisent qu'au sein des hôpitaux, universitaires ou non, alors que la plupart des étudiants en médecine générale se destinent à un exercice libéral en cabinet de ville. Les étudiants comme les formateurs ressentent le besoin d'un stage plus en adéquation avec l'exercice futur et l'introduction d'un cinquième semestre en France est décidée par le Décret du 16 Mai 1997. Ce Décret porte donc à 2 ans et demi la durée du résidanat. Ce semestre supplémentaire de stage est consacré à un stage dans un cabinet de médecine générale en ville ou à la campagne afin que les étudiants aient une approche plus concrète de l'activité de consultation libérale.

Enfin depuis Novembre 2001, les nouveaux résidents effectuent un troisième cycle d'une durée de 3 ans décidé par une récente réforme. Le décret du 7 Avril 1988 stipule dans son Titre II Article 5 modifié par les décrets du 28 Octobre 1991, du 16 Mai 1997 et surtout du 19 Janvier 2001 : « Le troisième cycle de formation à la médecine générale a une durée de 3 ans à temps plein. Cette disposition s'applique aux résidents nommés à compter du 1^{er} Novembre 2001. La formation assurée au cours de ce cycle est de nature théorique et pratique. » Cet arrêté de 2001 relatif à la modification de l'organisation du troisième cycle des études médicales prolonge donc le cursus de l'étudiant de 30 à 36 mois pour le mettre en conformité avec l'Europe médicale. Mais le Ministère reste évasif sur le contenu de ce sixième semestre. Doit-il se faire en milieu ambulatoire ou hospitalier ? Il se pose un problème de financement de ce stage. Les généralistes enseignants de la faculté de médecine Lariboisière proposaient une solution intermédiaire avec un découpage de la semaine tel que l'étudiant passe 2 jours en milieu libéral comme assistant d'un médecin généraliste, 2 jours dans une structure type Protection Maternelle et Infantile, Centre Médico-Psychologique, hospitalisation à domicile, médecine scolaire, planning familial ou services de précarité... Un jour par semaine serait réservé au travail personnel de l'interne (travaux de recherche) (20). La faculté de Nancy a opté pour affecter les étudiants au sein de services hospitaliers qui permettent une participation à une activité de consultation ou de structures ouvertes comme les hôpitaux de jour. La répartition des autres semestres de stage se fera selon une maquette pré-établie en 4 pôles : pôle mère-enfant, pôle urgences, pôle de médecine interne-médecine polyvalente et le stage chez le praticien. Le cinquième semestre est laissé au choix de l'étudiant. L'enseignement théorique quant à lui doit comporter au minimum 200 heures de formation. Ainsi, de grands changements s'opèrent concernant la formation de l'interne en médecine générale. De la prise de conscience de la nécessité d'une formation spécifique par la création du troisième cycle de médecine générale en 1982, on aboutit peu à peu à un enseignement ciblé et en adéquation avec le futur métier des internes même s'il reste encore et toujours des imperfections, des manques, des redondances... Mais en combinant enseignement théorique et stages pratiques, chaque interne en médecine générale peut se responsabiliser et trouver les moyens de pallier ses lacunes ou ses oublis. Enfin, la définition du rôle du médecin généraliste dans la société et ce que l'on attend de lui sont des éléments en perpétuel remaniement et un médecin reste un étudiant ou en tous cas un formé tout au long de sa carrière...

II.1.5. Conclusion

C'est en précisant le rôle du médecin généraliste que sa formation est devenue spécifique et professionnalisante. Ce médecin est devenu le premier recours du système de soins actuel, cet homme ou cette femme qui fait partie intégrante de la société dans laquelle vivent ses patients et que l'on consulte pour des problèmes de santé mais aussi d'éducation,

d'information, de prévention, cet acteur de santé qui partage les soucis de la vie quotidienne et que l'on choisit parfois comme confident.

Quand il s'agit de pédiatrie, le médecin ne se place plus dans un colloque singulier avec son patient mais au cœur d'une triade qui englobe l'enfant et ses parents. Il s'agit d'une consultation spécifique qui requiert tout particulièrement des qualités humaines d'écoute et de patience par rapport à l'enfant et ses parents, de réassurance parfois et d'accompagnement souvent. On considère qu'actuellement l'activité pédiatrique d'un médecin généraliste représente environ 10 à 25 % de ses consultations, cette proportion tendant à s'accroître avec les données de la démographie médicale actuelle. En effet, depuis une dizaine d'années, l'effectif des pédiatres décroît de façon inquiétante et plus vite que celui d'autres spécialités dont la médecine générale. De cette situation découle une activité débordante pour les pédiatres libéraux en exercice avec des difficultés croissantes pour assurer à la fois les consultations et visites « programmées » et les urgences qui peuvent se présenter. Cette insuffisance d'effectif de pédiatres se traduit de plus en plus par un report de l'activité de suivi et de soins courants des enfants vers les praticiens généralistes. On s'oriente ainsi vers une coordination des soins entre ces deux intervenants, le généraliste adressant au pédiatre les enfants qui présentent des problèmes de santé complexes ou dont le suivi nécessite l'avis d'un spécialiste.

Dans cette optique, il apparaît plus que jamais indispensable que les médecins généralistes soient particulièrement bien formés à l'activité pédiatrique. Les études médicales actuelles comportent six années d'études communes aux étudiants qu'ils se destinent à la médecine générale ou de spécialité. L'enseignement durant ces six années est fixé par des arrêtés nationaux et porte sur les matières fondamentales au cours du premier cycle puis sur la thérapeutique et la pathologie ensuite. A l'issue de la sixième année d'études, tous les étudiants doivent valider le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique et ceux qui se destinent à l'exercice à l'exercice d'une spécialité présentent le concours de l'internat. Les futurs généralistes quant à eux ne sont pas soumis au concours de l'internat actuellement et jusqu'en 2004 ; ils reçoivent un enseignement spécifique durant un troisième cycle de 3 ans au cours de stages hospitaliers universitaires et extra-universitaires avec un stage chez le praticien.

De nombreuses réflexions ont abouti à ce jour à une formation basée sur l'exactitude, l'utilité de l'enseignement et une actualisation constante des données enseignées. Si l'enseignement en général a été défini comme la diffusion d'une information utilisable, il s'agit pour la formation médicale de faire acquérir aux futurs médecins des connaissances qui bénéficieront avant tout aux patients. En outre, le médecin doit également être sensibilisé aux notions d'éthique et de communication avec ses patients et son exercice doit s'inscrire dans le cadre de la santé individuelle et communautaire. Différentes réformes ont été menées ces dernières années concernant l'enseignement médical.

II.2. FORMATION THEORIQUE AU COURS DU PREMIER ET DEUXIEME CYCLE.

II.2.1. Introduction

Les études médicales en France ont une place singulière parce qu'elles possèdent trois spécificités essentielles :

- Tout d'abord, elles ont une finalité professionnelle immédiate, dès que l'étudiant choisit de s'inscrire en faculté de médecine et qu'il réussit le concours de fin de première année d'études.
- Elles répondent à un statut partiellement dérogatoire depuis l'ordonnance du 30 Décembre 1958 relative à la création des Centres Hospitaliers et Universitaires. En effet, les CHU sont à la fois des lieux de soins mais aussi de recherche et d'enseignement.
- Les études médicales sont sous la tutelle conjointe du Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du Ministère de la Santé.

Les deux premiers cycles d'études médicales s'organisent durant 6 années d'études et sont communs à tous les futurs médecins. Les enseignements dispensés par des professeurs universitaires sont de nature théoriques, pratiques et dirigés. Leur contenu est fixé par des arrêtés nationaux laissant toutefois aux facultés une certaine liberté dans leurs modalités d'enseignement des programmes.

Le premier cycle qui comprend les deux premières années d'études consiste avant tout en l'enseignement des matières fondamentales pour donner aux étudiants les bases de fonctionnement d'un organisme sain et les outils de compréhension de la pathologie et de la thérapeutique. Il est surtout marqué par un concours à l'issue de la première année d'études qui sélectionne les candidats admissibles en deuxième année de médecine ou en chirurgie dentaire.

Le deuxième cycle s'étend sur 4 années d'études durant lesquelles les étudiants font l'apprentissage des pathologies, de la thérapeutique et de l'activité hospitalière. (21)

Pour analyser la formation théorique au cours des premier et deuxième cycles, nous nous sommes basés au cours de ce travail sur l'année universitaire 2001-2002 à la faculté de médecine de Nancy.

II.2.2. La formation théorique au cours du premier cycle.

L'enseignement des 3 premières années des études médicales est régi par l'arrêté du 18 Mars 1992 modifié par l'arrêté du 21 Avril 1994 (24).

II.2.2.1. PCEM 1

La première année du premier cycle des études médicales ou PCEM1 est accessible à tous les lycéens titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme équivalent. C'est une année particulière, commune aux étudiants qui se destinent à la médecine ou à la chirurgie dentaire et plus récemment aux formations paramédicales que sont la masso-kinésithérapie et l'ergothérapie. Les étudiants s'inscrivent en début d'année à la faculté soit en médecine ou chirurgie dentaire, soit en masso-kinésithérapie ou en ergothérapie qui bénéficieront d'un module d'enseignement spécifique à leur formation et d'un concours distinct.

Pour ceux qui s'orientent vers les études médicales ou dentaires, cette première année sera surtout marquée par une sélection sévère à l'issue d'un concours respectant les modalités d'application du numerus clausus. Ce concours a été préféré à une sélection à l'entrée en faculté afin de laisser à chacun la chance de pouvoir être admis en médecine ou en dentaire. Il se déroule en deux examens organisés en milieu et en fin d'année universitaire et dont les épreuves portent sur les matières enseignées. A l'issue de la première partie du concours, les étudiants reçoivent un classement provisoire et doivent ensuite indiquer leurs choix d'orientation sur un registre entre médecine, dentaire ou redoublement. A la fin de l'année, le

classement définitif permet d'orienter les différents candidats selon leurs vœux et selon leur place dans ce classement. Les étudiants qui souhaitent se représenter au concours peuvent choisir de redoubler. Il n'y a donc que deux chances d'être admis ; très exceptionnellement un triplement peut être autorisé avec l'accord du doyen de la faculté et du président de l'Université dans des circonstances exceptionnelles.

Pour l'année universitaire 2001-2002 à Nancy, 335 candidats étaient admis en médecine ou en dentaire à l'issue du concours pour plus de 1000 inscrits.

Les cours enseignés sont de nature théorique, travaux pratiques et dirigés. Nous ne nous intéresserons uniquement à l'enseignement théorique. Il est organisé selon deux quadrimestres qui partagent l'année universitaire avec un volume horaire de 410 h 30. Les modules enseignés portent sur des matières fondamentales : chimie, biophysique, biostatistiques, biochimie et biologie moléculaire, biologie cellulaire, histologie, génétique, anatomie et physiologie. Chacune de ces matières fait l'objet d'une épreuve lors du concours selon des coefficients hiérarchisés.

Un module de culture générale a également été mis en place au cours de cette première année par l'arrêté du 18 Mars 1992. Il est devenu module de Sciences Humaines et Sociales le 2 Mai 1995. Les objectifs de cet enseignement sont :

- faire acquérir aux étudiants les outils de base de la sociologie, de la psychologie sociale, de la démographie, du droit national européen et international, de l'économie, de la communication et de l'information ;
- aborder les grandes questions d'éthique dans la société ;
- traiter des thèmes dans le domaine de l'anthropologie et de l'économie des systèmes de santé.

Il s'agit par là de faire comprendre aux étudiants la place du médecin dans la société en tant que médiateur entre l'individu et sa souffrance. Les hommes ont en effet besoin de médiateurs pour les aider à comprendre tout ce qui leur échappe afin de mieux dominer leurs propres limites. Ce module traite donc d'humanisme dans les deux sens du terme : humanisme envers l'autre homme (faire le bien) selon la morale théologique défendue par Aristote et humanisme des droits de l'homme (éthique du devoir) selon la morale déontologique de Kant. Ce module revêt une importance majeure, volonté nationale, puisque son coefficient au concours doit représenter plus de 20 % de la somme des autres coefficients. A la faculté de médecine de Nancy, ce module de sciences humaines et sociales représente 79 heures de cours théoriques assurées par différents intervenants.

Concernant les thèmes qui traitent de l'enfant, on peut relever 3 sujets abordés au cours de cette première année :

- **Aspects récents de la politique de santé de l'enfance en France (1h).**
- **Développement de l'enfant et de l'adolescent (2h).**
- **Le schéma corporel et l'image de soi (2h).**

L'année d'étude en PCEM 1 est donc avant tout une année charnière destinée à former les étudiants aux matières fondamentales indispensables à l'approche du domaine médical et à les sensibiliser aux aspects humains, sociaux et éthiques de la médecine. C'est également une année empreinte de sélection à l'issue de laquelle les étudiants vont devoir s'orienter vers la chirurgie dentaire ou la médecine ou même encore une toute autre voie s'ils ne sont pas admis au concours. Elle apparaît souvent aux yeux des étudiants comme un préambule au véritable commencement des études médicales en PCEM 2 et pourtant de nombreux apprentissages se jouent durant cette première année.

II.2.2.2. PCEM 2

Parvenu en deuxième année d'études de médecine, l'étudiant se sent soulagé du poids de la sélection et, pour lui, débute une formation professionnalisante dont l'issue est d'exercer la médecine. Il est au seuil d'une longue progression vers les connaissances nécessaires à sa profession qui requiert des qualités de travail et de mémorisation. Avant la reprise de l'année universitaire, l'étudiant doit effectuer un stage d'initiation à l'hygiène hospitalière et aux soins infirmiers au sein d'un hôpital public. Il s'agit pour lui de se familiariser avec la vie hospitalière par un stage théorique dans un premier temps puis pratique. Ce stage se déroule durant 3 semaines consécutives pendant le mois de Septembre précédant l'entrée en PCEM 2. Différents objectifs doivent être atteints dans les domaines du savoir, du savoir-faire et du savoir-être.

L'enseignement au cours de la deuxième année du premier cycle des études médicales est organisé durant 3 trimestres distincts. Le premier trimestre porte sur les matières fondamentales en continuité avec la première année ; l'anatomie, la biophysique, la biochimie et biologie moléculaire, la physiologie, l'histologie et la biologie du développement et de la reproduction y sont enseignées ainsi que de nouvelles disciplines telles que l'informatique et l'anglais. Le deuxième trimestre traite des sciences biocliniques durant 234 h 30 d'enseignement. Les matières abordées sont l'anatomie pathologique, l'infectiologie, la santé publique, la génétique, l'hématologie, l'immunologie, la pharmacologie, la séméiologie radiologique, la médecine nucléaire, la séméiologie médicale et psychiatrique et les gestes d'urgence. Quelques heures sont également consacrées à l'initiation à la recherche documentaire et à l'APP. L'étudiant doit choisir aussi un enseignement optionnel d'environ 25 heures parmi 8 disciplines différentes.

Le troisième trimestre de cette deuxième année d'études est consacré à l'Apprentissage Par Problèmes et traite de deux grands thèmes : l'appareil génital féminin et l'appareil urinaire.

II.2.3. La formation théorique au cours du deuxième cycle

La première année du deuxième cycle des études médicales ou DCEM 1 peut être rapprochée des deux années qui composent le premier cycle parce qu'elle répond au même arrêté du 18 Mars 1992 modifié par celui du 21 Avril 1994 (24) et parce que l'enseignement porte également sur les sciences fondamentales et biocliniques et d'autres thèmes d'APP. La deuxième partie du deuxième cycle qui se déroule sur 3 années d'études fait également l'objet d'une réforme entrée en vigueur à la rentrée d'octobre 2001 dans la continuité de celle du premier cycle. Elle est organisée selon l'arrêté du 4 Mars 1997 modifié par l'arrêté du 10 Octobre 2000 (25).

II.2.3.1. DCEM 1

La première année du deuxième cycle est divisée en deux parties. La première partie qui dure environ 1 mois et demi permet de compléter l'enseignement des sciences fondamentales et biocliniques en hématologie, immunologie, pharmacologie, séméiologie radiologique, médecine nucléaire, santé publique, génétique et séméiologie psychiatrique. Le reste de l'année est dédié à l'APP en enseignant 8 thèmes complémentaires : appareil locomoteur, santé publique, système nerveux, appareil pulmonaire, tissus lymphoïdes et sanguin, appareil cardio-vasculaire, oncologie et **croissance et développement**. Ce dernier thème comporte **5 problèmes qui permettent l'approche de la pathologie pédiatrique concernant les vomissements, la dyspnée, la relation mère-enfant et le développement**

normal et pathologique de l'enfant. Suivant le déroulement de l'enseignement selon cette méthode d'apprentissage par problème, chaque problème de ce thème sur l'enfant est abordé par une première séance d'énoncé en groupe d'une heure et demie puis par un travail personnel de chaque étudiant de 3 demi-journées et enfin, par une séance de synthèse en groupe qui permet la conclusion et l'explication physiopathologique du problème. A cela s'ajoutent des séances de travaux pratiques en histologie et physiologie ainsi qu'une séance de séméiologie à l'Hôpital d'Enfants de Brabois et trois conférences. **L'enseignement de ce thème portant sur la pédiatrie repose donc sur 15 heures de séances d'APP en groupe, 15 demi-journées de travail personnel, 3h 45min. de travaux pratiques, 2 heures de séméiologie et 6 heures de conférences.**

Comme durant le premier cycle d'études, les étudiants font l'objet d'une évaluation de leurs connaissances deux fois dans l'année.

II.2.3.2. DCEM 2

La deuxième partie du deuxième cycle des études médicales qui regroupe les trois années de DCEM 2, DCEM 3 et DCEM 4 fait l'objet d'une réforme depuis Octobre 2001 dans la continuité de celle du premier cycle. L'organisation de l'enseignement répond à l'Arrêté du 4 Mars 1997 modifié par l'Arrêté du 10 Octobre 2000 (25). Selon ces arrêtés,

« La deuxième partie du deuxième cycle médical est consacrée à l'enseignement des processus pathologiques, de leur thérapeutique et de leur prévention ainsi qu'à l'enseignement de l'organisation des systèmes de santé, de l'évaluation des pratiques de soin, de la déontologie et de la responsabilité médicale. (...) » (Article 3) ;

« Les enseignements théoriques de la deuxième partie du deuxième cycle comprennent des conférences, des enseignements dirigés et des séminaires. Leur volume horaire global ne doit pas être inférieur à 900 heures, ni supérieur à 1000 heures. (...) L'enseignement est organisé par modules et porte sur un ensemble de thèmes dont la liste est établie après avis de la commission pédagogique nationale des études médicales. » (Article 7) ;

« Il est rappelé que l'enseignement clinique dispensé en DCEM 2, DCEM 3 et DCEM 4 repose sur l'acquisition préalable de connaissances bio-cliniques et séméiologiques de l'homme normal et des grands processus d'altération de l'état normal. (...) Le deuxième cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences cliniques et thérapeutiques et de capacités d'adaptation permettant aux étudiants d'exercer les fonctions hospitalières du troisième cycle et d'acquérir les compétences professionnelles de la filière dans laquelle ils s'engageront. En fin de deuxième cycle, tous les étudiants doivent avoir assimilé l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique ; les principaux processus anatomo-physio-pathologiques ; l'examen somatique et les principaux gestes techniques ; les pathologies les plus fréquentes, leurs procédures diagnostiques, leurs thérapeutiques et leurs préventions ; la démarche médicale en fonction de la prévalence, de la gravité et des possibilités thérapeutiques ; la gestion des urgences les plus fréquentes ; la maîtrise des outils de la relation et de la communication. ».

Le contenu de l'enseignement se présente sous la forme de 345 items correspondant au futur programme de l'internat en 2004. Il est divisé en trois parties : la première partie consiste à enseigner 11 modules transversaux de DCEM 2 à DCEM 4, sous forme de cours magistraux, de séances d'Apprentissage au Raisonnement Clinique (ARC), séminaires ou analyses d'articles ; la deuxième partie qui regroupe les maladies et les grands syndromes et la troisième partie qui consiste en des orientations diagnostiques sont réunies par pôles associés le mieux possibles aux stages cliniques. Tous les étudiants d'un pôle bénéficient du

même enseignement deux après-midi par semaine. Six pôles ont ainsi été définis en Pôle 1 : Médecine interne-Hématologie-Cancérologie-Infectiologie-Dermatologie, Pôle 2 : Néphro-urologie-Digestif-Urgences-Anesthésie, **Pôle 3 : Enfants**, Pôle 4 : Neurologie-Appareil locomoteur-ORL-Chirurgie Maxillofaciale, Pôle 5 : Cœur-Poumon et Pôle 6 : Endocrinologie-Gynécologie-Obstétrique-Ophtalmologie-Psychiatrie-Gériatrie-Immunologie. Les stagiaires passeront dans les 6 pôles au cours du deuxième cycle, 2 pôles de 4 mois par an, les 4 mois d'été étant des stages au choix. La durée des stages dans le pôle est de deux fois deux mois.

L'enseignement des modules transversaux repose sur des séminaires, des conférences de synthèse et des enseignements par petits groupes avec le développement des nouvelles technologies éducatives. Ils sont enseignés durant deux jours par semaine. Les objectifs pédagogiques sont d'amener l'étudiant à faire un diagnostic, à identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge, à argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient et à décrire les principes de la prise en charge au long cours. 3 modules sont enseignés en DCEM 2. Le module 1 recouvre l'apprentissage de l'exercice médical en 34 heures 30. Le module 7 enseigne les « Maladies transmissibles – Santé et environnement ».

Au cours de ce module, plusieurs questions abordent le domaine de la pédiatrie : les vaccinations (3h), les infections ORL (5h), les ectoparasitoses cutanées et les infections à Herpès virus de l'enfant et de l'adulte (3h), l'infection à VIH (3h), les infections bronchopulmonaires du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (3h dont 95 minutes enseignées par les pédiatres), les MST, les infections urinaires de l'enfant et de l'adulte, les maladies éruptives de l'enfant (3h), les méningites infectieuses (3h), les diarrhées infectieuses (3h), la tuberculose et ses spécificités chez l'enfant (3h). Au total, environ 50 heures au cours de ce module sont consacrées à des thèmes qui traitent de pathologies de l'enfant et de l'adolescent.

Le troisième module enseigné au cours de cette année est le module 10 de cancérologie et oncohématologie, une des questions porte sur les cancers de l'enfant.

Les différents pôles abordés en fonction des stages hospitaliers des étudiants font l'objet de séances d'Apprentissage au Raisonnement Clinique à l'hôpital et de séminaires à la faculté. **Le pôle 3 concerne l'enfant. L'enseignement qui a lieu soit à l'Hôpital d'Enfants de Brabois, soit à la Maternité Régionale a un volume horaire de 113 heures et comprend 34 questions du programme de l'internat qui se rapportent à la pédiatrie. Chacun des étudiants bénéficiera de cet enseignement au cours de l'une de ses trois années de DCEM 2, DCEM 3 ou DCEM 4 lorsqu'il effectuera son stage hospitalier de deux fois deux mois dans ce pôle.**

La réforme de la deuxième partie du deuxième cycle entrée en vigueur en Octobre 2001 vise ainsi à mieux coordonner enseignement théorique et stages hospitaliers afin que les étudiants puissent assimiler les connaissances nécessaires à la mise en pratique lors des stages hospitaliers dans le même temps, en utilisant de nouvelles méthodes d'enseignement telles que l'ARC dans la continuité de l'APP dont ils ont bénéficié durant le premier cycle. Cette année 2001-2002 sur laquelle nous nous sommes basés pour effectuer l'analyse de l'enseignement était donc la première année de mise en application de cette réforme.

II.2.3.3. DCEM 3

En nous attachant au programme universitaire de l'année 2001-2002 pour ce travail, nous arrivons à la frontière entre les nouveaux étudiants de DCEM 2 auxquels s'appliquent la réforme et ceux de DCEM 3 qui bénéficient de l'ancien programme d'enseignement

modulaire par certificats coordonnés. Durant cette cinquième année d'études de médecine, six certificats coordonnés sont enseignés en cardiologie, médecine d'urgence-anesthésie-réanimation et toxicologie clinique, **médecine et chirurgie infantile**, endocrinologie, gynécologie-obstétrique et médecine néonatale, et spécialités.

Le certificat coordonné de médecine et chirurgie infantile est enseigné par des pédiatres ou chirurgiens infantiles durant 52 heures de cours théoriques (32 heures consacrées à la médecine et 20 heures à la chirurgie) et respectivement 12 séances et 6 séances d'enseignement dirigé de médecine et chirurgie infantiles. Les principes de l'examen clinique du nourrisson et de l'enfant ainsi que les pathologies pédiatriques les plus fréquentes sont abordées. Une partie du programme de pédiatrie est traitée lors du module de gynécologie-obstétrique en ce qui concerne la médecine néonatale (6 heures d'enseignement) et lors de l'enseignement des modules d'ORL et d'ophtalmologie.

Après 2002, ce certificat coordonné de médecine et chirurgie infantile se verra remplacé par **le module 3 : « Maturation et vulnérabilité » qui aborde 17 questions sur le suivi et la pathologie courante du nourrisson et de l'enfant.**

C'est aussi une année durant laquelle s'amorce la préparation intensive au concours de l'internat qui a lieu en fin d'année suivante.

II.2.3.4. DCEM 4

La quatrième année du deuxième cycle ou sixième année d'études est la dernière année du tronc commun à tous les étudiants en médecine, quelle que soit leur orientation pour le troisième cycle. C'est une année charnière à la fin de laquelle tous les étudiants doivent valider le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) pour pouvoir accéder en troisième cycle. Certains choisissent également de se présenter au concours de l'internat afin d'accéder à une spécialité.

L'enseignement de cette année est consacré au certificat coordonné de Santé Publique durant lequel on aborde **la santé de la mère et de l'enfant durant 4 heures de cours et l'enfance maltraitée ainsi que les viols et attentats aux mœurs en médecine légale.** Parallèlement, des questions synthétiques des connaissances nécessaires à la validation du CSCT sont enseignées.

Pour les étudiants qui choisissent d'exercer une spécialité, le concours de l'internat est obligatoire et se déroule en fin de sixième année. Sa préparation s'effectue le plus souvent durant les deux ou trois dernières années du deuxième cycle. Les étudiants peuvent choisir plusieurs modes de préparation, seuls ou en groupe tutoré ou encore en assistant aux conférences de préparation à l'internat proposée à la faculté de Nancy par les internes de spécialités. Actuellement, le concours de l'internat n'est pas nécessaire pour accéder à la médecine générale mais il va le devenir en 2004. Toutefois, sa préparation est un excellent moyen d'acquérir la somme de connaissances indispensables à l'exercice futur pour tous les étudiants.

A l'issue de cette année de DCEM 4, les étudiants accèdent au troisième cycle des études médicales en validant le CSCT pour la médecine générale. L'accès aux troisièmes cycles d'études spécialisées se fait selon le classement au concours de l'internat.

II.2.4. Conclusion

Les deux premiers cycles d'études médicales sont destinés à armer l'étudiant quant à sa future pratique hospitalière au cours du troisième cycle puis à l'exercice de la médecine.

L'approche de la pédiatrie se fait dès la première année au cours du module de Sciences Humaines et Sociales dont trois thèmes traitent de politique de l'enfance ou du développement. L'enseignement des matières fondamentales au cours du premier cycle apporte les bases nécessaires à l'approche des pathologies. La réforme de l'enseignement à Nancy par l'APP a permis une augmentation du volume horaire de la médecine et chirurgie infantile. En DCEM1, 5 problèmes d'APP traitent de pédiatrie. Ensuite, un pôle d'enseignement est consacré à l'enfant sous la forme de 113 heures de théorie et d'un stage pratique de 4 mois. Le module « Maturation et vulnérabilité » est enseigné en DCEM3 et aborde 17 questions sur le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. L'ancien système de certificat coordonné n'accordait que 52 heures d'enseignement théorique à la médecine et la chirurgie de l'enfant, ainsi que 12 séances de travaux pratiques en médecine infantile et 6 séances pour la chirurgie. En revanche, les étudiants bénéficiaient d'un plus grand nombre de séances de sémiologie infantile à l'hôpital. Outre les heures d'enseignement spécifique de médecine infantile, les autres modules tels que les spécialités traitent parfois de pathologies qui touchent l'enfant et de nombreuses connaissances sur l'adulte peuvent être appliquées à l'enfant !

Au total, les modifications apportées à l'enseignement des premier et deuxième cycles ont permis une augmentation du volume horaire d'enseignement de la pédiatrie. Cette augmentation s'est faite au dépend de la sémiologie au lit du malade qui est pourtant un élément fondamental de l'examen de l'enfant (langage du corps). Il est regrettable de parvenir en troisième cycle et d'appréhender ou même parfois de ne pas savoir examiner un nourrisson ! Enfin, des thèmes essentiels sont peu développés comme les pathologies ORL, les pathologies chroniques de l'enfant, la relation avec les parents, la façon de communiquer...

II.3. LA FORMATION ACTUELLE AU COURS DU TROISIEME CYCLE DE MEDECINE GENERALE

II.3.1. Introduction

Le troisième cycle de médecine générale ou résidanat a été créé par la loi du 23 Décembre 1982. Initialement, la durée de la formation théorique et pratique était de deux ans, organisée selon 4 semestres de stages hospitaliers dont un étant effectué obligatoirement en CHU. Le choix des lieux de stage était laissé aux internes selon une répartition allant de la promotion la plus ancienne à la plus jeune. Au sein de leur promotion, les étudiants étaient classés en fonction de leurs résultats aux examens et de leurs évaluations lors des stages hospitaliers. Progressivement, il est apparu qu'il existait une carence au sein de cette formation exclusivement hospitalière et parfois en inadéquation avec la pratique libérale. C'est pourquoi le décret du 16 Mai 1997 (26) a instauré un cinquième semestre de stage dans un cabinet de médecine générale : **le stage chez le praticien**. Au cours de ce stage, les résidents se familiarisent avec la pratique quotidienne du généraliste et ont également l'opportunité d'effectuer des vacations au sein de structures extra-hospitalières telles que les centres de médecine du travail, de Protection Maternelle et Infantile, du planning familial, de médecine préventive, les caisses d'assurance maladie ou encore dans des cabinets de kinésithérapie ou d'infirmières libérales, dans les pharmacies...

Plus récemment, afin de garantir aux internes en médecine générale une formation plus complète et plus diversifiée, une nouvelle réforme a été opérée par le décret du 19 Janvier 2001. Cette réforme allonge la durée du cycle à 3 ans en ajoutant un sixième semestre

de stage en milieu ambulatoire. Les autres semestres de stage sont effectués selon une maquette pré-établie qui oriente les étudiants dans 4 pôles obligatoires : le pôle mère-enfant, le pôle urgences, la médecine interne ou polyvalente et le stage chez le praticien. Le cinquième semestre est en libre choix pour l'interne.

Parallèlement à cette activité hospitalière salariée, des cours théoriques sont dispensés à la faculté par des généralistes enseignants et des praticiens hospitaliers ou professeurs universitaires selon un volume horaire d'au moins 200 heures.

Pour organiser le troisième cycle de médecine générale, des départements de médecine générale ont été créés au sein des facultés en application de la loi du 26 Janvier 1984. Ils se composent du doyen de la faculté, du président de département, du coordonnateur de cycle, d'un maître de conférences associé ainsi que d'enseignants universitaires, de praticiens hospitaliers, de médecins généralistes et de représentants des étudiants. D'autres membres invités peuvent y siéger. Son rôle est d'assister l'enseignant coordonnateur responsable de l'organisation de la formation théorique et pratique lors du résidanat. Il existe aussi une commission de validation des stages et des enseignements du troisième cycle de médecine générale.

Comme précédemment, nous nous sommes basés pour ce travail sur l'année universitaire 2001-2002 avant les modifications apportées par le décret du 19 Janvier 2001.

II.3.2. Enseignement théorique

Elle est assurée par la faculté en accord avec l'arrêté du 29 Avril 1988 modifié par l'arrêté du 13 Mars 1998 (27). Le département de médecine générale détermine, après approbation par le président d'université, la structure de coordination de l'enseignement et d'évaluation du troisième cycle de médecine générale (Article 3). Selon l'Article 4 de ce même arrêté : « L'enseignement théorique du troisième cycle de médecine générale porte sur les domaines suivants :

- la médecine générale et son champ d'application ;
- gestes et techniques en médecine générale ;
- situations courantes en médecine générale ; stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation ;
- conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé ;
- préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la formation médicale continue et à la recherche en médecine générale.

Cet enseignement a une durée de 150 à 200 heures réparties sur les deux années et demie du cycle. Il est organisé par modules. »

L'enseignement est obligatoire pour tous les internes en médecine générale et comprend une préparation à la pratique de la médecine générale, un enseignement modulaire, des séminaires, un enseignement de la thérapeutique pratique et un projet de réalisation d'une action de formation médicale continue.

II.3.2.1. Première année de résidanat

Durant la première année de résidanat, l'enseignement théorique aborde des grands thèmes de médecine générale, de gérontologie et d'alcoologie. Il se déroule par petits groupes d'internes selon des séances de 3 heures et est assuré par un médecin praticien et un médecin

hospitalier ou un professeur hospitalo-universitaire. Une évaluation des connaissances acquises et de la qualité de la formation s'effectue en début et en fin de séance par des pré-tests et post-tests.

L'enseignement de la pratique de la médecine générale a lieu durant 9 séances de 3 heures. Quatre des neuf thèmes abordés traitent de l'enfant ou de la mère : **une séance est réservée à l'enseignement de la pédiatrie (modalités de l'examen pédiatrique, pathologie courante)**, une séance sur la dermatologie, une séance sur la conduite pratique face aux infections courantes et enfin, une séance sur la contraception et l'IVG.

Des modules sont également enseignés durant cette première année : le module de gérontologie durant 4 séances de 3 heures et le module d'alcoologie en 1 séance. Deux séances de formation sont réservées à la communication en médecine générale et à l'informatique médicale et une séance à la préparation à la thèse et à la recherche en médecine générale.

Au total, **51 heures d'enseignement sont dispensées aux étudiants de première année de résidanat dont 12 heures se rapportent à la médecine de l'enfant ou de l'adolescent.** Cet enseignement fait l'objet d'une évaluation et porte sur des thèmes jugés prioritaires dans les domaines de la médecine générale ou de la santé publique.

II.3.2.2. Deuxième année de résidanat

La seconde année du troisième cycle de médecine générale est consacrée à l'enseignement de la santé publique et de la pratique en médecine générale.

Quatre thèmes de santé publique sont abordés durant 4 séances de 3 heures.

L'enseignement de la médecine générale s'effectue en 4 thèmes de 3 heures obligatoires : *Petite chirurgie au cabinet médical ; Dossier médical ; Pathologies fonctionnelles et Régimes alimentaires.* Un thème de deux séances de 3 heures est dédié à la préparation à l'exercice professionnel. Les étudiants devront également choisir un thème optionnel enseigné lors de 3 séances de 3 heures parmi : *Médecine du sport et médecine générale ; nutrition et diététique ou l'informatique médicale.*

Trois séminaires obligatoires de 6 heures font aussi partie du programme de formation de l'année : « Pathologie de l'appareil locomoteur » ; « La gestion du handicap par le Médecin Généraliste » ; « Urgences et Médecine Générale ».

Chacun des thèmes d'enseignement se conclut par une évaluation des étudiants. En fin de deuxième année, les internes en médecine générale sont à nouveau évalués lors d'une séance d'ECOS : examen clinique objectif et standardisé. Différents ateliers de mise en situation pratique de médecine générale sont animés par des médecins généralistes enseignants ou praticiens hospitaliers et chacun des étudiants est évalué dans sa démarche d'examen clinique ou de diagnostic puis de thérapeutique face aux différentes situations proposées.

La formation assurée aux internes en médecine générale au cours de la deuxième année du troisième cycle est ainsi diversifiée dans les thèmes abordés et dans le choix des techniques d'enseignement utilisées. L'évaluation des étudiants lors des ECOS se veut innovante par son approche pratique de différentes situations qu'ils pourront rencontrer par la suite au cours de leur exercice en médecine générale.

II.3.2.3. Troisième année de résidanat

Cette troisième et dernière année du cycle correspond au cinquième et dernier semestre de stage hospitalier pour les internes.

L'enseignement porte sur la thérapeutique pratique lors de 3 séances de 3 heures et aborde le sevrage tabagique, les prescriptions symptomatiques et d'actes paramédicaux.

Parallèlement, chaque étudiant devra réaliser un projet écrit de mise en œuvre d'une action de Formation Médicale Continue. Il effectuera ce travail sous la direction d'un tuteur lui-même animateur d'une association lorraine de FMC et pourra ainsi développer son esprit critique face aux différentes formations qui lui seront proposées par la suite au cours de son exercice. Ce projet fera l'objet d'une soutenance orale devant un jury et pourra même parfois être mis en œuvre réellement sur le terrain.

II.3.2.4. Conclusion

La formation théorique apportée aux résidents apparaît diversifiée en traitant à la fois des thèmes qui touchent les domaines de la pratique quotidienne du médecin généraliste en cabinet libéral, de la gérontologie, de l'alcoologie, de la santé publique et de la thérapeutique pratique. L'évaluation des étudiants est à la fois théorique et pratique lors des ECOS. **Il semble toutefois demeurer une carence de formation en ce qui concerne la pathologie de l'enfant qui constitue parfois jusqu'à 25 % de l'activité du médecin généraliste et qui ne représente que 12 heures d'enseignement.** Cette insuffisance a été perçue par les formateurs puisque le nouveau programme d'enseignement depuis la réforme de Janvier 2001 prévoit un séminaire de pédiatrie au cours de la première année de résidanat. Au cours de ce séminaire seront abordés le suivi clinique du nourrisson et du jeune enfant, son régime alimentaire, le calendrier vaccinal, l'utilisation du carnet de santé, la gestion de pathologies courantes et la prescription, la prévention des accidents de l'enfant ainsi que la conduite à tenir devant un malaise du nourrisson. La réforme prévoit également un deuxième séminaire supplémentaire concernant les facteurs de risques cardiovasculaires.

Si la formation théorique permet aux internes en médecine générale de se remémorer certains éléments utiles à la pratique et à la prescription en médecine générale, la formation pratique lors des stages hospitaliers et du stage chez le praticien reste celle qui prédomine au cours du troisième cycle et c'est durant cette activité pratique que les étudiants seront confrontés à différentes situations médicales qu'ils devront gérer en collaboration avec les praticiens hospitaliers et les généralistes qui assureront leur encadrement.

II.3.3. Les stages hospitaliers

La formation pratique des internes en médecine générale se déroule lors des stages hospitaliers et du stage chez le praticien durant 5 semestres pour les étudiants ancien régime qui ont pris leurs fonctions d'interne avant le décret du 19 Janvier 2001 et durant 6 semestres pour les internes qui répondent au nouveau régime. Selon l'article 5 du décret n° 88-321 du 7 Avril 1988 modifié par les décrets du 28 Octobre 1991, du 16 Mai 1997 et du 19 Janvier 2001 (28), le troisième cycle de formation à la médecine générale a une durée de 3 ans à temps plein pour les résidents nommés à compter du 1^{er} Novembre 2001. Cette formation comporte des fonctions hospitalières dans les services agréés des centres hospitaliers universitaires et des établissements hospitaliers et des fonctions extra-hospitalières effectuées auprès d'un praticien agréé ou dans des organismes et laboratoires conventionnés. Depuis le 1^{er} Novembre 1991, les résidents effectuent un semestre de stage dans un centre hospitalier universitaire. La responsabilité de cette formation pratique est confiée aux chefs des services agréés des établissements hospitaliers, aux directeurs des organismes ou laboratoires agréés ou aux maîtres de stage (Article 7).

II.3.3.1. Organisation des stages hospitaliers avant la réforme du 19 Janvier 2001

Pour les étudiants anciens régime qui ont débuté le troisième cycle avant le 1^{er} Novembre 2001, les stages hospitaliers s'effectuent durant 4 semestres à temps plein dont un seul semestre obligatoirement au sein du CHU. La répartition des postes se fait en présence de tous les résidents, par appel nominal, selon l'ordre décroissant d'une liste de classement tenant compte de l'ancienneté décroissante de fonctions, qui s'apprécie en nombre entier de semestres validés et du total des notes, exceptée la plus basse, obtenues pour l'ensemble des certificats coordonnés du deuxième cycle et au CSCT. Les étudiants ne peuvent effectuer deux semestres consécutifs dans le même service. L'affectation des résidents se fait par le préfet de région. La validation ou l'invalidation des stages hospitaliers est décidée par le doyen de la faculté au vu :

- des appréciations des chefs de services hospitaliers agréés
- des éventuelles périodes d'interruption de stage
- des propositions du coordonnateur du troisième cycle et du département de médecine générale.

Le décret du 10 Novembre 1999 modifié relatif au statut des résidents (29) fixe les dispositions générales qui régissent l'activité hospitalière des internes : « Ses obligations normales de jour sont de 11 demi-journées par semaine. L'équivalent de deux de ces demi-journées est consacré à sa formation universitaire et peut être regroupé selon les nécessités de l'enseignement suivi. L'interne participe au service des gardes et d'astreintes selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé. Il bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde (...)» (Article 2).

« L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. » (Article 3).

Les internes en médecine générale mettent en pratique lors de leurs quatre semestres de stages hospitaliers la formation théorique qu'ils ont reçue durant le deuxième cycle et exercent la médecine sur les plans diagnostiques et thérapeutiques sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. Il s'agit d'un véritable « compagnonnage » où ils peuvent se confronter aux difficultés du suivi de patients au quotidien. Partant de ces considérations, il apparaît souhaitable que les résidents effectuent leurs semestres de stages hospitaliers au sein de services variés afin que leur formation pratique coïncide au mieux avec les différents champs d'activité de la médecine générale.

Dans le domaine de la pédiatrie notamment dont on sait qu'elle représente entre 10 et 25 % de la pratique quotidienne d'un généraliste en cabinet, il semble primordial que chaque résident bénéficie d'une formation pratique qui lui permette de se familiariser avec l'examen clinique et la prise en charge des nourrissons et des enfants ainsi que de leur famille. C'est pourquoi un stage en pédiatrie serait particulièrement formateur dans ce domaine. Pourtant à la faculté de médecine de Nancy, le nombre de postes offerts au choix des étudiants pour effectuer un stage en service de pédiatrie est inférieur au nombre d'internes. Si l'on considère les effectifs de la répartition des stages pour le 1^{er} Novembre 2001, on dénombrait 273 résidents pour 21 postes de pédiatrie. Si l'on projette ces chiffres sur 4 répartitions puisque les résidents effectuent 4 semestres de stages hospitaliers, en considérant des effectifs stables, on obtient 4 fois 21 possibilités de choix de stage en pédiatrie, soit 84 possibilités. **Cela signifie que moins d'un interne sur deux et même presque un sur trois aura l'opportunité d'effectuer un stage dans un service hospitalier de pédiatrie.** La formation pratique des médecins généralistes en pédiatrie se résumera donc souvent à un stage obligatoire en secteur infantile durant l'externat, c'est-à-dire au cours de la deuxième partie du deuxième cycle.

Pour ces étudiants en troisième cycle de médecine générale qui n'ont pas la chance de pouvoir effectuer un stage hospitalier auprès des enfants, il existe toutefois une occasion de recevoir une formation pratique à la médecine de l'enfant lors du stage chez le praticien.

II.3.3.2. Modifications apportées depuis la réforme du 19 Janvier 2001

Conscients des inégalités de formation pratique qui existaient pour les résidents, les législateurs, le Collège National des Généralistes Enseignants, les différents départements de médecine générale au sein des facultés et les étudiants se sont concertés pour tenter de pallier ces difficultés. Le décret du 19 Janvier 2001 entré en vigueur pour les résidents débutant le troisième cycle de médecine générale en Novembre 2001 tente de rééquilibrer la formation pratique des étudiants en proposant une maquette pré-établie pour les stages hospitaliers.

Désormais, tous les résidents qui relèvent de ce nouveau régime effectuent un stage pratique hospitalier en service de pédiatrie et/ou de gynécologie – obstétrique durant un semestre.

II.3.4. Le stage chez le praticien et stages dans des structures agréées

Le stage chez le praticien a été instauré en 1997 allongeant ainsi le cursus des internes en troisième cycle de médecine générale d'un semestre dans une volonté d'adéquation entre formation pratique et exercice libéral futur pour les résidents. Il apparaissait en effet à cette période que la formation était assurée exclusivement au sein des centres hospitaliers alors que la majorité des internes se destinaient à une activité en cabinet de médecine générale parfois bien différente au niveau des pathologies rencontrées et de la relation médecin-patient. Ce stage de six mois auprès d'un omnipraticien permet dorénavant aux résidents d'appréhender les modalités de fonctionnement d'un cabinet de ville ou de campagne et les spécificités de la prise en charge des patients en médecine générale. Ils pourront de cette manière débiter ensuite une activité de remplacement ou une installation de manière plus sereine et plus en adéquation avec les besoins et attentes de leurs patients.

Les modalités du stage chez le praticien sont régies par les décrets du 7 Avril 1988 modifié (28) et du 16 Mai 1997 (26) :

- il peut s'effectuer à partir du second semestre du résidanat ;
- il peut se dérouler sur plusieurs sites de stage ;
- le maître de stage doit exercer son activité depuis 3 ans au moins et être habilité par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève le résident ;
- les médecins généralistes agréés comme maîtres de stage peuvent exercer leur activité dans un cabinet libéral, un dispensaire, un service de Protection Maternelle et Infantile, un service de santé scolaire, un centre de santé ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires, à l'exclusion des services hospitaliers ;
- la participation du résident aux consultations et visites du maître de stage ainsi que l'exécution par lui d'actes médicaux sont subordonnées au consentement du patient et à l'accord du maître de stage. Le résident ne peut exercer d'autres actes médicaux que ceux dont le maître de stage a la pratique habituelle. Il ne peut recevoir de rémunération ni du maître de stage ni des patients ;

- le semestre de formation est accompli de façon continue. Il se déroule soit en totalité dans un ou plusieurs cabinets libéraux, soit pour partie seulement, sans que le nombre de maîtres de stage puisse excéder trois. Le stagiaire peut consacrer au plus une demi-journée par semaine à l'accomplissement d'un stage dans une structure autre qu'un cabinet libéral ou dans un organisme où les médecins généralistes participent au contrôle de soins primaires. La durée du stage au sein du cabinet libéral doit être au moins de 4 mois ;
- le stage en cabinet libéral comporte une phase d'observation au cours de laquelle le stagiaire se familiarise avec son environnement, une phase semi-active au cours de laquelle il peut exécuter des actes en présence du maître de stage, et une phase active au cours de laquelle il peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en tant que de besoin. Le nombre d'actes accomplis par le résident au cours du stage en cabinet libéral ne peut excéder une moyenne de trois actes par jour calculés sur l'ensemble du semestre de stage. Le maître de stage perçoit les honoraires des actes médicaux accomplis par le stagiaire ainsi que des honoraires pédagogiques ;
- le suivi du stagiaire est placé sous la responsabilité du département de médecine générale.

A la faculté de médecine de Nancy, le stage chez le praticien s'effectue sur une durée de 6 mois à temps plein sans obligations hospitalières. La semaine de stage est organisée en 11 vacations dont sept se déroulent au cabinet médical, deux hors cabinet et deux consacrées à l'enseignement, la recherche ou le travail de thèse. La rémunération est assurée par le CHU de Nancy. Le choix des stages se fait en même temps et dans les mêmes conditions que le choix des stages hospitaliers. Le résident choisit à partir du second semestre du troisième cycle un ou deux (exceptionnellement trois) maîtres de stage parmi une liste des maîtres de stage agréés. Ils établissent ensemble des objectifs de stage et une évaluation a lieu à 3 mois et à la fin du stage.

Pour les internes en médecine générale qui relèvent de l'ancien régime, le stage en cabinet libéral est souvent l'occasion de se former à la pédiatrie s'ils n'ont pas l'opportunité d'effectuer un stage hospitalier auprès des enfants. Il leur permet ainsi d'apprendre à examiner un nourrisson ou un enfant lors des visites systématiques et de prendre en charge la pathologie pédiatrique courante qui recouvre le champ d'activité de tout généraliste. Il est le moyen de se former sur des points qui ne sont pas forcément abordés même en stage hospitalier de pédiatrie comme le suivi vaccinal, les conseils d'hygiène, d'éducation et d'alimentation à dispenser aux parents, le matériel nécessaire à l'examen pédiatrique. C'est une occasion d'appréhender une consultation en présence des parents et d'apprendre à se situer au sein de cette triade qui caractérise la consultation de pédiatrie.

Durant ce semestre, le résident a aussi la possibilité d'effectuer des vacations dans des centres de soins primaires comme les centres de Protection Maternelle et Infantile où il pourra découvrir le rôle et les missions de ces centres, participer à des évaluations d'enfants en milieu scolaire, au suivi de nourrissons, à des commissions de prise en charge d'enfants en difficultés scolaires ou handicapés. Ces vacations lui permettent ainsi de mieux connaître les différents acteurs de santé de l'enfant et leur rôle respectif.

A travers tous les aspects qui composent la médecine de l'enfant en pratique libérale, le stagiaire pourra enrichir sa formation dans le domaine de la pédiatrie, qu'il ait ou pas réalisé un stage hospitalier dans ce secteur. **Le stage en cabinet libéral est sans conteste une opportunité de plus pour apprendre à mieux communiquer avec les parents et l'enfant, à mieux connaître le système de soins destiné aux petits patients, à maîtriser les éléments de suivi lors des visites systématiques et la prise en charge ambulatoire des pathologies**

courantes de l'enfant. Cet apprentissage se fait dans des conditions sécurisées par la présence du maître de stage en cas de difficultés et permet par la suite aux étudiants de débiter les remplacements ou leur activité en cabinet libéral de manière plus détendue face aux problèmes pédiatriques. Nous étudierons dans la suite de ce travail la confrontation d'une activité libérale en cabinet de médecine générale à celle d'un service d'urgences pédiatriques afin de déterminer quelles sont les similitudes et les différences et quels sont les apports du stage chez le praticien concernant la formation à la médecine de l'enfant.

II.3.5. Conclusion

La formation initiale des étudiants en troisième cycle de médecine générale se veut donc diversifiée et la plus complète possible en combinant théorie, pratique hospitalière et pratique extra-hospitalière.

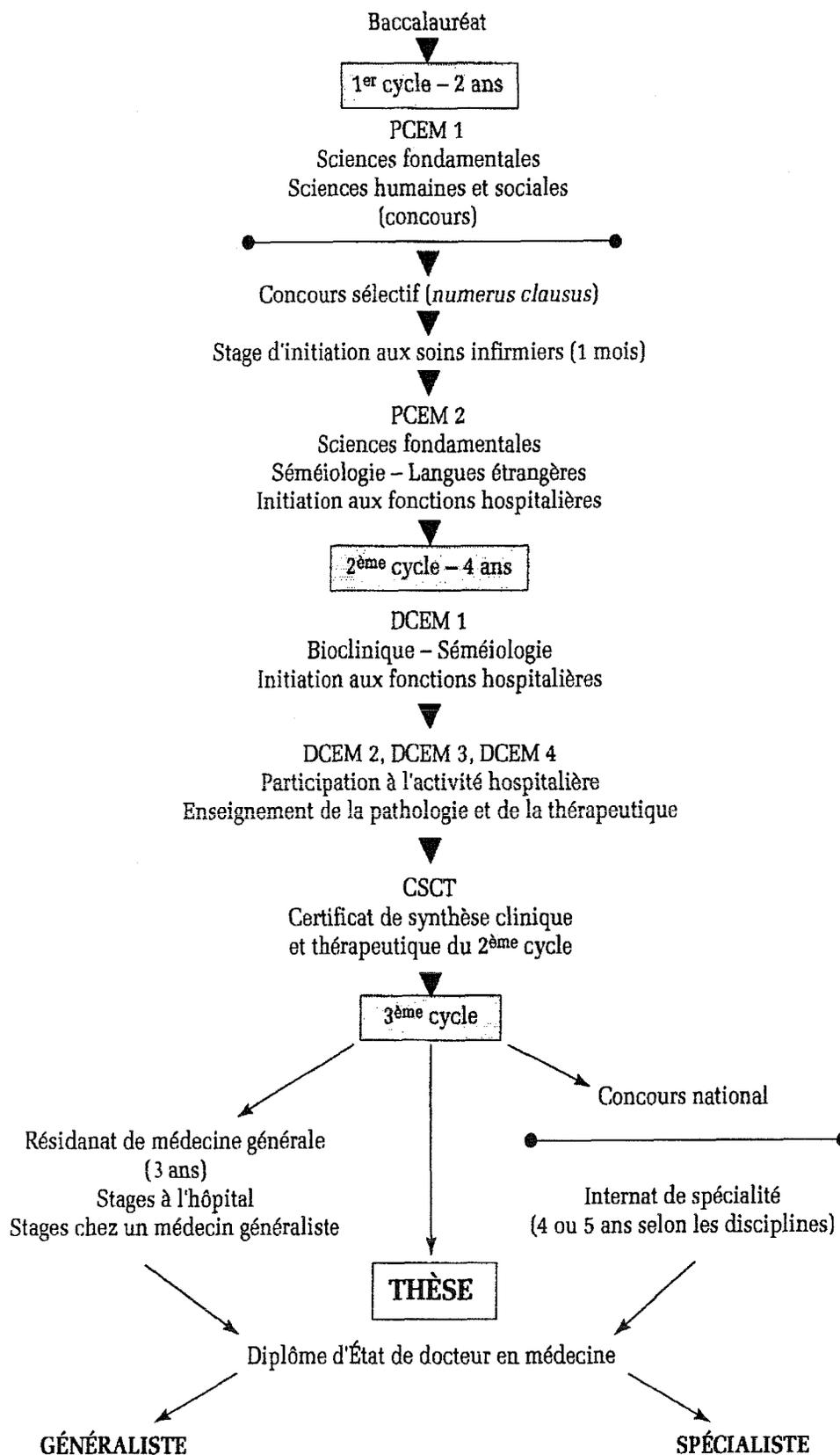
Les cours théoriques assurés par les généralistes enseignants et des praticiens hospitaliers sont l'occasion de faire le point sur certaines notions abordées lors du deuxième cycle en les mettant en relation avec la pratique. La formation théorique a une durée d'environ 200 heures et n'a pas comme objectif d'être exhaustive mais plutôt de mettre l'accent sur des thèmes jugés prioritaires en médecine générale. Il s'agit aussi de sensibiliser et former les résidents à l'approche de formation continue qu'elle soit auto-formation ou formation apportée par la faculté, les organismes d'assurance maladie ou les associations de FMC.

Les stages hospitaliers demeurent les lieux privilégiés de formation pratique des internes en médecine générale où ils participent à la prise en charge de patients au quotidien en situation d'autonomie mais sous la responsabilité d'un praticien. Durant quatre semestres, l'étudiant se trouvera confronté à des situations variées, parfois complexes, et débutera l'acquisition de l'expérience nécessaire à la pratique médicale. Depuis le décret du 19 Janvier 2001, le cursus des résidents lors des stages hospitaliers garantit une formation plus polyvalente par un passage obligatoire dans des services de médecine polyvalente, d'urgences et en secteur mère-enfant.

Cette formation pratique est complétée depuis 1997 par le stage chez le praticien qui permet une approche plus concrète de la pratique libérale et la familiarisation avec la médecine de première ligne. Ce stage est aussi l'occasion d'aborder des notions de communication, de savoir-être et de prévention ainsi que d'appréhender la gestion et l'équipement d'un cabinet libéral. Durant ce semestre, les résidents ont l'opportunité de découvrir le système de soins primaires par des vacations extra-hospitalières en centres agréés. Le décret du 19 Janvier 2001 prévoit également un sixième semestre de stage en secteur ambulatoire.

A l'issue de cette formation, le résident pourra débiter son activité de médecin généraliste en tant que remplaçant ou s'installer après soutenance de sa thèse pour obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Mais sa formation ne fait que débiter puisqu'il a l'obligation morale et depuis 1996 légale de mettre à niveau et enrichir ses compétences professionnelles par la formation continue...

DÉROULEMENT DES ÉTUDES MÉDICALES



II.4. FORMATION MEDICALE CONTINUE ET DIPLOMES UNIVERSITAIRES EN PEDIATRIE

Les étudiants en troisième cycle de médecine générale et les médecins généralistes ont également d'autres moyens de formation à la médecine de l'enfant. Nous avons recensé sur la Lorraine les différents thèmes abordés par les associations de Formation Médicale Continue et les diplômes universitaires complémentaires proposés par la faculté de Nancy dans ce domaine.

II.4.1. Recensement des thèmes abordés par les associations de FMC lorraines

Quatre associations de FMC organisent des enseignements post-universitaires dans les quatre départements de Lorraine.

© Meurthe et Moselle : AMPPU 54

L'association de FMC organisée par les généralistes meurthe-et-mosellans a été créée en 1972. Elle compte actuellement plus de 500 adhérents. Elle se nomme Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de la Région sanitaire de Nancy. Son président est le docteur Louis Franco.

Nous avons recensé les différents thèmes de pédiatrie abordés lors de réunions mensuelles ou de groupes de travail durant les années 1998-1999 et 1999-2000.

En 1998-1999, 21 thèmes concernant la médecine de l'enfant étaient proposés aux participants sur 227 thèmes traités durant l'année, soit environ 10 %. Les différents sujets proposés concernaient les domaines de la **vaccination, l'alimentation du nourrisson, la douleur de l'enfant, la dermatologie pédiatrique, la maltraitance, les convulsions, la génétique, l'appareil locomoteur ou les actualités thérapeutiques en pédiatrie.** Trois thèmes traitaient de la dépression ou du suicide chez l'enfant ou l'adolescent. On notait également un sujet sur la gynécologie de l'enfant et de l'adolescente.

En 1999-2000, la part de la pédiatrie parmi les thèmes abordés tendait à croître : 23 sujets sur 198 étaient recensés, soit 11.6 %. On notait l'apparition de thèmes concernant le **système de soins destinés aux enfants** comme la présentation du service d'urgences de l'hôpital d'enfants ou la place de la kinésithérapie respiratoire dans les affections pulmonaires du nourrisson. Une séance était consacrée à la présentation du mannequin ASTRA-LAENNEC enfant. Un thème traitait de l'enfant de mère alcoolique et toxicomane.

La part de la pédiatrie dans la formation médicale continue est donc importante et s'accroît parallèlement à l'accroissement de l'activité pédiatrique des généralistes. Cette formation qui leur est proposée apparaît diversifiée et pratique en traitant différents sujets en relation avec l'exercice quotidien et de grands thèmes de santé publique tels que la maltraitance, les vaccinations ou les relations avec les autres professionnels de l'enfant. Les participants peuvent ainsi s'orienter vers un approfondissement des connaissances acquises en formation initiale ou la découverte de nouveaux thèmes.

© Moselle : AMMPPU

L'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire compte actuellement plus de 400 membres et se compose de 10 sections locales. Elle est présidée par le docteur Norbert STEYER. Cette association propose des ateliers d'apprentissage de gestes ou de techniques, des conférences mensuelles, des cycles de réunions, des groupes de pairs, des séminaires ou des soirées conventionnelles de formation médicale continue.

En 1998-1999, on recensait 22 thèmes de pédiatrie sur 249 qui touchaient les domaines de la douleur abdominale, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la puberté, la neurologie, l'appareil locomoteur, la dermatologie, la vaccination et l'alimentation...On pouvait relever **un thème sur la rencontre médecin-enfant** et un sur la malvoyance de l'enfant.

En 1999-2000, 17 thèmes parmi les 170 traités concernaient l'enfant ou l'adolescent.

Ⓣ Vosges : AMVPPU

L'Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire comprend 4 sections locales.

Sur 58 thèmes abordés en 1999-2000, 6 thèmes traitent de médecine de l'enfant : examen sensoriel du nourrisson, vaccins, tabac et adolescents, le pied de l'enfant, la dépression chez l'adolescent et la dépression de l'enfant.

En 2000-2001, concernant les deux sections locales d'Epinal et de Saint-Dié, 4 thèmes sur 19 concernent la pathologie de l'enfant : alimentation du nourrisson, dépistage sensoriel et visuel de la naissance à 4/5 ans, asthme du nourrisson et obésité de l'enfant.

Ⓣ Meuse : AMMFC

L'Association Médicale Meusienne de Formation Continue se compose de 4 sections locales. Nous n'avons pu obtenir que le programme de la section de Bar-Le-Duc.

En 1999-2000, la pédiatrie représentait 2 thèmes sur 9 : régurgitations chez le nourrisson et asthme de l'enfant. **En 2000-2001, un seul thème sur 7** était consacré à l'asthme chez le nourrisson.

Il apparaît à l'issue de ce travail que la formation en pédiatrie constitue une part importante de la formation continue organisée et adressée aux médecins généralistes. On recense en effet entre 10 et 25 % de thèmes portant sur la médecine de l'enfant ou de l'adolescent au cours d'une année de formation médicale continue dispensée par les différentes associations départementales lorraines.

II.4.2. Diplômes universitaires

Des formations complémentaires en pédiatrie sont accessibles aux étudiants de troisième cycle de médecine générale ou aux médecins généralistes, dispensées à la faculté de Nancy :

- Diplôme universitaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Professeur SIBERTIN-BLANC, Professeur VIDAILHET. Durée de 1 an.
- Diplôme inter-universitaire d'accueil des urgences en service de pédiatrie. Professeur MONIN, Professeur SCHMITT. 1 an.

- Diplôme inter-universitaire de pharmacologie clinique pédiatrique. Docteur BOUTROY. Professeur AUTRET, en association avec les facultés de Bordeaux II, Tours, Rouen, Paris V, Paris VI et Paris VII. 1 an.
- Diplôme inter-universitaire de Santé de l'Enfant. Professeur MONIN, Professeur MESSER, Professeur MENGET. L'enseignement est particulièrement adapté à la pratique de la médecine générale et se déroule sur 1 an durant une semaine à Strasbourg, une à Nancy et une à Besançon.

Par ailleurs, une journée de formation se déroule chaque année à l'hôpital d'enfants de Brabois le premier Samedi de Février.

Le staff mensuel de pédiatrie a lieu le Jeudi une demi-journée par mois.

La semaine médicale de Lorraine, manifestation annuelle qui se déroule en Octobre à la faculté de médecine de Nancy, est aussi un moyen pour les médecins d'enrichir leur formation par la participation à des conférences ou des ateliers concernant la pédiatrie.

**III. ENQUETES SUR LA FORMATION PRATIQUE
POUR LA MEDECINE DE L'ENFANT AU COURS DU
STAGE CHEZ LE PRATICIEN ET DANS LE SERVICE
D'URGENCES DE L'HOPITAL D'ENFANTS DE
NANCY.**



III.1. INTRODUCTION

Nous avons réalisé au cours de ce travail deux enquêtes d'activité lors de stages pratiques de troisième cycle de médecine générale afin de déterminer quelles sont les pathologies rencontrées et les caractéristiques des enfants et des familles qui ont recours aux soins dans un cabinet de médecine générale et dans un service d'urgences pédiatriques. Ces enquêtes ne sont pas des enquêtes statistiques établies à partir d'échantillons représentatifs mais permettent d'analyser la formation pratique pour la médecine de l'enfant dispensée lors du stage chez le praticien généraliste puis lors d'un stage hospitalier en service d'urgences pédiatriques d'après une expérience personnelle.

La première enquête a été réalisée pendant le stage chez le praticien durant 20 jours ouvrables au mois de Septembre 2001. Elle a permis de recueillir lors des consultations effectuées en présence du stagiaire les caractéristiques de la population d'enfants qui consultent le médecin généraliste, le profil des familles et d'analyser le contenu de chaque consultation. Ce travail met en évidence le type de formation pratique pédiatrique que peut recevoir un résident lors du stage chez un maître de stage généraliste agréé et les pathologies rencontrées le plus fréquemment en médecine générale.

L'autre enquête d'activité s'est déroulée au sein du service d'urgences pédiatriques ou POSU (Pôle Spécialisé des Urgences) de l'Hôpital d'Enfants du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy. Les données ont été recueillies durant 20 jours ouvrables au mois de Mars 2002. Les mêmes éléments concernant les caractéristiques des enfants et des familles ayant recours aux soins dans ce service d'urgences ont été analysés ainsi que les pathologies qu'ils présentaient.

A l'issue de ces deux enquêtes, nous avons pu établir quelles étaient les similitudes et les différences entre les consultations d'enfants âgés de 0 à 20 ans dans un cabinet de médecine générale et dans un service d'urgences pédiatriques. A partir des éléments apportés, nous avons identifié quelle formation pratique pour la médecine de l'enfant avait reçu un interne de troisième cycle de médecine générale au cours du stage chez le praticien et au cours d'un stage hospitalier en service pédiatrique. Ce travail a permis de répondre aux questions qui ont motivé l'élaboration de cette thèse :

- situer le stage chez le praticien généraliste comme moyen de formation à la médecine de l'enfant parmi les autres moyens universitaires actuels ;
- étudier les apports d'un stage hospitalier en service pédiatrique pour la formation pratique de l'étudiant ;
- établir la complémentarité du stage chez le praticien et du stage hospitalier pédiatrique pour une formation de qualité dans le domaine de la médecine de l'enfant ;
- situer le praticien généraliste parmi les autres acteurs de santé de l'enfant.

Jusqu'à la réforme du 19 Janvier 2001, le stage chez le praticien généraliste était pour la plupart des résidents le seul moyen de formation pratique pour la médecine de l'enfant. Depuis cette réforme qui a instauré un stage hospitalier obligatoire en service de pédiatrie et/ou de gynécologie-obstétrique, tous les internes en médecine générale bénéficient de la même formation pratique en pédiatrie durant le stage chez le praticien et au cours d'un stage hospitalier. Les formations dispensées à l'occasion de ces deux stages sont-elles redondantes ou complémentaires ? La réalisation de ces deux stages pratiques permet-elle d'assurer une formation pratique pour la médecine de l'enfant plus complète et plus en adéquation avec l'exercice futur de la médecine générale en cabinet libéral ?

III.2. ENQUETE D'ACTIVITE CHEZ LE PRATICIEN GENERALISTE

III.2.1. Présentation de l'enquête. Objectifs.

Cette enquête a été réalisée en Septembre 2001 durant 20 jours ouvrables lors des consultations d'enfants âgés de 0 à 20 ans effectuées par le praticien généraliste – maître de stage en présence du stagiaire. Elle s'est déroulée du 3 au 30 Septembre 2001 de 8 heures à 19 heures à raison de 5 jours par semaine. Chaque fois qu'une consultation de médecine générale concernait un enfant entre 0 et 20 ans, une grille de recueil pré-établie était complétée par le praticien ou par le stagiaire en temps réel. Différents items étaient recueillis afin d'analyser la population d'enfants rencontrée, le profil des familles, le rôle du carnet de santé et le contenu de la consultation. Ces différents éléments permettront à l'issue de l'enquête de déterminer quelle formation à l'activité de consultation d'enfants a pu recevoir le stagiaire durant ce stage chez un praticien généraliste.

Les objectifs de cette enquête ont été déterminés pour illustrer ce travail sur la formation des médecins généralistes à la médecine de l'enfant :

- Etablir la proportion d'enfants rencontrés au cours de l'enquête en médecine générale : période volontairement choisie en dehors des saisons hivernales et estivales pour limiter le biais lié à la variation saisonnière de l'activité en médecine générale : épidémies hivernales et périodes plus « creuses » de vacances estivales. On émet l'hypothèse que l'activité automnale permet une bonne représentation de l'activité quotidienne pédiatrique en médecine générale.
- Déterminer le profil de la population d'enfants et d'adolescents qui ont consulté au cours de cette période selon les classes d'âge 0 à 9 mois, 9 mois – 2 ans, 2 – 10 ans, 10 – 15 ans et 15 – 20 ans et selon le sexe.
- Etudier les caractéristiques des familles qui ont recours au praticien généraliste pour leur enfant : ***nombre d'enfants dans la famille, place dans la fratrie*** en partant de l'hypothèse que les familles nombreuses consultent préférentiellement un médecin généraliste, surtout quand il ne s'agit pas d'un premier enfant ; ***connu ou non*** pour estimer la proportion d'enfants régulièrement suivis par le praticien ; ***suivi par un pédiatre ? ; accompagnant de l'enfant*** lors de sa consultation.
- Observer le mode de recours choisi préférentiellement par les familles : ***visite, consultation avec rendez-vous*** ou ***consultation sans rendez-vous***.
- Recenser les motifs de consultation pédiatrique : par motif de consultation, on entend la ou les doléances du ou des parents et de l'enfant au début de la consultation ; on a pré-déterminé ces motifs en différentes catégories telles que ***suivi, vaccination, douleur abdominale, orthopédie-traumatologie, ORL, pneumologie, dermatologie, psychologie ou autre***. Le praticien ou moi-même avons tenté de regrouper les doléances dans de grandes catégories. Il sera intéressant de les confronter au résultat de consultation établi par le professionnel de santé à l'issue de la séance.

- Analyser le contenu de la consultation pédiatrique au sein du cabinet : évaluer si le carnet de santé de l'enfant reste actuellement un document fiable de suivi (*Le carnet de santé est-il apporté ? Est-il à jour ?*) ; observer si la *mesure du poids* est systématique ; déterminer l'importance des relations du praticien généraliste avec les autres professionnels de santé de l'enfant (*quel recours utilise-t-il à l'issue de la consultation et à quelle fréquence ?*) ; à l'issue de la consultation, distinguer les différents types de prise en charge en *curative, symptomatique ou conseil-prévention* afin d'estimer la part de l'activité de prévention en médecine générale ; enfin, établir le résultat de consultation posé par le médecin à l'issue de la prise en charge. Il sera intéressant de confronter ce résultat final au motif initial de consultation pour établir des concordances ou des discordances entre ces deux items selon les classes d'âge.
- A l'issue des résultats de cette enquête d'activité, d'après les pathologies recensées, quelle formation pratique en pédiatrie peut recevoir un stagiaire dans un cabinet de médecine générale ? Cette formation est-elle assez large pour couvrir les différentes situations courantes rencontrées en pédiatrie au cours de l'exercice professionnel futur ?
- Confrontation des données de l'enquête d'activité aux données retrouvées dans la littérature : enquête du CREDES *Clientèle et motifs de recours en médecine libérale – France. 1992*. F. AGUZZOLI, Ph LE FUR, C. SERMET (30) ; enquête du réseau national de la Société Française de médecine générale, *Les consultations d'enfants en médecine générale*. E. GRIOT (31).

III.2.2. Matériel et méthodologie, déroulement de l'enquête

L'enquête d'activité chez le praticien généraliste s'est déroulée du 3 au 30 Septembre 2001 durant 20 jours ouvrables de 8 à 19 heures à raison de 5 jours par semaine. La période de recueil des données a été volontairement choisie hors de la saison hivernale pour éviter un biais lié aux périodes épidémiques infectieuses et hors de la période de vacances estivales pour éviter une sous-estimation de l'activité. Il existe toutefois un biais de recrutement en relation avec la période de rentrée scolaire et de reprise des activités sportives avec établissement de certificats médicaux d'aptitude à la pratique sportive (surestimation de l'activité de prévention). Nous prendrons en considération ce biais lors de l'interprétation de ce travail d'enquête.

III.2.2.1. Présentation du lieu de l'enquête

Cette enquête a été menée au cours de notre stage chez le praticien chez Monsieur le docteur HEID à Senones. Senones est une commune rurale de 2945 habitants au dernier recensement en 1999 (source INSEE), ancien bassin textile au sein de la vallée du Rabodeau dans le département des Vosges. Le taux de natalité est de 10.39 pour mille (taux de natalité en France : 12.76 pour mille) et la proportion de 0 – 19 ans est de 22.8 % (en France 24.6 %). Sept médecins généralistes exercent dans cette commune et aucun spécialiste. Le cabinet de pédiatrie le plus proche se trouve à Saint-Dié à 20 kilomètres (2 pédiatres libéraux). L'hôpital de Saint-Dié comporte un service de pédiatrie. Le CHU de Nancy est à 60 kilomètres de Senones.

Le cabinet de médecine générale où s'est déroulée l'enquête est un cabinet de groupe multidisciplinaire qui s'appelle Maison Médicale du Breuil. Y exercent 3 praticiens généralistes, 2 kinésithérapeutes, 3 infirmières, 2 orthophonistes, 1 podologue et 2 dentistes. Parmi les 3 praticiens généralistes en exercice, on recense 2 hommes de plus de 35 ans (Dr HEID et Dr FLORENTIN) et une femme de moins de 35 ans (Dr COPPIN) qui a une activité pédiatrique prépondérante. Les consultations et les visites du Dr HEID se déroulent sur dix demi-journées hebdomadaires du lundi au samedi, le mercredi et samedi uniquement le matin.

III.2.2.2. Population incluse

La population de notre échantillon se compose de tous les enfants ou adolescents âgés de 0 à 20 ans au moment de la consultation sur la durée de l'enquête. Etaient exclus les patients âgés de plus de 20 ans le jour de la consultation. Nous avons ainsi pu déterminer pour l'analyse des données différentes classes d'âge : les nourrissons de 0 à 9 mois, les enfants de 9 mois à 2 ans, les 2-10 ans, les 10-15 ans et les 15-20 ans. Dans chaque classe d'âge, nous avons inclus les patients dont l'âge était supérieur ou égal à la limite inférieure de notre classe d'âge.

III.2.2.3. Mode de recueil des données

Nous avons établi une grille de recueil des données qui était complétée en temps réel par le praticien-maître de stage ou par moi-même à chaque visite ou consultation d'enfants ou d'adolescents de 0 à 20 ans. Cette grille de recueil a été testée durant la semaine précédant l'enquête afin de déterminer le temps nécessaire pour la compléter et les paramètres à modifier. Le temps nécessaire au recueil des données était en moyenne de 3 minutes par grille.

La grille de recueil est organisée en 8 grandes parties :

- **PRESENTATION** : on relève l'âge et le sexe de l'enfant ou de l'adolescent le jour de la consultation, afin de pouvoir effectuer ensuite des regroupements par classes d'âge ou par sexe. L'item *place dans la fratrie* permet d'étudier la structure familiale (nombre d'enfants dans la famille et place de l'enfant) afin d'étudier notre hypothèse de départ qui est que les familles nombreuses consultent plus volontiers le médecin généraliste que le pédiatre et ceci surtout quand il ne s'agit pas d'un aîné. Les deux items suivants portent sur le suivi habituel de l'enfant (*Connu ou 1^o consultation* et *Suivi par un pédiatre : O/N*). Enfin le dernier item de cette partie générale porte sur la personne qui accompagne l'enfant à sa consultation avec 4 propositions : parent, ami, nourrice, ou sans accompagnant.
- **TYPE DE CONSULTATION** : 3 catégories ont été définies en *visite, consultation sans rendez-vous* ou *consultation avec rendez-vous*. Cet item a pour but de relever le type de recours aux soins utilisé par les familles dans ce cabinet de médecine générale.
- **MOTIF** : on note ici le motif de consultation initial, c'est-à-dire la ou les doléances invoquées par l'enfant et son accompagnant éventuel au début de la consultation avant l'examen par le médecin. Par souci de simplification de recueil et de traitement des données, nous avons proposé différentes catégories pour ces motifs de consultation : suivi, vaccination, douleur abdominale (incluant la gastro-entérite

aiguë), orthopédie-traumatologie, ORL, pneumologie, dermatologie, psychologie ou autre (à préciser). Le choix de ces différentes catégories s'est fait après lecture de l'enquête du CREDES Clientèle et motifs de recours en médecine libérale.

- **POIDS – TAILLE** : un tableau permettait de relever le poids et la taille de l'enfant si la mesure était effectuée au cours de la consultation.
- **CARNET DE SANTE** : nous avons trouvé intéressant pour cette enquête d'étudier la place et le rôle du carnet de santé dans le suivi des enfants lors des consultations de médecine générale. Nous avons donc relevé si le carnet de santé était apporté et présenté lors de la consultation et s'il était à jour. On considère que le carnet de santé est à jour si la courbe de poids – taille est effectuée régulièrement, si les visites systématiques ont été faites, si les dernières consultations sont mentionnées dans le carnet et si le calendrier vaccinal est respecté et à jour.
- **RECOURS** : cet item a pour but d'évaluer les relations du praticien généraliste avec les autres professionnels de santé médicaux ou para-médicaux dans le cadre de la prise en charge globale de l'enfant. Nous avons déterminé plusieurs catégories telles que la biologie, la radiologie, l'hospitalisation, la consultation spécialisée, la kinésithérapie, l'orthophonie ou autre. Plusieurs catégories pouvaient être cochées pour le même enfant.
- **RESULTAT DE CONSULTATION** : le praticien ou le stagiaire relevaient ici le diagnostic ou l'affection qui avait été suspecté ou confirmé à l'issue de la consultation. Cette case a été volontairement laissée blanche pour permettre au médecin le libre choix de l'intitulé pour cet item. Le terme résultat de consultation a été préféré à celui de diagnostic final lors du constat que de nombreuses conclusions de consultation ne correspondaient pas à des diagnostics mais plutôt à des symptômes, des affections ou des motifs de recours. Ce terme de résultat de consultation ne correspond pas dans cette enquête à celui du dictionnaire de la Société Française de Médecine Générale.
Nous analyserons ensuite la répartition des résultats de consultation selon les classes d'âge en les regroupant par grandes catégories de pathologies et nous les confronterons aux motifs initiaux afin de mettre en évidence des similitudes ou des discordances entre la demande ou la plainte de l'enfant ou de l'accompagnant et les conclusions du médecin à l'issue de la consultation.
- **PRISE EN CHARGE** : ce dernier élément visait à étudier la prescription ou la réponse médicale au problème soulevé au début de la consultation. Nous l'avons décomposée en thérapeutique curative, symptomatique et conseil-prévention.

On relevait également à la fin de la journée le nombre de consultations réalisées pour des 0 – 20 ans et le nombre total d'actes pratiqués, afin de pouvoir ensuite évaluer l'importance de l'activité pédiatrique du praticien généraliste au cours de la période d'investigation.

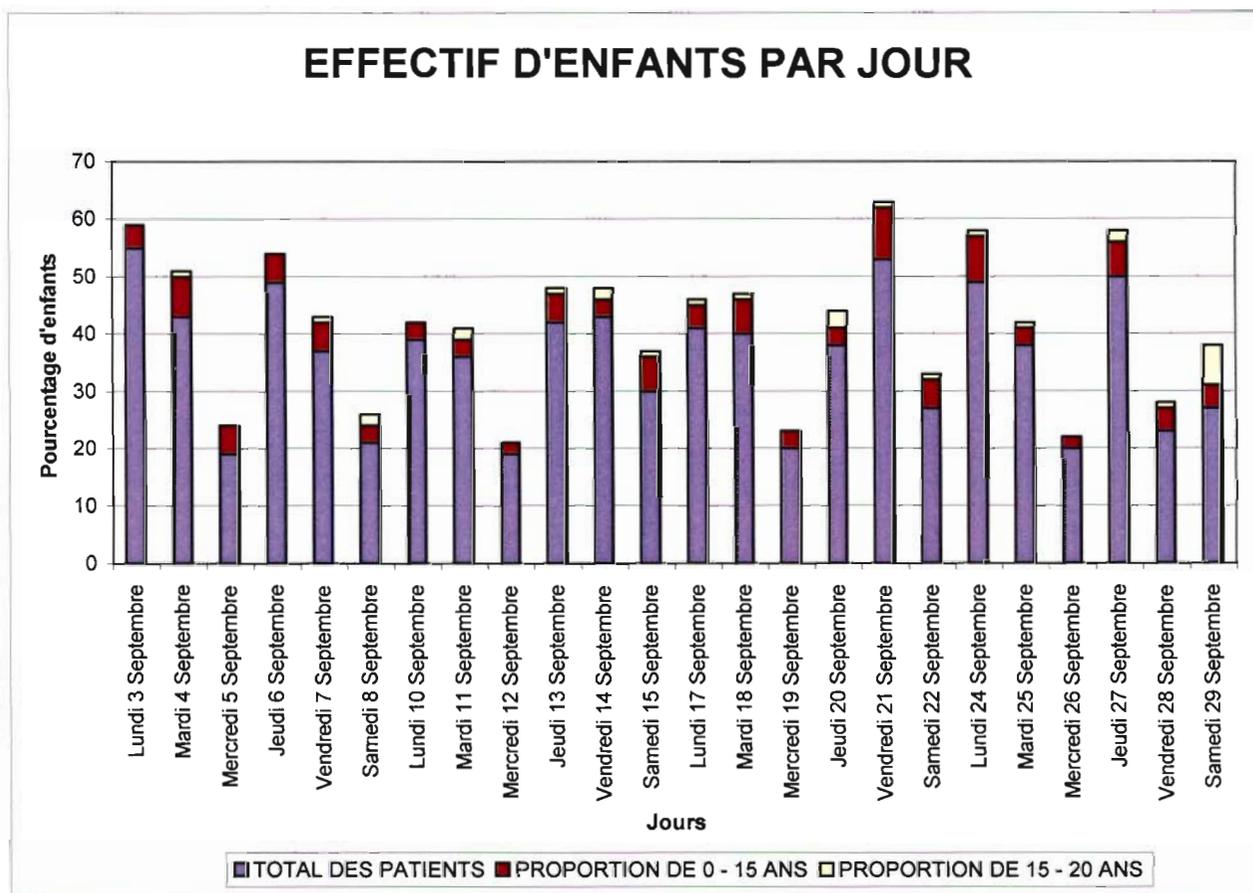
Après la période de recueil, les données ont été transférées sur un fichier informatique et analysées à l'aide du logiciel EXCEL. Les résultats seront présentés sous forme de graphiques et commentés dans la partie suivante. Les tableaux de données ayant permis l'élaboration des graphiques sont joints en annexe.

Cette enquête n'a pas pour objectif d'être représentative de l'activité pédiatrique en médecine générale mais est utilisée comme moyen de recensement des différentes pathologies infantiles ou de l'adolescent rencontrés au cours de notre stage chez le praticien. Elle vise à observer quelle est la pathologie courante pédiatrique dans un cabinet de médecine générale rural, d'étudier le profil des familles qui consultent et le contenu de la consultation. Une enquête similaire réalisée au sein du service d'urgences pédiatriques de l'hôpital d'enfants de Brabois permettra de comparer les différentes pathologies recensées et donc le contenu de la formation à la médecine de l'enfant et de l'adolescent au cours de ces deux stages pratiques de troisième cycle de médecine générale. Les interprétations et les conclusions de ce travail ne sont représentatives que de notre propre expérience et ne peuvent bien entendu être extrapolées à la globalité des résidents.

III.2.3. Résultats de l'enquête

L'effectif total d'enfants de 0 à 20 ans examinés lors de l'enquête du 3 au 30 Septembre 2001 était de 137 patients. Toutes les grilles complétées lors de la période de recueil se sont révélées exploitables.

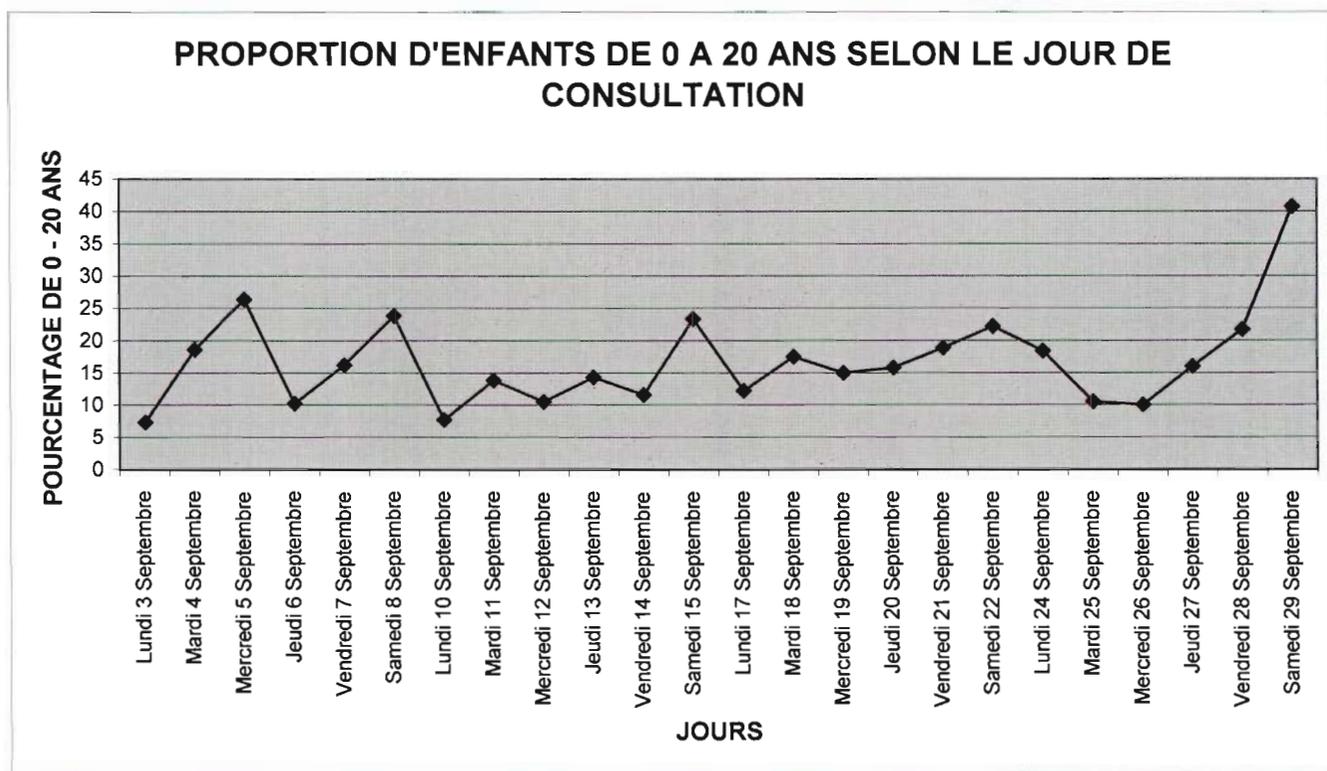
III.2.3.1. Activité pédiatrique du praticien généraliste durant l'enquête



Le tableau ci-dessus présente le nombre total de patients examinés chaque jour de l'enquête et parmi ceux-ci la proportion de 0 – 15 ans et de 15 – 20 ans.

Au cours de l'enquête, 859 patients ont été examinés. Parmi eux, 137 étaient des enfants de 0 à 20 ans. **16 % des actes** réalisés concernaient des enfants de 0 à 20 ans. Les

enfants de 0 à 15 ans représentaient 12.6 % de l'activité (soit 108 patients) et les adolescents de 15 à 20 ans, 3.4 % soit 29 patients.



Nous avons établi une courbe qui présente le pourcentage d'enfants de 0 à 20 ans parmi l'effectif total de patients pour chacun des jours de l'enquête afin d'étudier les variations quotidiennes de l'activité pédiatrique chez ce médecin généraliste.

Le nombre de 0 – 20 ans au cours d'une journée de consultation s'étale de 2 à 11 patients. La part de l'activité qui concerne les 0 – 20 ans varie de 7.3 % à 40.7 %, le pourcentage minimal étant obtenu un Lundi et le maximal un Samedi matin.

5 pics de consultations pédiatriques sont relevés sur cette courbe :

- Mercredi 5 Septembre
- Samedi 8 Septembre
- Samedi 15 Septembre
- Samedi 22 Septembre
- Vendredi 28 Septembre
- Samedi 29 Septembre.

La fréquentation des 0 – 20 ans a été inférieure ou égale à 10 % lors de 3 jours de consultation :

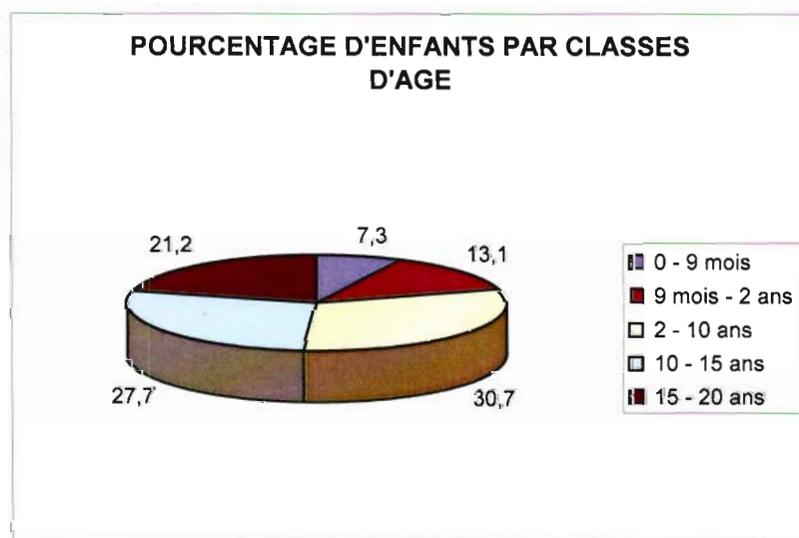
- Lundi 3 Septembre
- Lundi 10 Septembre
- Mercredi 26 Septembre

III.2.3.2. Profil des enfants qui consultent

- Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge :

La **moyenne d'âge** de la population durant l'enquête est de **8 ans et 8 mois**. Nous avons réparti les enfants en différentes classes d'âge en incluant dans chaque catégorie ceux dont l'âge était inférieur à la limite supérieure de la classe d'âge définie. Nous avons ainsi obtenu 5 catégories :

- **0 à 9 mois** : la moyenne d'âge des nourrissons de cette classe d'âge est de 3 mois,
- **9 mois à 2 ans** : la moyenne d'âge dans cette classe d'âge est de 10 mois et demi,
- **2 ans à 10 ans** : la moyenne d'âge dans cette classe d'âge est de 5 ans et 4 mois,
- **10 à 15 ans** : la moyenne d'âge dans cette classe d'âge est de 11 ans et 11 mois,
- **15 à 20 ans** : la moyenne d'âge dans cette classe d'âge est de 16 ans et 7 mois.



Sur les 137 patients de 0 à 20 ans qui constituent la population de notre enquête, on constate **une majorité de 2 – 10 ans** qui représentent 30.7 % de l'effectif total. Ensuite les 10 –15 ans constituent 27.7 % de l'effectif puis les 15 – 20 ans, 21.2 %. Les moins de 2 ans sont les moins représentés avec respectivement 13.1 % de 9 mois – 2 ans et 7.3 % de moins de 9 mois.

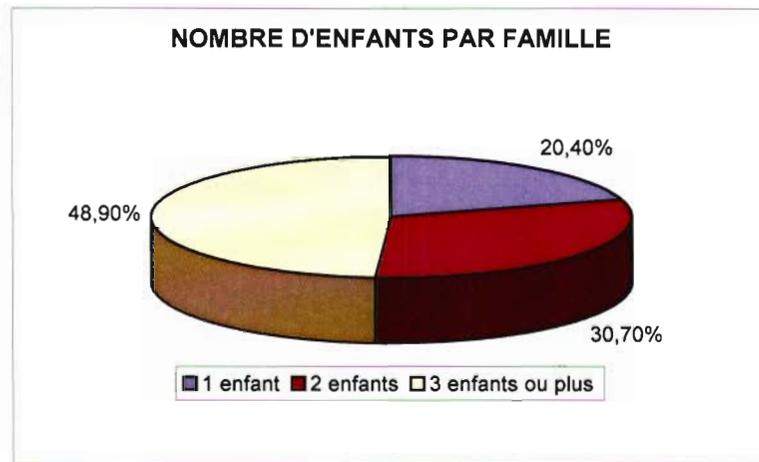
- Répartition en fonction du sexe :

Les garçons sont un peu plus représentés dans la population de l'enquête que les filles avec un sexe-ratio garçons / filles de 1.14 sur l'effectif total.

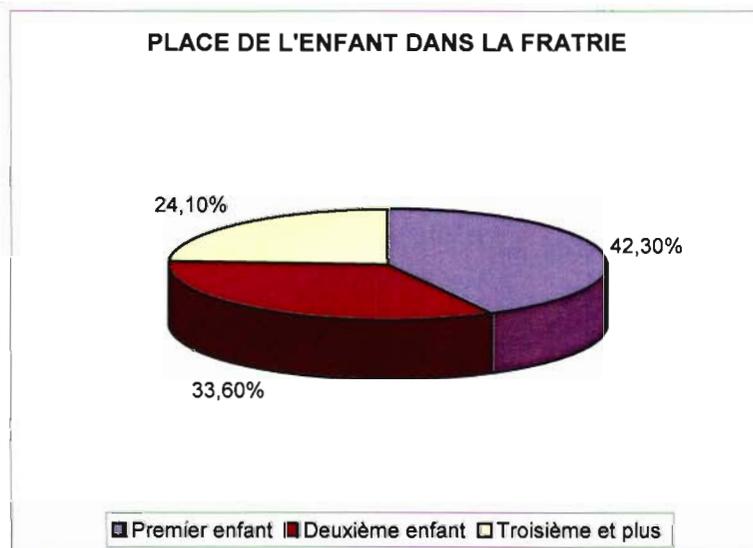
Seule la classe d'âge des 0 – 2 ans présente une majorité de filles avec un sexe-ratio de 0.64. Les autres classes d'âge sont en faveur des garçons avec des sexe-ratio de 1.2 chez les 2 – 10 ans, de 1.7 chez les 10 – 15 ans et de 1.07 chez les 15 – 20 ans.

III.2.3.3. Caractéristiques des familles et mode de recours aux soins en médecine générale

- Profil des familles et composition de la fratrie :



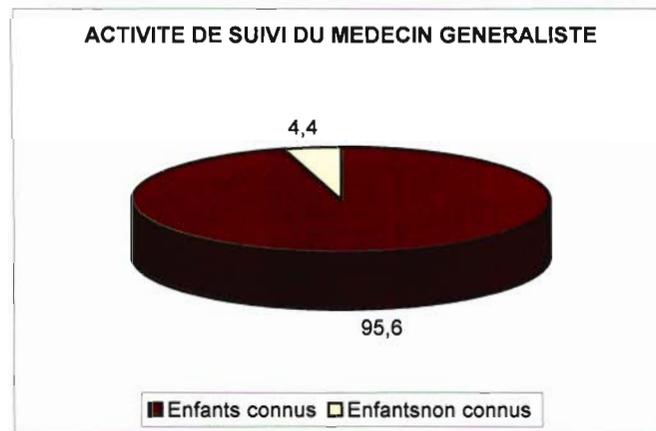
Nous avons recueilli pour chaque enfant qui consultait le nombre d'enfants qui composent la fratrie dont il est issu. **La majorité des familles qui consultent le médecin généraliste dans ce cabinet sont des familles nombreuses** : 48.9 % des enfants vus en consultation sont issus de familles de 3 enfants ou plus, 30.7 % de familles de 2 enfants et seulement 20.4 % des enfants qui ont fréquenté le cabinet durant la période d'enquête sont des enfants uniques.



Le graphique précédent présente la place de l'enfant qui a consulté au sein de sa fratrie. On constate que **la majeure partie des enfants que l'on a reçu sont des aînés** : 42.3% des enfants de 0 à 20 ans inclus dans l'enquête sont des premiers enfants, 33.6% sont des deuxièmes enfants et 24.1% sont des troisièmes ou plus. Au total, les enfants qui composent notre échantillon sont issus de familles nombreuses dans presque la moitié des cas et 42.3% des consultations concernent le premier enfant de la fratrie.

- Activité de suivi du praticien généraliste :

Le graphique ci-dessous présente le pourcentage d'enfants de 0 à 20 ans qui étaient déjà connus par le médecin au moment de la consultation et le pourcentage de nouveaux patients. Il permet d'étudier l'activité de suivi du généraliste.



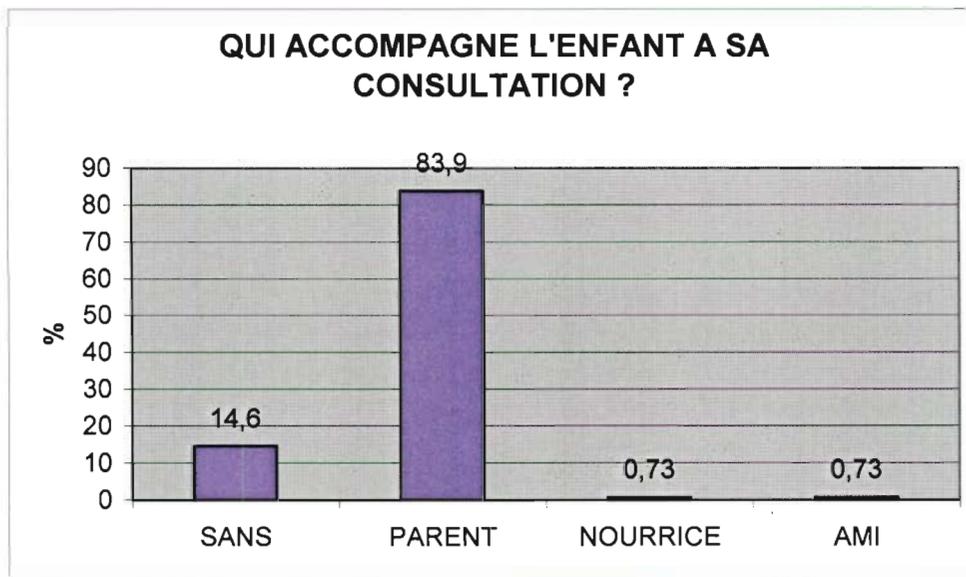
La grande majorité des enfants qui composent notre échantillon est déjà connue par le médecin généraliste au moment de la consultation : 95.6 % des patients contre seulement 4.4% de nouveaux patients.

- Pourcentage d'enfants suivis par un pédiatre :



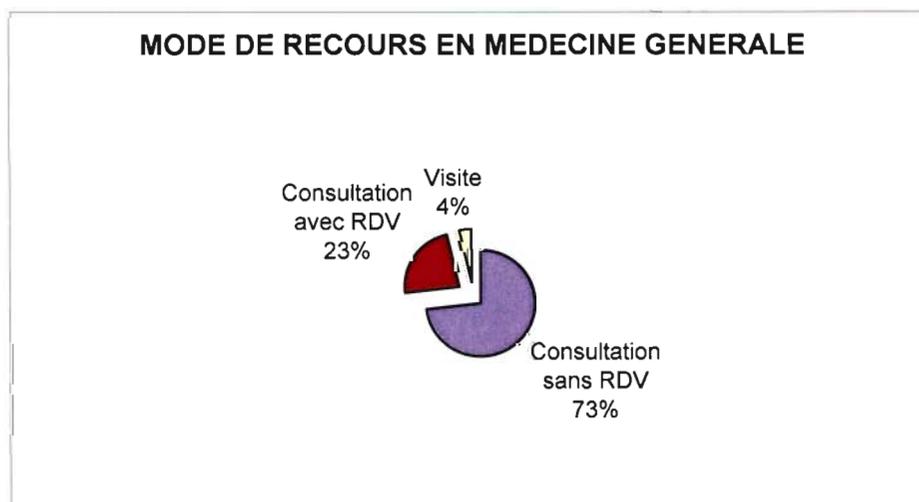
On ne retrouve que 5.8% d'enfants suivis par un pédiatre lors de notre enquête. 94.2% des 0 – 20 ans sont suivis soit par un médecin généraliste, soit par un médecin de protection maternelle et infantile.

- **Qui accompagne l'enfant à la consultation ?**



La majeure partie des enfants sont accompagnés de leur mère et/ou de leur père lors de la consultation dans 83.9 % des cas. On note que 14.6 % consultent seuls. Quelques enfants sont venus consulter avec leur nourrice (0.73%) ou un ami (0.73%).

- **Mode de recours au médecin généraliste :**



Les familles consultent dans presque $\frac{3}{4}$ des cas au cabinet sans rendez-vous (73%). 23 % des consultations sont sur rendez-vous et on retrouve dans cette enquête très peu de visites à domicile (4%). Au total, les consultations au cabinet représentent 96% des recours aux soins pour les enfants de 0 à 20 ans.

• **Au total** :

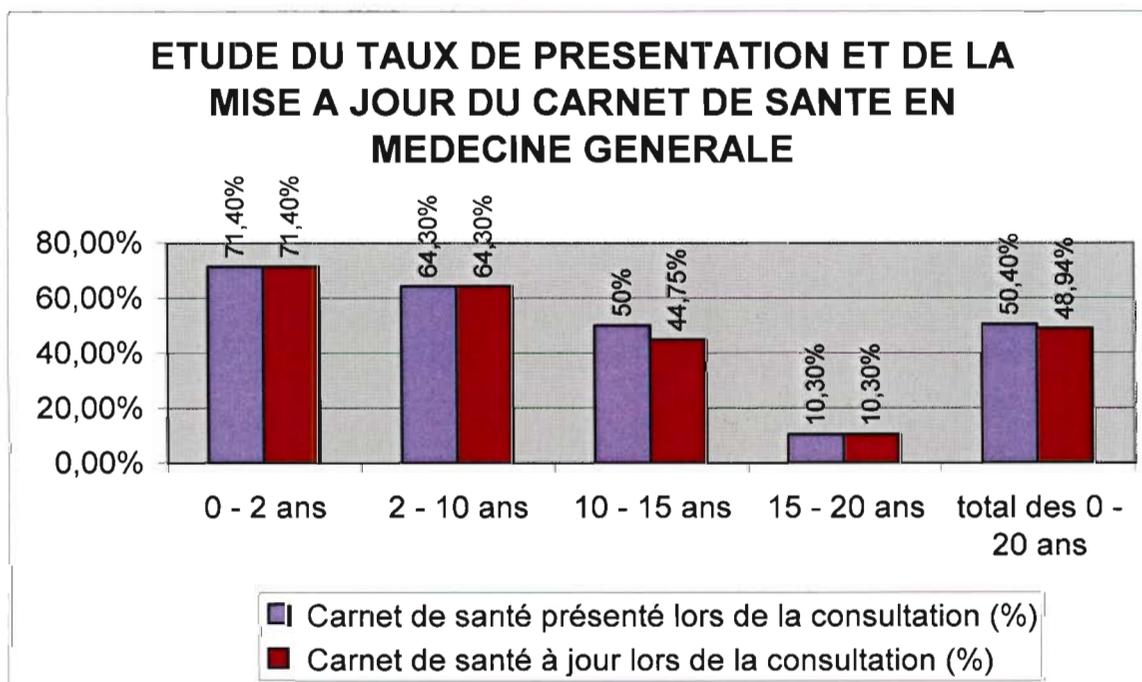
Les caractéristiques des familles qui consultent le médecin généraliste pour leur enfant sont donc les suivantes :

- près de la moitié des familles sont des familles nombreuses de 3 enfants ou plus, 42.3 % des enfants qui consultent sont des aînés,
- le médecin connaît 95.6 % des enfants qu'il reçoit en consultation,
- seuls 5.8 % des enfants sont suivis par un pédiatre,
- 83.9 % des enfants sont accompagnés par un de leur parent lors de la consultation mais 14.6% consultent seuls,
- 96 % des consultations d'enfants sont effectuées au cabinet, la plupart sans rendez-vous.

III.2.3.4. Place du carnet de santé dans le suivi des enfants

Le carnet de santé de l'enfant est un document délivré par les services de protection maternelle et infantile à la naissance de chaque enfant et financé par le Conseil Général. Nous avons souhaité étudier lors de cette enquête si le carnet de santé était régulièrement présenté lors de la consultation et s'il était à jour afin d'évaluer si ce dernier est un bon outil de suivi de l'enfant.

Le graphique ci-dessous présente pour chacune des classes d'âge le taux de présentation du carnet de santé ainsi que le pourcentage de carnets de santé à jour.



Sur l'effectif total des 0 – 20 ans, le carnet de santé est présenté dans 50.4 % des cas lors de la consultation, soit une fois sur 2. Quand il est présenté, il est à jour dans 97.1 % des cas.

On constate de fortes disparités selon l'âge de l'enfant dans l'utilisation du carnet de santé comme outil de suivi et comme dossier médical.

Chez les moins de 2 ans, le carnet de santé est présenté à 71.4 % des consultations et il est à jour à chaque fois qu'il est présenté.

Chez les 2 – 10 ans, le carnet de santé est présenté à 64.3 % des consultations et à jour dans 100 % des cas.

En revanche, à partir de 10 ans, le taux de présentation du carnet de santé diminue nettement pour atteindre 50 % chez les 10 – 15 ans. Il est également moins souvent à jour avec un taux de 89.5 %. Cette tendance se confirme encore davantage chez les adolescents de 15 à 20 ans avec un taux de présentation de 10.3 % et un taux de carnet de santé à jour de 100% chez les quelques patients qui ont présenté leur carnet.

III.2.3.5. Déroulement de la consultation

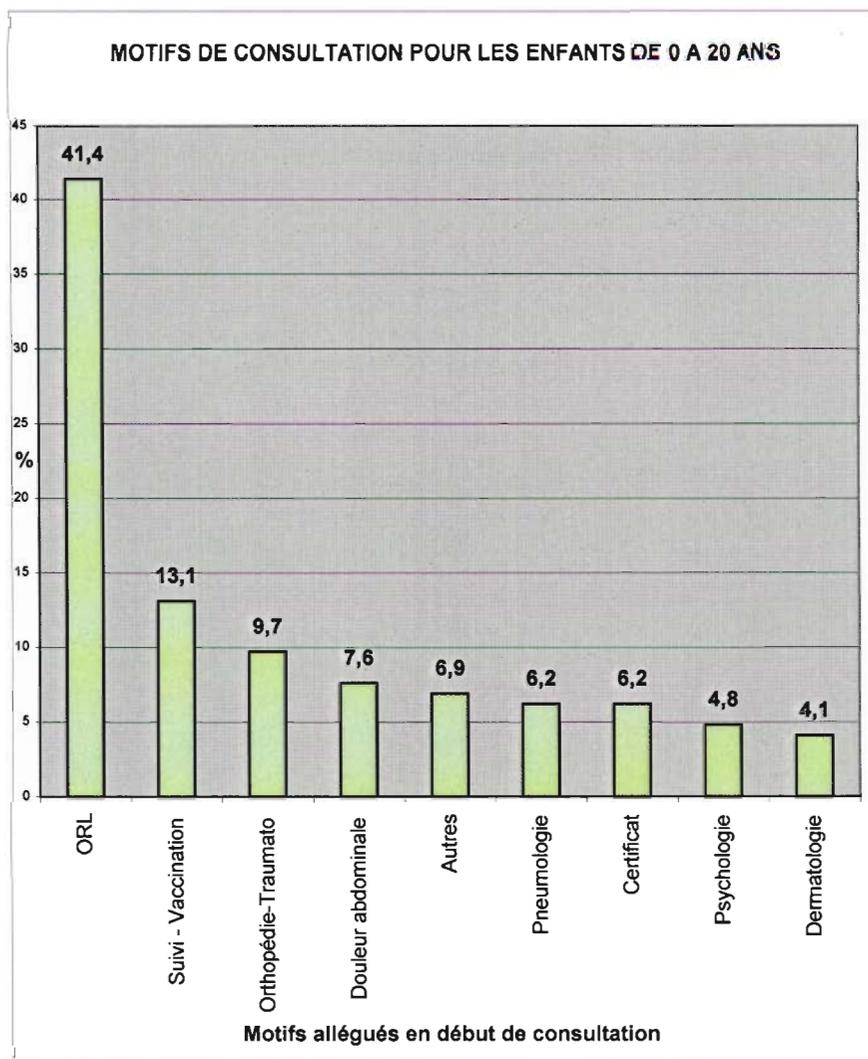
Les données suivantes ont été recueillies chronologiquement à partir du début de la consultation médicale de l'enfant. Nous avons ainsi noté le ou les motifs avancés par l'enfant ou par son accompagnant au début de la consultation soit spontanément, soit en réponse à une question du type : « Pourquoi venez-vous me consulter aujourd'hui ? ». Nous avons ensuite noté si la mesure du poids et/ou de la taille était effectuée. Après l'examen clinique, nous avons noté le résultat de consultation, diagnostic ou autre conclusion suspectés par le praticien et les recours éventuels nécessaires pour la confirmation de ce résultat de consultation ou le traitement de la pathologie. Enfin, nous avons coché la nature de la prise en charge selon les propositions : « thérapeutique curative », « thérapeutique symptomatique » ou « conseil-prévention ».

• Motifs de consultation :

Le ou les motifs de consultation ont été recueillis en début d'entretien avec l'enfant et son accompagnant en réponse à une question sur les raisons qui ont motivé la consultation. On entend par ce motif de consultation la ou les doléances de l'enfant ou de son accompagnant. Nous avons établi sur la grille de recueil différentes catégories : *suivi*, *vaccination*, *douleur abdominale*, *ORL*, *pneumologie*, *dermatologie*, *psychologie*, *orthopédie-traumatologie* ou *autres*. A l'issue de la période d'enquête, nous avons traité les données par informatique et nous avons regroupé les deux catégories *suivi* et *vaccination* en une seule ; une catégorie supplémentaire a été créée : *certificat*.

Sur l'effectif total des 0 –20 ans inclus, on ne retrouve que huit patients qui avancent deux motifs de consultation. Aucun ne présente plus de deux motifs. Parmi les doubles motifs de consultation, on recense : *certificat / orthopédie-traumatologie*, *certificat / vaccination* (2), *ORL / dermatologie*, *ORL / orthopédie-traumatologie*, *ORL / pneumologie*, *pneumologie / psychologie* et *suivi / psychologie*. Selon les différentes classes d'âge, on ne recense qu'un seul double motif chez les 0 – 9 mois, chez les 9 mois – 2 ans et chez les 15 – 20 ans. On retrouve 2 doubles motifs chez les 10 – 15 ans et 3 chez les 2 – 10 ans.

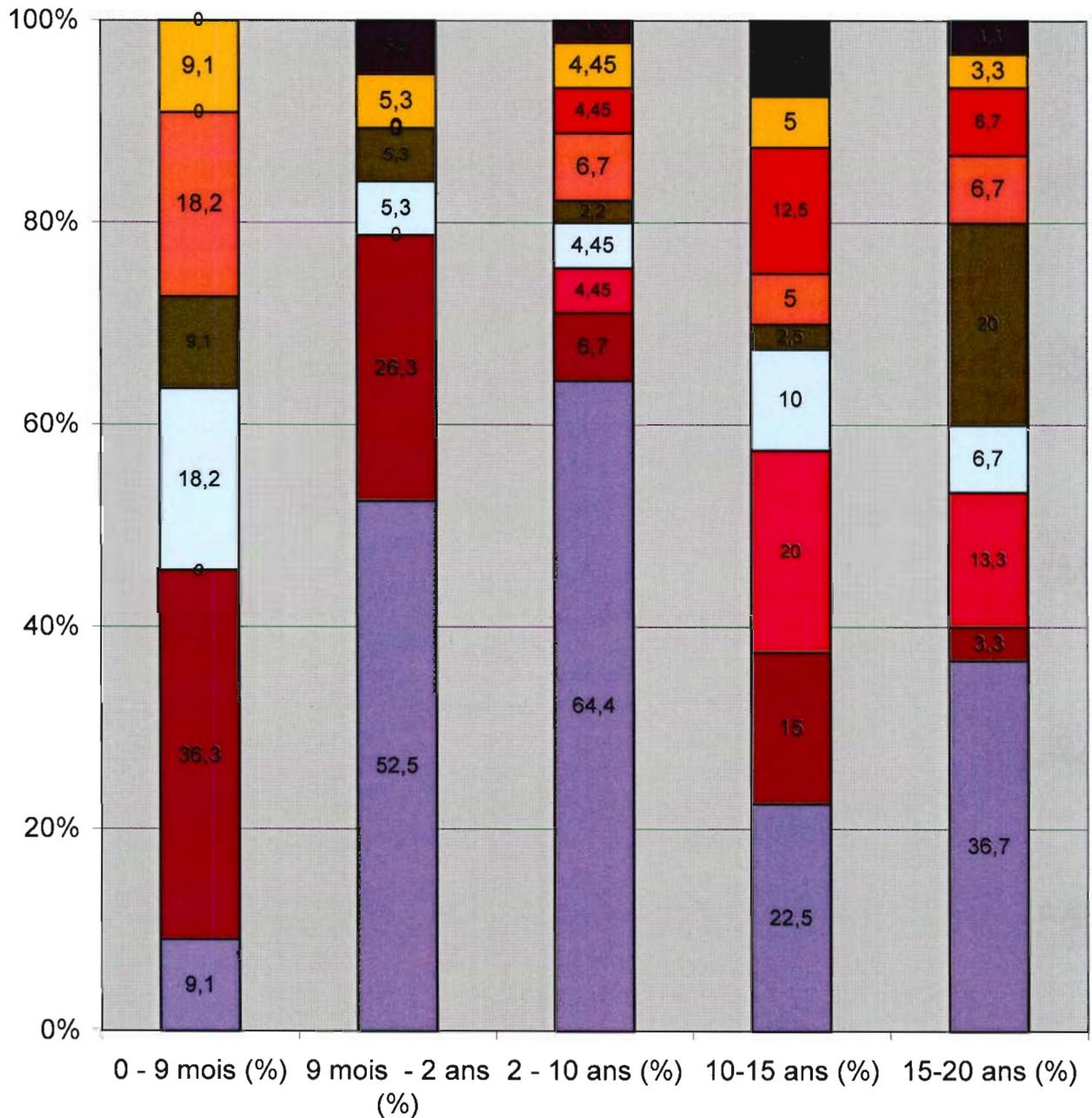
Dans la catégorie *autres*, nous avons recensé 8 motifs différents : urgence, régurgitations, prescription orthophonie, cardiologie, gynécologie, urologie, contraception et allergologie.



Le motif de consultation le plus fréquent chez les 0 – 20 ans est l'ORL qui représente 41.4 % des motifs. En deuxième position, on trouve la catégorie *suivi – vaccination* avec 13.1 % de l'effectif. L'*orthopédie – traumatologie* arrive juste derrière avec 9.7 %. Suivent ensuite les douleurs abdominales (7.6%), la catégorie *autres* (6.9%), la *pneumologie* (6.2%), les *certificats* (6.2%) puis la *psychologie* et la *dermatologie*.

La répartition des motifs de consultation diffère selon les classes d'âge. Le graphique suivant présente l'importance de chaque motif en fonction des différentes classes d'âge.

REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION SELON LES CLASSES D'AGE



- Chez les 0 – 9 mois :

Le premier motif de consultation chez les nourrissons est la catégorie *suivi – vaccination* qui représente 36.3 % des motifs. Viennent ensuite la *pneumologie* (18.2 %) et la *douleur abdominale* (18.2 %). En troisième position, on retrouve l'*ORL*, les *régurgitations* et la *psychologie* avec 9.1 %. Aucun motif n'a été recensé en *orthopédie-traumatologie*, en *dermatologie* ou pour les *certificats*.

- Chez les 9 mois – 2 ans :

Le premier motif est l'*ORL* avec 52.5 %. Vient ensuite la catégorie *suivi – vaccination* (26.3 %) puis la *douleur abdominale*, la *dermatologie*, la *psychologie* et la catégorie *autres* avec 5.3 %. On ne recense aucun motif de *pneumologie*, d'*orthopédie-traumatologie* ou de *certificat*.

- Chez les 2 – 10 ans :

L'*ORL* représente la majorité des motifs de consultation avec 64.4 %. Puis on retrouve la *pneumologie* et le *suivi-vaccination* avec 6.7 %. Les motifs les moins fréquents sont la *dermatologie* et la catégorie *autres* (cardiologie) qui représentent 2.2 % des motifs.

- Chez les 10 – 15 ans :

Le premier motif de consultation est aussi l'*ORL* avec 22.5 %. On retrouve ensuite l'*orthopédie-traumatologie* (20%) puis le *suivi-vaccination* (15%). La rédaction de *certificat* représente 12.5 % des motifs. Enfin en dernière position, la catégorie *autres* (allergologie) ne représente que 2.5 % des motifs.

- Chez les 15 – 20 ans :

Le motif principal est l'*ORL* avec 36.7 %. En deuxième position, on trouve la catégorie *autres* (contraception) qui représente 20 % des motifs de consultation. L'*orthopédie-traumatologie* arrive en troisième position chez les adolescents avec 13.3%. Les motifs les moins fréquents dans cette classe d'âge sont le *suivi-vaccination*, la *psychologie* et la *dermatologie* (3.3 %).

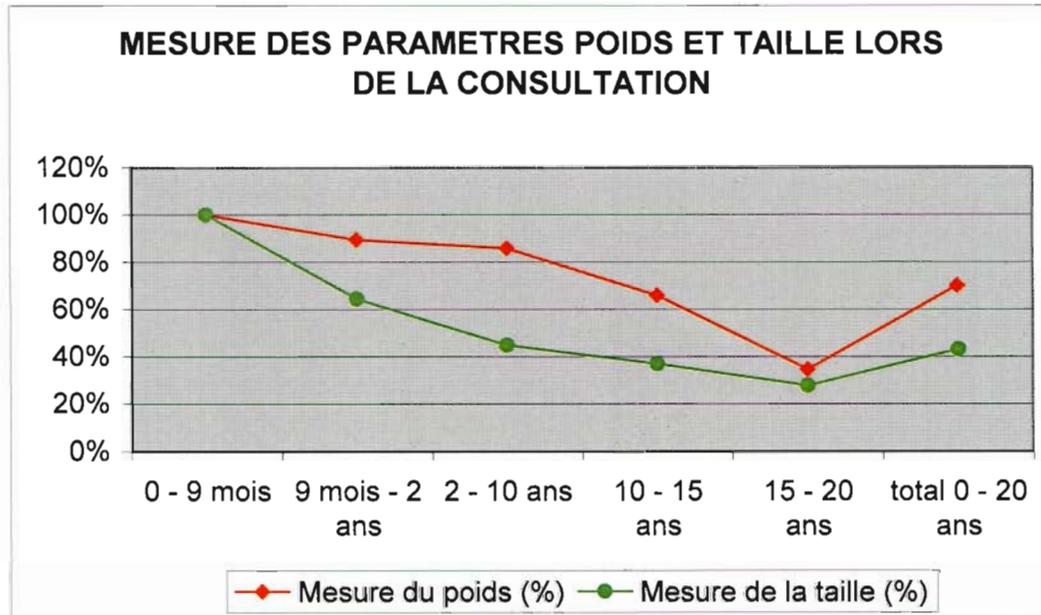
En conclusion, la majorité des 0 – 20 ans consultent leur médecin généraliste pour des pathologies *ORL* qui représentent 41.4 % des motifs de consultation. Les motifs *ORL* arrivent en tête pour toutes les classes d'âge sauf chez les petits nourrissons de 0 à 9 mois. Ils représentent même quasiment 2/3 des motifs de consultation dans la classe d'âge des 2 – 10 ans.

Le deuxième motif de consultation avec 13.1 % recouvre l'activité de *suivi et de vaccination*. Ce motif arrive en première position dans la classe d'âge des 0 – 9 mois ; il diminue en importance chez les 2 – 10 ans pour réaugmenter chez les 10 – 15 ans. En revanche, peu de consultations sont réalisées pour ce motif chez les adolescents de 15 à 20 ans (3.3 %, en dernière position).

On trouve ensuite par ordre d'importance les motifs d'*orthopédie – traumatologie* qui représentent 9.7 % des consultations d'enfants et d'adolescents en médecine générale.

La pathologie orthopédique et traumatologique est plus fréquente chez les 10 – 15 ans (2^{ème} motif de consultation) et chez les 15 – 20 ans (3^{ème} motif) que dans les autres classes d'âge. Les enfants de moins de 2 ans ne consultent d'ailleurs jamais pour ce motif. Au cours de notre enquête, les motifs de consultation que l'on recense le moins souvent sont surtout *la dermatologie et la psychologie*.

• **Mesure du poids et de la taille :**



Ce graphique met en évidence une mesure du poids dans 70 % des consultations et de la taille dans 43 % des consultations chez les 0-20 ans . La mesure des paramètres poids et taille lors de la consultation est d'autant plus fréquente que l'enfant est petit. Cette mesure est même systématique chez les moins de 9 mois. Pour toutes les autres classes d'âge, on constate que le relevé du poids est plus fréquemment effectué que celui de la taille. Les nourrissons de 9 mois à 2 ans bénéficient d'une pesée dans 89 % des cas et d'une mesure de la taille dans 64 % des cas. Pour les 2-10 ans, la mesure du poids reste assez systématique (85.7 % des consultations) ; en revanche, ils ne sont plus mesurés que lors de 44.8 % des consultations. Enfin, à partir de 10 ans, la mesure de ces deux paramètres devient beaucoup plus épisodique : les 10-15 ans ne sont plus pesés que dans 2/3 des cas et mesurés une fois sur 3 et pour les 15-20 ans, le poids est relevé dans 1/3 des cas et la taille dans 28 % des cas. Les paramètres poids et taille sont donc bien relevés chez les nourrissons de moins de 2 ans. Ces mesures deviennent moins systématiques à partir de 10 ans pour n'être effectuée que moins d'une fois sur 2 chez les plus grands. On constate que la mesure du poids est plus facilement effectuée que celle de la taille, et ceci pour toutes les classes d'âge.

• **Résultat final de la consultation :**

Le résultat de consultation correspond aux conclusions établies par le médecin à l'issue de la consultation. Un cadre vide était disposé en face de cet item sur la grille de recueil utilisée pour l'enquête. Nous avons tout d'abord étudié la répartition de ces résultats

de consultation d'après leur formulation initiale par le médecin au sein de l'effectif total et selon les classes d'âge puis nous avons regroupé ces différents résultats en catégories semblables à celles établies pour les motifs de consultation afin de confronter ces deux types de données. (voir annexe)

Le résultat de consultation le plus fréquent au cours de notre enquête est la rhinopharyngite qui représente 29.6 % des consultations de médecine générale pour les 0 – 20 ans. On recense ensuite par ordre décroissant le *suivi et les vaccinations* (11.7 %), l'*angine* (8.9 %), les *certificats* (6.2 %) et la bronchite aiguë (4.8 %) au même niveau que la *gastro-entérite aiguë*.

42 résultats différents ont été établis pour les 137 patients qui constituent notre population d'enquête. Seuls 8 résultats de consultation étaient doubles.

- Chez les 0 – 9 mois :

8 résultats différents ont été posés chez 10 patients. On ne relève qu'un seul résultat double : *toux sèche / sommeil*. Certains résultats finaux ne sont retrouvés que dans cette classe d'âge : *régurgitations, vomissements, spasme du sanglot et troubles du sommeil*.

4 consultations sur 10 ont eu lieu pour le suivi ou la vaccination du nourrisson.

- Chez les 9 mois – 2 ans :

6 résultats différents englobent la pathologie des 18 patients de l'effectif. On ne note aucun double résultat. La *primo-infection herpétique* est un diagnostic qui n'a été posé que dans cette classe d'âge.

10 consultations sur 18 soit 55.5 % avaient pour résultat de consultation une rhinopharyngite, 4 pour le *suivi ou une vaccination* (22.2 %).

- Chez les 2 – 10 ans :

Les 42 patients de cette classe d'âge ont présenté 16 résultats différents dont 3 doubles : *vaccination / certificat, torticolis / rhinopharyngite et bronchite aiguë / asthme*. De même que précédemment, certains résultats sont propres à cette catégorie : *prescription d'orthophonie, troubles psychologiques secondaires à un abus sexuel, scarlatine, suture et asthme*.

La rhinopharyngite est également le premier résultat de consultation dans cette classe d'âge avec 44.4 %. Elle est suivie par l'*angine* (15.5%) puis le *suivi et les vaccinations* ainsi que les *certificats*.

- Chez les 10 – 15 ans :

20 résultats de consultation recouvrent la pathologie des 38 patients de la classe d'âge dont 3 doubles : *vaccination / certificat, bronchite aiguë / tabagisme, certificat / torticolis*. On ne recense que dans cette classe d'âge les résultats suivants : *tabagisme, maladie d'Osgood – Schläter, douleur gril costal, gonalgie, scapulargie, dystonie neurovégétative, troubles du comportement, eczéma et urticaire*.

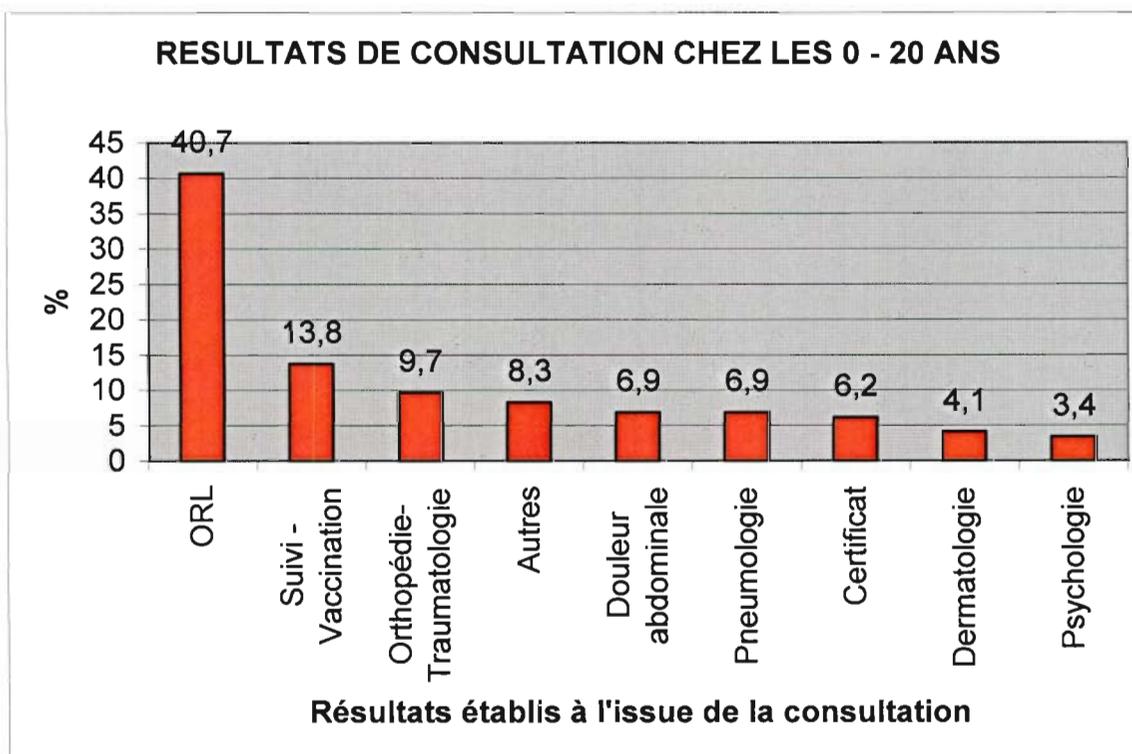
Les résultats de consultation les plus fréquents sont la rhinopharyngite et le suivi-vaccination puis la rédaction de *certificat*. On relève en troisième position la *gastro-entérite aiguë*.

- Chez les 15 – 20 ans :

Les 29 patients de cette classe d'âge ont présenté 17 résultats différents dont un double : *rhinopharyngite / impétigo*. Les résultats suivants ne sont retrouvés que chez les 15 – 20 ans : *contraception, cystite aiguë, leucorrhées, désensibilisation, lombalgie, dorsalgie, impétigo et pharyngite*.

Les résultats de consultation les plus fréquents sont tout d'abord la *rhinopharyngite* (20 %), puis l'*angine* (13.33 %). On note que dans cette classe d'âge la pathologie gynécologique représente 10 % des consultations.

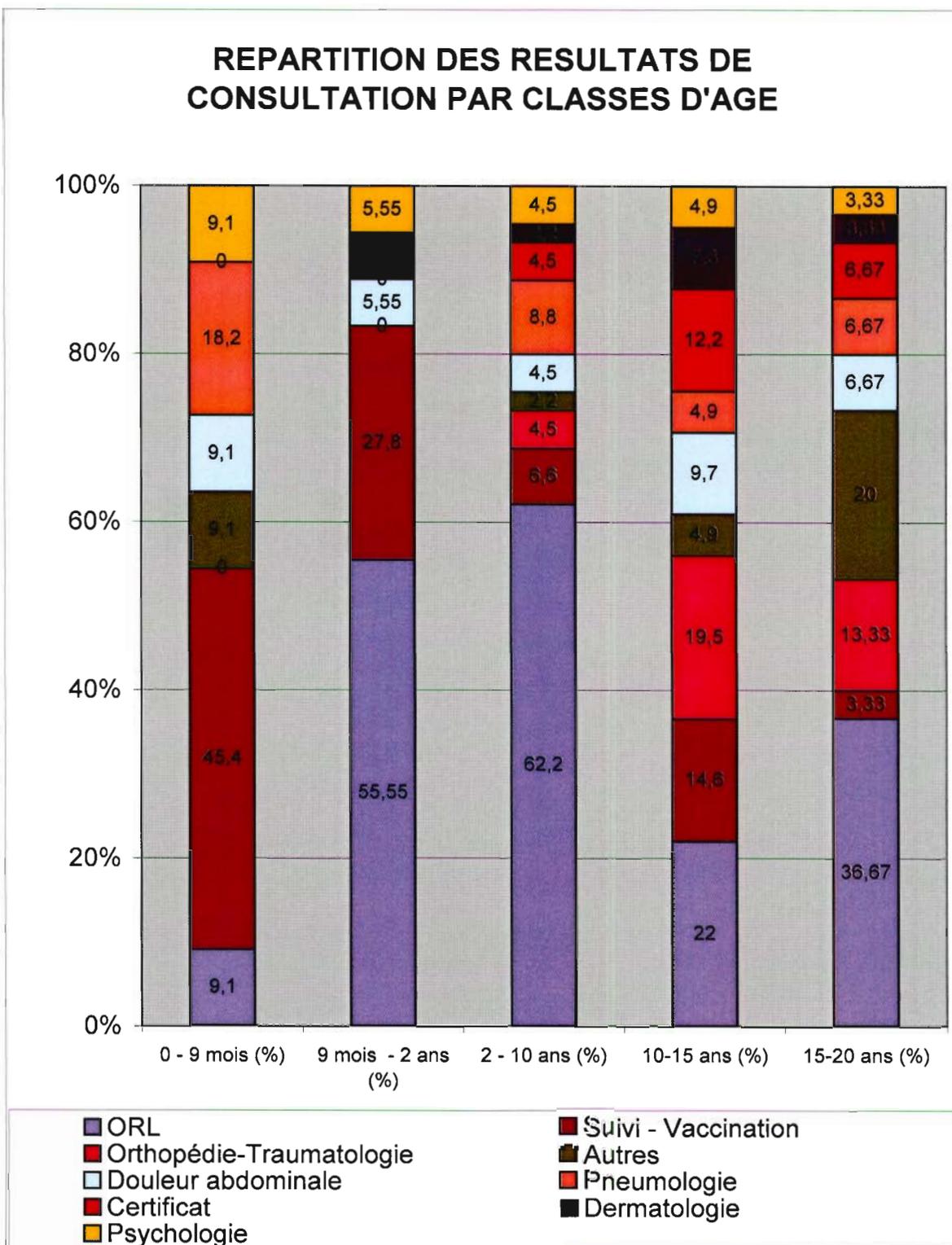
Nous avons dans un deuxième temps regroupé ces 42 résultats de consultation au sein des mêmes catégories que celles établies pour les motifs de consultation afin de permettre l'analyse et la confrontation des données.



9 catégories de résultats de consultation ont ainsi été formées. **Au sein de l'effectif total de notre enquête, les affections *ORL* sont prépondérantes avec 40.7 %.** On retrouve ensuite en deuxième position le *suivi et les vaccinations* avec 13.8 % puis l'*orthopédie – traumatologie* (9.6 %), la catégorie *autres* (8.3 %), les *douleurs abdominales* (6.9 %), la *pneumologie* (6.9 %), les *certificats* (6.2 %) et enfin la *dermatologie* (4.1 %) et la *psychologie* (3.4 %).

Nous avons inclus dans la catégorie *douleur abdominale* les gastro-entérites aiguës ainsi que les autres affections de la sphère abdominale et dans la catégorie *dermatologie* toutes les maladies dermatologiques ou infectieuses éruptives. La catégorie *autres* regroupe différents résultats de consultation moins fréquents : *contraception, cystite aiguë, leucorrhées, désensibilisation, prescription d'orthophonie, régurgitations, tabagisme et suivi de communication inter-auriculaire*.

Etudions maintenant la répartition de ces différentes catégories de résultats de consultation dans les classes d'âge en se référant au graphique ci-dessous.



- Chez les 0 – 9 mois :

Le résultat de consultation prépondérant est le suivi et les vaccinations qui représentent 45.4 % des résultats pour cette classe d'âge. Viennent ensuite *les affections pneumologiques* (18.2 %) et les pathologies *ORL* au même rang que les *douleurs abdominales, la psychologie ou la catégorie autres* (9.1 %). On ne retrouve aucun résultat de *dermatologie, d'orthopédie-traumatologie ou de certificat*.

- Chez les 9 mois – 2 ans :

Les résultats de consultation les plus fréquents pour cette classe d'âge sont les pathologies ORL (55.5 %) puis le suivi et les vaccinations (27.8 %) et les douleurs abdominales au même niveau que *la psychologie et la dermatologie* (5.55 %). On ne recense aucun résultat *d'orthopédie-traumatologie, de pneumologie et de certificat*.

- Chez les 2 – 10 ans :

En première position se trouvent les affections ORL (62.2%) puis la *pneumologie* (8.9 %) et le *suivi et les vaccinations* (6.6 %). Les résultats de consultation les moins fréquents sont les pathologies *dermatologiques* (2.2 %).

- Chez les 10 – 15 ans :

De nouveau dans cette classe d'âge, les pathologies ORL prédominent avec 22 %. La *pathologie orthopédique et traumatologique* est presque aussi importante que la pathologie *ORL* chez les enfants de cet âge puisqu'elle représente 19.5 % des résultats de consultation. On trouve ensuite le *suivi et les vaccinations* avec 14.6 % puis les *certificats* (12.2 %). En dernière position apparaissent les résultats de consultation de *pneumologie, de psychologie et de la catégorie autres* (4.9 %).

- Chez les 15 –20 ans :

Nous retrouvons toujours en tête les pathologies ORL avec 36.67 % puis la catégorie *autres* (20 %) surtout représentée dans cette classe d'âge par la pathologie gynécologique et, en troisième place, la *pathologie orthopédique et traumatologique* (13.33 %). Les résultats les moins courants chez les adolescents et les jeunes adultes sont le *suivi et les vaccinations, la dermatologie et la psychologie* (3.3 %).

Au total, les résultats de consultation les plus fréquents dans toutes les classes d'âge sauf chez les moins de 9 mois sont des affections ORL. Les pathologies orthopédiques et traumatologiques concernent surtout les grands enfants et les adolescents. Les plus petits de moins de 9 mois consultent en premier lieu pour le suivi du développement somatique et psychomoteur ou pour des vaccinations. La pathologie dermatologique et la psychologie sont des diagnostics peu fréquents en médecine générale chez les 0 – 20 ans. Enfin, les grands adolescents et les jeunes adultes consultent pour des pathologies différentes que les autres classes d'âge telles que la gynécologie.

- **Recours nécessaires** :

RECOURS						
	0 - 9 mois	9 mois - 2 ans	2-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	total
biologie	0	0	0	0	0	0
radiologie	0	0	0	3	1	4
hospitalisation	0	0	0	0	0	0
spécialiste	0	0	2	0	0	2
kinésithérapie	0	0	0	0	0	0
orthophonie	0	0	1	0	0	1
autres	0	0	0	0	0	0
total	0	0	3	3	1	7

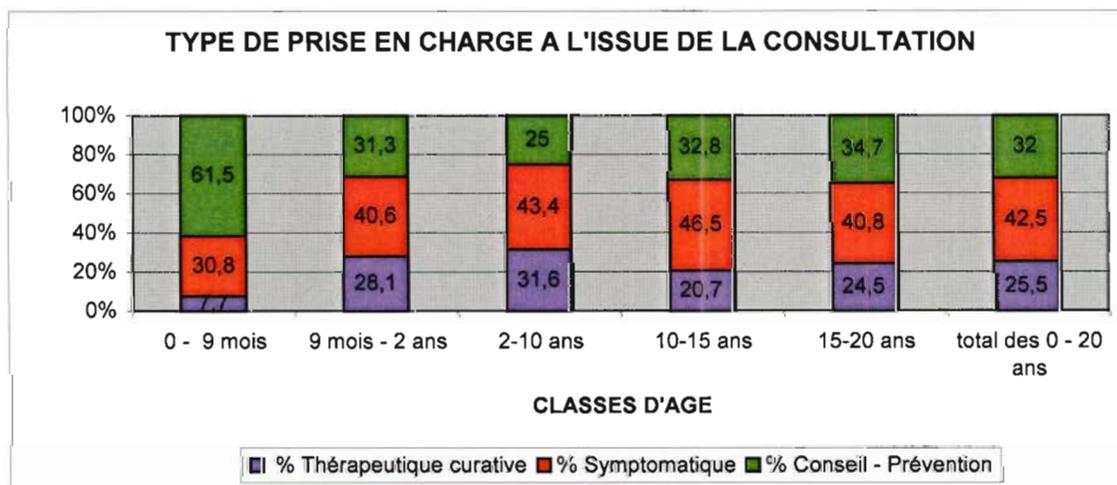
Au cours de cette enquête, le médecin généraliste n'a effectué que 7 recours seulement aux autres professionnels de santé soit à visée diagnostique, soit à visée thérapeutique. La fréquence des recours est de 5.1 %.

Les recours utilisés ont été la radiologie (4 fois), une consultation médicale spécialisée (2 fois) et de l'orthophonie (1 fois).

On constate qu'aucun recours n'a été utilisé pour les enfants de moins de 2 ans.

- **Type de prise en charge** :

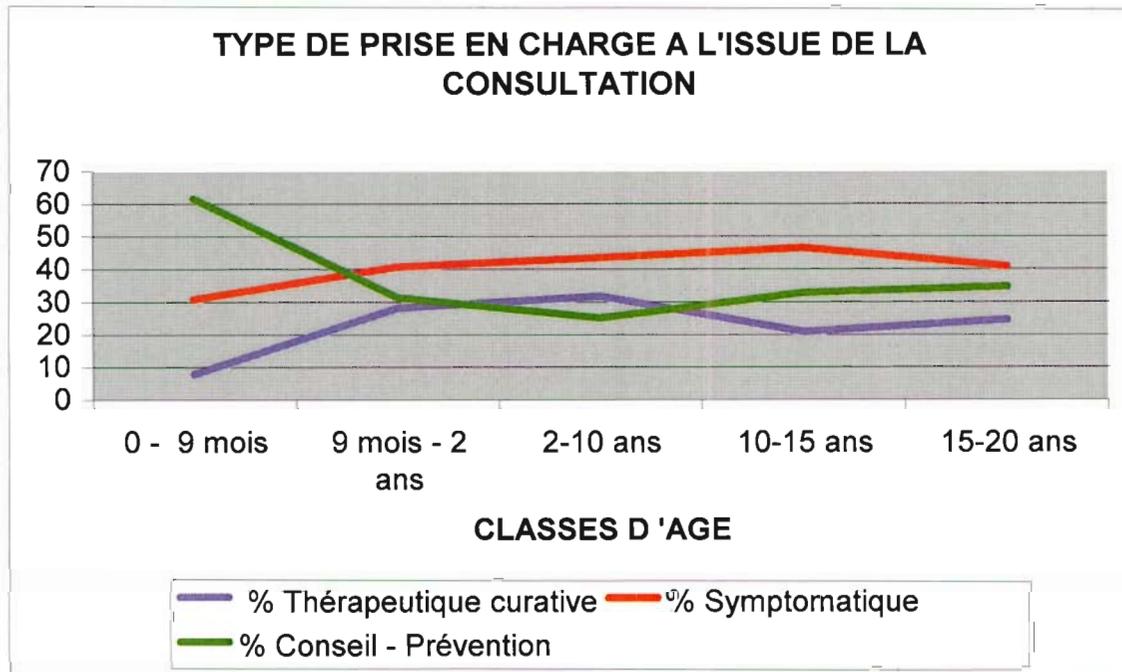
Nous avons recueilli à l'issue de la consultation quel type de prise en charge thérapeutique avait été proposé par le praticien parmi *thérapeutique curative*, *prescription symptomatique* ou *conseil-prévention*.



Sur l'effectif total des 0 – 20 ans, les prescriptions sont majoritairement symptomatiques à 42.5 %. Les conseils et la prévention représentent 32 % des prises en charge en médecine générale. Les prescriptions de thérapeutique curative arrivent en dernière position avec 25.5 %.

Cette répartition des types de prise en charge reste sensiblement similaire pour chacune des classes d'âge sauf chez les moins de 9 mois où prédomine largement la prévention et les conseils (61.5 %).

Les prescriptions du médecin généraliste chez les 0 – 20 ans sont donc majoritairement symptomatiques pour près de la moitié de l'effectif ; le rôle de conseil et de prévention n'est pas négligeable puisqu'il représente environ 1/3 des consultations et plus encore chez les nourrissons où il double. Enfin, seul ¼ des consultations donnent lieu à une prescription de thérapeutiques curatives.



III.2.3.6. Conclusion

Le médecin généraliste qui a participé à cette enquête au cours de notre stage chez le praticien a reçu en consultation sur les vingt jours de recueil des données **137 enfants** de 0 à 20 ans, soit **16 % de sa clientèle**. On relève des pics d'activité pédiatrique le mercredi, le vendredi et le samedi. L'âge moyen des enfants qui consultent est de **8 ans et 8 mois** avec une majorité d'enfants entre 2 et 10 ans. Les jeunes nourrissons sont les moins représentés.

Les familles qui consultent le médecin généraliste pour leur enfant sont majoritairement des familles nombreuses de 3 enfants ou plus. Ces familles fréquentent le cabinet pour l'aîné de leurs enfants le plus souvent. Les enfants reçus en consultation sont en général suivis par ce médecin dans 95.6 % des cas. Très peu d'enfants de notre échantillon sont suivis par un pédiatre. La plupart de nos patients consultent avec l'un de leur parent mais on constate toutefois que près de 15 % des enfants viennent seuls. Les consultations se déroulent au cabinet et sans rendez-vous. Peu de visites à domicile sont nécessaires.

Le carnet de santé est présenté au praticien dans 50 % des consultations et il est à jour dans 97.1 % des cas. Il est beaucoup plus amené pour une consultation d'enfant entre 0 et 10 ans que par la suite.

Lors de la consultation, la taille et le poids sont des paramètres systématiquement relevés chez les enfants de moins de 2 ans. En revanche, cette mesure diminue avec l'âge du consultant

pour n'être exécutée que moins d'une fois sur 2 chez les plus de 15 ans. **Le premier motif de consultation des 0 – 20 ans chez le généraliste est l'ORL puis les consultations de suivi ou de vaccination** et l'orthopédie – traumatologie. La classification des différents résultats de consultation établis par le médecin à l'issue de l'examen de l'enfant confirme cette hiérarchie : **le diagnostic final le plus fréquent est la rhinopharyngite pour toutes les classes d'âge**. On relève ensuite les consultations de suivi ou de vaccination puis l'angine. Afin de confirmer son diagnostic ou d'obtenir une prise en charge thérapeutique de l'enfant, le praticien a dû recourir 7 fois à des professionnels médicaux ou paramédicaux, notamment en radiologie, en consultation spécialisée ou à un orthophoniste. La conduite thérapeutique prescrite est de type symptomatique dans 42.5 % des consultations, conseils ou prévention dans 32 % des cas et en dernier lieu curative dans 25.5 %.

III.2.4. Discussion

III.2.4.1. Biais et limites de ce type d'enquête

- **Biais lié à la période de recueil**

Le recueil des données de l'enquête a eu lieu durant 20 jours ouvrables au mois de Septembre 2001. La durée de recueil était très courte, notre enquête n'est donc bien entendu pas représentative d'une activité annuelle de médecine générale. Le but de cette enquête était d'effectuer un recensement de la population d'enfants de 0 à 20 ans rencontrée dans un cabinet de médecine générale d'après une expérience unique de stage chez le praticien afin d'illustrer ce travail. On ne peut se permettre d'extrapoler les données à un autre cabinet de médecine générale ou à la population générale.

Les pathologies rencontrées en médecine générale évoluent selon la période de l'année étudiée avec des pics épidémiques saisonniers. Le mois de Septembre correspond à la reprise de l'activité scolaire et sportive pour beaucoup d'enfants et d'adolescents. Nous pouvons donc nous attendre sur cette période à constater une sur-représentation des consultations pour certificats d'aptitude sportive ou pour mise à jour du calendrier vaccinal. En revanche, la pathologie infectieuse épidémique sera certainement moins représentée qu'en période hivernale. Nous devons tenir compte de ce biais pour l'interprétation de nos résultats.

- **Biais lié au mode de recueil des données**

La grille de recueil était complétée en temps réel soit par le praticien généraliste, soit par le stagiaire durant la consultation. Différentes erreurs de formulation des données ont pu être effectuées malgré notre vigilance et la double lecture des grilles en fin de consultation. Certains items sont dépendants de l'appréciation du prospecteur comme le motif de consultation par exemple. Le médecin doit en effet transcrire la ou les doléances de l'enfant et/ou de l'accompagnant pour cocher les différentes catégories pré-établies sur la grille de recueil. De même, le diagnostic final correspond à la libre formulation du médecin examinateur de l'enfant.

- **Biais de recrutement**

Il existe un biais de recrutement de la population qui compose notre échantillon de 137 patients. Le biais est tout d'abord lié au lieu géographique, l'enquête se déroulant dans une zone rurale dans un cabinet de médecine générale donné à 20 kilomètres du cabinet de

pédiatrie le plus proche. Il en découle une probable surestimation de l'activité pédiatrique dans ce cabinet de médecine générale, par rapport à un cabinet de ville.

De plus, le fait de réaliser le recueil au sein même de ce cabinet de médecine générale induit un biais dans l'estimation du nombre d'enfants suivis par un pédiatre : on recensera plus d'enfants suivis par un médecin généraliste dans un cabinet de médecine générale que dans un cabinet de pédiatrie, et vice-versa. Pour éviter ce biais, l'enquête aurait dû être réalisée dans un lieu neutre comme dans la rue.

Tous ces biais et limites devront être pris en considération lors de l'interprétation des résultats de notre travail.

III.2.4.2. Analyse des résultats

Les résultats apportés par notre enquête seront confrontés à ceux de l'enquête du CREDES en 1992 (30) et à ceux du réseau de la Société Française de Médecine Générale (31).

• Proportion de l'activité pédiatrique en médecine générale et variations hebdomadaires :

Nous avons recensé un effectif de 137 patients entre 0 et 20 ans durant les 20 jours de consultation de médecine générale où nous avons effectué le recueil des données. Au total, 859 patients ont été examinés. 16 % des actes concernaient donc des patients de moins de 20 ans et 12.6 % de moins de 15 ans. Le cabinet où nous avons effectué l'enquête se situe dans une maison médicale où exercent 3 médecins généralistes dont une femme jeune qui a une activité pédiatrique prépondérante, ce qui explique sans doute nos résultats.

On enregistre des variations hebdomadaires à l'activité pédiatrique : on constate en effet des pics de consultations d'enfants et d'adolescents le Mercredi et en fin de semaine ; 5 jours de consultation ont vu l'activité pédiatrique s'élever à plus de 20 % pour atteindre 40.7 % un samedi matin. Ces résultats ne sont pas surprenants, évoluant avec la fréquentation scolaire pour le mercredi et précédant le week-end. Les consultations de fin de semaine correspondent également à une période de repos professionnel pour les parents, ayant alors une plus grande disponibilité pour consulter avec leur enfant.

• Profil des enfants qui consultent :

La moyenne d'âge des enfants reçus en consultation est de 8 ans et 8 mois. La classe d'âge la plus représentée est celle des 2-10 ans (30.7 %), puis les 10-15 ans (27.7 %), les 15-20 ans (21.2 %) et enfin les moins de 2 ans (20.4 %). Nous avons donc reçu lors de notre enquête plus de nourrissons que la moyenne des généralistes français. Ces nourrissons sont le plus souvent très jeunes puisqu'il en est retrouvé une moyenne d'âge de 3 mois chez les moins de 9 mois et de 10 mois et demi chez les 9 mois-2 ans.

La répartition de notre population selon le sexe est plus en faveur des garçons avec un sexe ratio de 1.14.

• **Caractéristiques des familles et mode de recours au médecin généraliste :**

- Profil des familles, place dans la fratrie :

Les familles qui consultent au cours de notre enquête sont en majorité des familles nombreuses de 3 enfants ou plus (48.9 %) puis de 2 enfants (30.7 %) et enfin un minimum de famille avec un seul enfant (20.4 %). Cette tendance confirme notre hypothèse de départ qui est que les familles nombreuses consultent plus souvent un médecin généraliste que les autres. Toutefois, nous devons tenir compte du biais de recrutement, l'enquête étant effectuée en milieu rural où les familles nombreuses sont plus représentées qu'en zone urbaine.

Les familles consultent plus souvent pour le premier enfant (42.3 %) que pour le deuxième (33.6 %) ou les suivants (24.1 %). Cela infirme notre deuxième hypothèse préalable qui était que les familles consultent plus volontiers un praticien généraliste pour un enfant qui n'est pas l'aîné.

Au total, nous avons donc mis en évidence la prépondérance des familles nombreuses dans ce cabinet de médecine générale et que les familles consultent plus souvent pour un aîné que pour un benjamin ou un cadet.

- Activité de suivi du médecin généraliste :

Seuls 4.4 % des patients reçus en consultation sont de nouveaux patients, ce qui est beaucoup moins que lors de l'enquête du CREDES (10 %). La patientèle de ce médecin généraliste est donc plus fidèle que la moyenne générale. Ce comportement peut là aussi s'expliquer par l'exercice en zone rurale qui limite le nomadisme médical.

- Pourcentage d'enfants suivis par un pédiatre :

Très peu d'enfants de notre échantillon sont suivis par un pédiatre (5.8 %). Le lieu géographique permet à lui seul d'expliquer cette sous-représentation du suivi par le pédiatre quand on se remémore que le cabinet de pédiatrie libérale le plus proche de notre lieu d'enquête est à 20 kilomètres... Les chiffres obtenus auraient sans nul doute été plus en faveur des pédiatres si un cabinet de pédiatrie se trouvait plus proche.

- Qui accompagne l'enfant à sa consultation ?

Ce sont les parents qui amènent le plus souvent l'enfant en consultation (83.9 %). On relèvera que 14.6 % de l'effectif vient consulter seul, ce qui correspond pour la majeure partie à nos 21.2 % de 15-20 ans. Nous avons noté cependant que quelques enfants de moins de 15 ans se présentaient seuls à la consultation, munis de la carte vitale familiale (ce praticien pratiquant le tiers-payant dans le cadre du contrat médecin-référent). Dans cette petite commune de moins de 3000 habitants, les parents laissent confiants les enfants circuler librement. Enfin, nous avons noté qu'un enfant s'est présenté avec sa nourrice et un avec un ami.

Le troisième acteur de la triade qui caractérise la consultation d'enfant se trouve donc le plus souvent être le parent mais parfois le médecin se trouve face à un enfant qui consulte seul. Cette situation peut être quelque peu déconcertante si l'enfant est jeune au moment des conseils de prévention ou de thérapeutique où le médecin s'adresse habituellement de préférence à l'adulte. Il a donc parfois été utile de formuler ces conseils par écrit sur une ordonnance que l'enfant devait remettre à ses parents ou par téléphone.

- Mode de recours au médecin généraliste :

96 % des consultations sont réalisées au cabinet, 73 % sans rendez-vous. Les visites à domicile sont beaucoup moins fréquentes dans notre enquête (4 %) que pour le CREDES qui retrouve 34 % de visites à domicile chez les nourrissons et 30 % chez les 2-15 ans. Ce taux particulièrement faible de visites à domicile s'explique par le mode de fonctionnement du cabinet où exerce le praticien. Dans cette maison médicale où on trouve 3 cabinets de médecine générale, les plages horaires de chaque médecin sont étudiées pour qu'il y ait toujours présent au cabinet un médecin qui consulte sans rendez-vous. Ce mode de fonctionnement paraît efficace pour limiter le nombre de visites à domicile. De plus, la commune étant de petite taille, les déplacements paraissent sans doute plus facile pour les parents avec un enfant malade et ce d'autant plus qu'ils ont l'assurance de trouver à toute heure ouvrable un médecin à la maison médicale. Les chiffres de notre enquête confirment cette hypothèse puisque 73 % des consultations chez les 0-20 ans ont lieu sans rendez-vous. La consultation a lieu le plus souvent devant une urgence ressentie par les parents le jour même.

• Le carnet de santé : un outil de suivi de l'enfant ?

Le médecin généraliste a une obligation légale de tenir pour chacun de ses patients un dossier médical qui comporte une fiche signalétique, les antécédents personnels et familiaux, les données d'alarme comme les allergies, les gestes de prévention et de dépistage, les examens complémentaires et la correspondance ainsi qu'un journal de bord (9). Ce dossier a pour but de faciliter le travail du médecin, de faciliter la cohérence des soins et d'être un outil de recherche et de communication. Le carnet de santé de l'enfant apparaît comme un outil pouvant être le dossier médical de l'enfant avec l'avantage qu'il suit l'enfant lors de ses différents recours aux soins et permet donc aisément à un médecin qui ne connaît pas cet enfant de prendre connaissance rapidement des antécédents de ce dernier.

Il nous a donc semblé intéressant lors de ce travail d'évaluer si le carnet de santé était régulièrement présenté lors de la consultation et si celui-ci était à jour.

Les résultats obtenus sont très satisfaisants puisque le carnet de santé est présenté à 50.4 % des consultations chez les 0-20 ans et il est à jour dans 97.1 % des cas. Ces chiffres sont d'autant plus élevés que l'enfant est petit : en effet, les enfants de moins de 2 ans sont munis de leur carnet dans 71.4 % des cas et il est à jour à chaque fois qu'il est présenté. Chez les 2-10 ans, il est présenté dans 64.3 % des consultations et toujours à jour. Le taux de présentation diminue après 10 ans puisqu'il n'est que de 50 % chez les 10-15 ans et de 10.3 % chez les 15-20 ans.

Le carnet de santé est donc un bon outil de suivi de l'enfant avant 10 ans mais ne l'est pas chez l'adolescent. Ce document est utilisé durant la période de suivi du développement staturopondéral et psychomoteur qui coïncide avec la période des examens obligatoires pour être abandonné par la suite. Nous en concluons que cet outil de suivi est fiable avant 10 ans mais ne peut se substituer à un dossier médical réalisé par le médecin qui sera une référence pour l'avenir. Les taux particulièrement élevés de carnets de santé à jour sont corrélés au fait que notre population est suivie par ce médecin dans 95.6 % des cas.

• Déroulement de la consultation d'enfant en médecine générale :

La consultation d'enfants et de nourrissons est singulière aussi bien sur le plan des motifs de recours aux soins que dans le suivi, la prévention, la dépendance à l'adulte et les conseils éducationnels. Dans la plupart des cas, le nourrisson ou l'enfant se présente à la

consultation accompagné d'un adulte, souvent un parent, dont il dépend physiquement et psychologiquement. « La dépendance physique à l'adulte se retrouve quotidiennement dans les gestes élémentaires de nutrition et d'hygiène, et la dépendance psychique s'exprime dans une relation verbale et non verbale singulière. » (9) L'examen clinique de l'enfant nécessite de la patience et de bonnes conditions matérielles, l'enfant appréciera de trouver en salle d'attente un espace de jeux qui lui est réservé. De même au sein du cabinet, il est souhaitable de privilégier un coin pour l'examen des nourrissons avec un éclairage adapté, une température ambiante propice au déshabillage, un décor chaleureux. Le matériel requis se compose d'un plan à langer, d'une toise, d'un mètre de couturière et d'une balance adaptée pour l'examen somatique des nourrissons. Un temps de mise en confiance paraît souhaitable, celui-ci pouvant se faire en parallèle de l'entretien avec l'accompagnant en début de consultation.

La consultation des plus grands, adolescents, revêt également quelques spécificités. L'adolescence est le moment des bouleversements physiques et psychologiques. Les problèmes de santé se compliquent de difficultés relationnelles et sociales inhérentes à cet âge de la vie. La consultation doit être un lieu de médiation et de parole. Les adolescents consultent moins souvent le médecin que le reste de la population mais quand ils consultent, ils ont recours dans 78 % des cas au médecin généraliste (9). On voit émerger à partir de cette période de la vie des motifs de recours aux soins bien différents de ceux des nourrissons et des enfants tels que la contraception, la sexualité, le tabac, l'acné ou des préoccupations corporelles ou psychologiques.

Nous avons étudié les différents temps qui composent la consultation de médecine générale.

- Motifs de consultation :

On ne recense que 8 consultations sur 137 avec un motif double, ce qui porte le nombre moyen de motif par séance à 1.07.

Les motifs de consultation sont dominés par les problèmes ORL qui représentent 41.4 %. Cette tendance était déjà vérifiée par le CREDES : 40 motifs de recours sur 100 séances chez l'enfant sont des motifs ORL. Lors de notre enquête, on retrouve en deuxième position les recours pour le suivi ou la vaccination (13.1 %) puis l'orthopédie-traumatologie (9.7 %). Quelques distinctions dans cette répartition sont à faire selon les classes d'âge.

Les nourrissons (0-9 mois) consultent en premier lieu pour le suivi et les vaccinations (36.3 %) puis pour des problèmes pneumologiques (18.2 %) et des doléances abdominales (18.2 %). Les problèmes ORL n'arrivent qu'en troisième position.

Les nourrissons plus grands de 9 mois à 2 ans montrent une tendance différente avec une prédominance des pathologies ORL (64.4 %) puis le suivi et les vaccinations (26.3 %).

Les 2-10 ans détiennent le record des consultations pour les motifs ORL avec 64.4 %. On note ensuite des consultations encore fréquentes pour le suivi et la vaccination au même niveau que la pneumologie.

Les 10-15 ans et les 15-20 ans consultent également en premier lieu pour des motifs ORL mais en moindre proportion que chez les enfants. Une large part des motifs est représentée par l'orthopédie-traumatologie et la demande de certificats chez les adolescents les plus jeunes et par des motifs divers comme la contraception ou l'urologie chez les 15-20 ans.

Quelques soient les classes d'âge considérées, les motifs dermatologiques et psychologiques sont peu fréquents.

Ces résultats suivent la même tendance que lors de l'enquête réalisée par le CREDES qui note également la prépondérance des motifs de prévention et administratifs chez les moins de 2 ans (39.3 %) à égalité avec l'ORL ; les 2-15 ans consultant pour une large majorité (41.1 %) en

raison de problèmes ORL. Cette répartition des motifs de recours est toujours la même dans l'enquête d'Elisabeth GRIOT pour la SFMG. Bien que 9 ans séparent notre enquête de celle du CREDES et 7 ans de celle de la SFMG, les nourrissons et les enfants consultent toujours leur médecin généraliste principalement pour deux motifs : l'ORL et le suivi ou la vaccination. Ainsi, notre enquête n'étant pas représentative permet tout de même de mettre en évidence les grandes tendances du recours aux soins chez les enfants et les nourrissons et la pathologie rencontrée dans ce cabinet de médecine générale semble assez diversifiée et plutôt à l'image de celle recensée lors d'enquêtes statistiques.

- Mesure du poids et de la taille :

La mesure de ces deux paramètres poids et taille lors de la consultation en médecine générale a plusieurs finalités : le suivi du développement staturopondéral durant la période de croissance somatique, l'adaptation des posologies médicamenteuses chez le nourrisson et l'enfant mais aussi l'évaluation d'une déshydratation par la perte de poids ou des répercussions d'une pathologie sur l'état général de l'enfant. Le suivi des courbes de poids et de taille permet aussi de mettre en évidence une inflexion liée à une pathologie chronique, génétique ou psychologique entraînant des troubles métaboliques, de croissance ou du comportement alimentaire. Il est primordial durant cette période de la vie marquée par le développement staturopondéral, la maturation des systèmes nerveux, la puberté d'être particulièrement attentif à toute anomalie de ces paramètres que ce soit en valeur absolue ou dans leur cinétique.

Les résultats relevés lors de notre enquête sont très satisfaisants chez les nourrissons puisque chez les moins de 9 mois, la mesure de ces deux paramètres est effectuée de façon systématique. Entre 9 mois et 2 ans, la mesure du poids reste assez importante (89 %) alors que celle de la taille commence à se ralentir (64 %). Chez les enfants de 2 à 10 ans, cette tendance se confirme avec une mesure du poids dans 85.7 % des cas et de la taille dans moins d'une consultation sur 2. Enfin, chez les plus âgés entre 10 et 15 ans, la mesure de ces paramètres est beaucoup plus épisodique : le poids est relevé lors de 65.8 % des consultations et la taille dans 36.8 % des cas. Les 15-20 ans ne sont pesés qu'une fois sur 3 et mesurés qu'une fois sur 4.

Les examens médicaux recommandés lors de la petite enfance ont été fixés réglementairement à 20 par le décret du 2 Mars 1973. La répartition prévue est de un par mois au cours de la première année, un tous les trois mois la deuxième année et un tous les six mois jusqu'à six ans. Parmi eux, trois examens donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé au huitième jour, au cours du neuvième mois et au cours du vingt-quatrième mois. Ces dispositions légales expliquent sans doute les chiffres de mesure de poids et de taille systématique chez les petits nourrissons. Jusqu'à l'âge de 10 ans, la mesure du poids est effectuée chez la plupart des enfants rencontrés alors que celle de la taille n'est déjà plus que d'une fois sur 3 entre 2 et 10 ans. Enfin, chez les adolescents, le relevé de ces paramètres est loin d'être systématique et ce d'autant plus que l'âge avance. Ces résultats s'expliquent sans doute par les motifs de consultation qui diffèrent au sein des classes d'âge, les adolescents consultant plus souvent pour des problèmes d'orthopédie-traumatologie ou la rédaction de certificat. Toutefois, il apparaît souhaitable quel que soit le motif de recours aux soins que les courbes de poids et de taille soient établies régulièrement notamment chez les moins de 2 ans et chez les adolescents qui sont en période de croissance somatique, de développement pubertaire et qui font aussi partie de la population exposée aux troubles du comportement alimentaire. Il est nécessaire d'interpréter ces chiffres avec pondération étant donné que notre enquête ne s'étalait que sur une durée de 20 jours et que 96 % de la population étudiée était

connue du praticien ; la mesure de ces paramètres a donc pu être effectuée lors d'une consultation précédant ou suivant la période de recueil des données.

- Résultat de consultation :

Le résultat de consultation est établi par le médecin à l'issue de la consultation et inscrit dans un cadre blanc sur la grille de recueil des données.

42 résultats différents ont été relevés chez les 137 patients. Dans l'enquête réalisée par le réseau de la SFMG, 31 résultats de consultation couvrent 80 % des consultations chez les patients âgés de 0 à 15 ans.

Le résultat le plus fréquent dans notre population est la rhinopharyngite qui représente près du tiers des résultats de consultation, suivie par l'activité de suivi et/ou de vaccination (11.7 %) puis l'angine (8.9 %) et les certificats (6.2 %). On remarque donc la prépondérance des pathologies ORL et des consultations préventives ou administratives chez nos patients.

Chez les nourrissons entre 0 et 9 mois, les consultations de suivi ou pour vaccination arrivent en tête ; quatre consultations sur dix sont réalisées pour ce motif. On constate la spécificité de certaines affections qui ne sont retrouvés que dans cette classe d'âge et qui sont des pathologies liées à l'immaturation organique (régurgitations, vomissements) ou à des troubles psychologiques voire à une demande de conseils éducationnels (spasme du sanglot, troubles du sommeil). A une consultation correspond en général un seul résultat, une seule ayant donné lieu à deux résultats reliés par un lien de causalité (toux sèche et trouble du sommeil). Les nourrissons plus âgés entre 9 mois et 2 ans consultaient en premier lieu pour une rhinopharyngite dans plus de la moitié des cas ou pour le suivi ou la vaccination une fois sur cinq. Ces résultats s'approchent des résultats de consultation relevés par Elisabeth GRIOT qui retrouve une prédominance de la pathologie infectieuse chez les 0-2 ans (45.7 %) dont l'ORL dans 23 % des cas. En deuxième position figure l'activité de prévention avec 32.1 % des consultations totales.

Les enfants entre 2 et 10 ans consultent également en premier lieu pour une rhinopharyngite (44.4 %) puis pour une angine (15.5 %). Les diagnostics ORL représentent donc à eux seuls près des 2/3 des diagnostics finaux dans cette classe d'âge. Les résultats de consultation qui arrivent ensuite sont le suivi ou la vaccination et une demande de certificat. On ne s'étonnera pas de retrouver uniquement dans cette classe d'âge une consultation pour demande de prescription d'orthophonie dans cette période de scolarisation en école maternelle ou primaire. En revanche, d'autres résultats sans relation directe avec l'âge du patient ne sont également retrouvés que chez les 2-10 ans : la scarlatine, la suture de plaie et l'abus sexuel.

Le réseau de la SFMG recense de même une nette prédominance des motifs infectieux (52.9 %) surtout ORL (26.9 %) durant cette période de la vie. La prévention représente 14 % des résultats de consultation. Les plaies font également leur apparition à cet âge puisqu'elles sont estimées à 1.3 % des résultats de consultation.

Le classement des résultats de consultation chez les 10-15 ans est sensiblement le même que précédemment : rhinopharyngite puis suivi/vaccination et demande de certificat. Toutefois, l'ORL ne représente plus que 22 % des résultats de consultation suivie de près par les problèmes orthopédiques et traumatologiques (19.5 %) et l'activité préventive (14.6 %). De nombreuses affections ne sont recensées que dans cette classe d'âge : les pathologies liées à la croissance (gonalgie, scapulargie, douleur du gril costal, maladie d'Osgood-Schläter), les troubles du comportement (de nombreux diagnostics de psychose ou de névrose sont portés durant l'adolescence..), le tabagisme, l'eczéma et l'urticaire. Elisabeth GRIOT faisait état pour cette classe d'âge d'une prépondérance des consultations à but préventif (30 %) dont les

vaccinations (19.2 %) ainsi que de la pathologie infectieuse dont 13.4 % de diagnostics ORL. L'orthopédie-traumatologie était moins représentée que dans notre enquête avec 7.3 % mais une plus grande fréquence de ces problèmes était également repérée pour cette classe d'âge. Enfin, nous avons souhaité étudier le recours aux soins chez les adolescents plus âgés et les jeunes adultes entre 15 et 20 ans, qui ont été inclus dans la population adulte de 16 à 39 ans lors de l'enquête du CREDES et n'ont pas été étudiés Elisabeth GRIOT. Nous retrouvons dans cette classe d'âge les pathologies ORL parmi les premiers résultats de consultation : rhinopharyngite (20 %), angine (13.3 %). On constate l'apparition des pathologies gynécologiques (10 %) ou urologiques. Les diagnostics orthopédiques ou traumatologiques arrivent en troisième position avec 13.3 %. En revanche, l'activité de suivi ou de vaccination devient marginale durant cette période puisqu'elle ne représente plus que 3.33 % des résultats de consultation. Lors de l'enquête du CREDES, la population entre 16 et 39 ans consultait en premier lieu pour des pathologies ORL (16.7 %) puis pour des motifs administratifs ou de prévention (16.1 %). Les problèmes orthopédiques et traumatologiques représentaient 13.5 %. Enfin, les problèmes liés aux organes génito-urinaires étaient constatés dans 6.5 % des consultations.

Nous avons noté à l'issue de ce travail d'analyse des différents résultats de consultation une nette prédominance des pathologies ORL dans les consultations de médecine générale chez les patients entre la naissance et vingt ans, et parmi les diagnostics ORL surtout les rhinopharyngites et les angines. L'activité de prévention demeure très importante à tous les âges, elle est même le premier résultat de consultation chez les nourrissons. La pathologie orthopédique et traumatologique prend une importance plus grande en période de croissance à partir de 10 ans. Ces résultats de consultation sont bien corrélés avec les motifs initiaux correspondant à la demande de l'enfant ou de l'accompagnant en début de consultation. Il est important de souligner également que malgré la nette prédominance des rhinopharyngites et des visites systématiques lors des consultations, certaines affections plus rares ou plus spécifiques dans leur diagnostic ou leur prise en charge ont été rencontrées tels que le spasme du sanglot, les troubles du sommeil ou la primo-infection herpétique chez le nourrisson, la scarlatine, la prescription d'orthophonie ou l'abus sexuel chez l'enfant et aussi les pathologies de croissance, le tabagisme, les troubles du comportement ou la pathologie génito-urinaire chez les adolescents et les jeunes adultes.

• Recours nécessaires : relations avec les autres professionnels de santé

Nous constatons un taux de recours aux autres professionnels de santé très peu élevé au cours de cette enquête (5.1 %). Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat : la première est liée à la localisation géographique du cabinet en zone rurale et donc à une certaine distance du plateau technique ; si la commune dispose d'infirmières libérales, de kinésithérapeutes et même d'un orthophoniste et d'un podologue, le cabinet de radiologie le plus proche est à une quinzaine de kilomètres et les cabinets de spécialistes à une vingtaine voire plus. Ces circonstances modifient légèrement la prise en charge, conduisant parfois le médecin à différer le recours après l'échec d'un traitement d'épreuve si la pathologie le permet ! De plus, les résultats de consultation recensés peuvent aussi parfaitement justifier ce faible taux de recours : les diagnostics les plus fréquents ORL ou activité de prévention ne nécessitent que rarement l'accès à un recours paramédical ou médical.

Les recours auxquels le praticien a fait appel durant l'enquête sont la radiologie, la consultation médicale ou chirurgicale spécialisée et l'orthophonie. Il est intéressant de

constater qu'aucune prescription de biologie ou de kinésithérapie n'ont été effectuées, de même qu'aucune hospitalisation n'a été nécessaire. Les nourrissons de moins de 2 ans n'ont nécessité aucun recours, probablement en relation avec la prédominance de l'activité de suivi ou de vaccination à cet âge.

- **Type de prise en charge : une activité de prévention avant tout !**

Les consultations des 0-20 ans chez le praticien généraliste au cours de notre enquête ont donné lieu à une prise en charge de type symptomatique dans 42.5 % des cas. Les conseils et la prévention représentent près du tiers des conclusions de consultations. La thérapeutique curative n'arrive qu'en dernier lieu dans 25.5 % des consultations. Nous avons inclus dans les thérapeutiques curatives toutes les prescriptions à visée étiologiques tels les antibiotiques, les immobilisations de membres ou les sutures. Le recours aux soins primaires chez l'omnipraticien est donc avant tout justifié par des symptômes bénins ou la recherche de conseils ou des actions de prévention chez les 0-20 ans.

Les petits nourrissons se démarquent en bénéficiant d'une prise en charge à large majorité préventive dans 2/3 des cas. Ces résultats semblent bien corrélés aux résultats de consultation obtenus précédemment. Parallèlement à l'âge de l'enfant, la part de l'activité de prévention diminue pour laisser place à des thérapeutiques curatives plus fréquentes. En effet à partir de 10 ans, la thérapeutique curative arrive en deuxième position juste après les prescriptions symptomatiques.

III.2.4.3. Confrontation des résultats aux données du CREDES et de la SFMG

Les résultats de notre enquête d'activité vont être comparés à ceux obtenus lors de l'enquête analysée par le CREDES en 1992 (30) et lors de l'enquête du réseau de la Société Française de Médecine Générale en 1994 (31).

- **Proportion d'enfants dans la clientèle en médecine générale :**

Notre enquête d'activité retrouve une moindre proportion d'enfants de 0 à 15 ans (12.6 %) que lors de celle du CREDES (17.7 %) et de la SFMG (23.57 %). Parmi ces patients, notre enquête retrouve des pourcentages similaires pour les plus jeunes : les nourrissons de moins de 2 ans représentent 4.14 % de l'activité du médecin généraliste contre 4 % pour le CREDES. En revanche, les 2-15 ans sont sous-représentés dans notre enquête : 8.46 % contre 13.7 % pour le CREDES.

- **Profil de l'échantillon selon l'âge :**

La répartition des patients dans les différentes classes d'âge diffère lors de notre enquête de celle de la SFMG :

- les 0-2 ans sont sur-représentés : 25.9 % contre 17.2 % pour la SFMG.
- Les 2-10 ans sont sous-représentés : 39 % contre 52.8 % pour la SFMG.
- Les 10-15 ans sont en proportion quasiment semblables : 35.1 % et 30 % pour la SFMG.
- Les 15-20 ans n'ont pas été inclus dans l'enquête de la SFMG.

- **Sexe ratio** :

Le sexe ratio de nos patients est de 1.14. Il s'approche plus de celui du CREDES (1.07) que de celui de la SFMG (1.03).

- **Proportion de nouveaux patients** :

Nous retrouvons lors de notre étude une proportion de 4.4 % de nouveaux patients, alors que le CREDES relate un chiffre de 10 %, toutes classes d'âge confondues. Cette discordance provient sans doute de notre biais de recrutement lié à la zone géographique (enquête menée dans un seul cabinet de médecine générale en zone rurale).

- **Proportion d'enfants suivis par un pédiatre** :

Le CREDES faisait état de 7.3 % de 0-2 ans et de 13.8 % de 2-15 ans suivis par un spécialiste. On peut penser que le spécialiste dans ces classes d'âge est surtout représenté par le pédiatre. Notre travail mettait en évidence une moindre proportion puisque 5.8 % des patients entre 0 et 20 ans étaient suivis par un pédiatre. Ici encore intervient la zone géographique où s'est déroulée notre enquête : le cabinet de pédiatrie le plus proche se trouve à 20 kilomètres !

- **Proportion de visites à domicile** :

Les visites à domicile représentent moins de 4 % des modes de recours aux soins lors de notre enquête. Le CREDES retrouvait un taux de 32 % chez les 0-15 ans. Cette moindre importance s'explique par le fonctionnement du cabinet associatif dans lequel exerce le praticien, un des associés assurant toujours une permanence à la maison médicale pour les urgences.

- **Nombre moyen de motifs par séance** :

En moyenne, le nombre de motifs par séance était moins élevé dans notre étude (1.07) que dans celle du CREDES (1.19) et de la SFMG (1.23).

- **Motifs de recours aux soins** :

Nous avons confronté nos résultats pour les patients de 0 à 2 ans puis de 2 à 15 ans avec les données apportées par le CREDES.

Chez les nourrissons, nous retrouvons des proportions presque identiques concernant l'ORL (36.7 % contre 30 %) et l'activité de prévention représentée par le suivi et les vaccinations (30 % contre 39.3 %). Les pathologies respiratoires et dermatologiques sont moins importantes dans notre enquête alors que les doléances abdominales sont plus fréquentes. Dans les deux études, on ne recense aucun motif orthopédique et traumatologique dans cette classe d'âge.

Chez les 2-15 ans, les proportions de pathologies ORL sont également similaires (44.7 % contre 41.1 %), de même que la prévention (10.6 % et 12.9 %). On constate une moindre importance des affections respiratoires, digestives ou dermatologiques par rapport aux données du CREDES.

- **Résultats de consultation** :

Nous avons ensuite comparé nos « résultats de consultation » à ceux recensés par le réseau de la SFMG en 1994.

Les nourrissons de moins de 2 ans consultent de façon identique pour le suivi ou les vaccinations dans les deux enquêtes (34.5 % contre 32.1 %) ainsi que pour les affections dermatologiques (3.45 % et 3.8 %). Les pathologies ORL sont plus fréquentes dans notre étude (37.9 % contre 23 %), de même que les affections respiratoires (6.9 % et 4.2 %) et de la sphère digestive (6.9 % et 4.8 %).

Les enfants entre 2 et 10 ans obtiennent des résultats de consultation similaires pour toutes les catégories : l'ORL représente la majorité des résultats dans les deux enquêtes (62.2 et 67 %) ; l'activité de prévention arrive ensuite avec respectivement 14.6 % et 14 % ; enfin, les proportions sont approchantes pour les autres affections respiratoires (8.9 et 7.7 %), digestives (4.5 et 5.7 %) et dermatologiques (2.2 et 3.5 %).

Chez les adolescents de 10 à 15 ans, les pathologies ORL sont surestimées dans notre travail (22 % et 13.4 %) aux dépens de l'activité de prévention (14.6 % contre 31.5 %). L'orthopédie-traumatologie est aussi plus importante dans notre enquête (19.5 % contre 7.3 %), de même que la dermatologie et les affections digestives.

	Données du CREDES (1992) N = 12130 (0-15 ans)	Données de la SFMG (1994) N = 12969 (0-15 ans)	Enquête chez le praticien (Sept. 2001) N = 137 (0-20 ans)
Proportion d'enfants en médecine générale (%)			
- 0-2 ans	4		4.14
- 2-15 ans	13.7		8.46
- total 0-15 ans	17.7	23.57	12.6
- 0-20 ans			16
Profil des enfants selon l'âge (%)			
- 0-2 ans		17.2	25.9
- 2-10 ans		52.8	39
- 10-15 ans		30	35.1
Sexe ratio garçons /filles	1.07	1.03	1.14
Proportion de nouveaux patients(%)	10		4.4
Proportion de patients suivis par un pédiatre(%)	10.5 (0-15 ans)		5.8 (0-20 ans)
Proportion de visites à domicile (%)	32		4
Nombre moyen de motifs par séance	1.19	1.23	1.07
MOTIFS DE RECOURS			
Chez les 0-2 ans (%)			
- ORL	39.3		36.7
- Prévention	39.3		30
- Respiratoire	9.2		6.7
- Digestif	8.2		10
- Peau	7.5		3.3
Chez les 2-15 ans (%)			
- ORL	41.1		44.7
- Prévention	12.9		10.6
- Respiratoire	11.4		5.9
- Digestif	8.5		7
- Peau	5.1		4.7
RESULTATS DE CONSULTATION			
Chez les 0-2ans (%)			
- ORL		23	37.9
- Prévention		32.1	34.5
- Respiratoire		4.2	6.9
- Digestif		4.8	6.9
- Peau		3.8	3.45
Chez les 2-10 ans (%)			
- ORL		26.7	62.2
- Prévention		14	14.6
- Respiratoire		7.7	8.9
- Digestif		5.7	4.5
- Peau		3.5	2.2
Chez les 10-15 ans (%)			
- ORL		13.4	22
- Prévention		31.5	14.6
- Respiratoire		4.7	4.9
- Digestif		3.1	9.7
- Peau		3.9	7.3
- Orthopédie-Traumatologie		7.3	19.5

III.3. ENQUETE D'ACTIVITE AU POSU DE L'HOPITAL D'ENFANTS DU CHU DE NANCY

III.3.1. Présentation de l'enquête. Objectifs.

L'enquête d'activité en service hospitalier pédiatrique a été menée sur 20 jours ouvrables de 8h30 à 18h30 durant le mois de Mars 2003. Le recueil des données s'est déroulé du 4 au 29 Mars 2003 lors des consultations d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 20 ans au sein du Pôle d'Orientation et de Soins d'Urgence à l'hôpital d'enfants du CHU de Brabois à Nancy. La période choisie se trouvait volontairement en dehors des saisons hivernale et estivale afin de limiter les biais de recrutement et de pouvoir confronter les résultats de cette enquête avec celle réalisée en cabinet de médecine générale. De même que lors de l'enquête précédente chez le praticien, une grille de recueil équivalente était complétée pendant ou à l'issue de la consultation par le médecin ou l'interne qui examinait le patient. L'enquête a permis de recueillir des informations sur la population de patients rencontrés, leurs motifs de consultation, l'utilisation du carnet de santé au sein d'un service d'urgences pédiatriques et le déroulement de la consultation. Ces différents items nous permettront de faire le bilan de la population rencontrée dans ce service et de la formation reçue par un résident au cours de ce stage. Il sera dans un deuxième temps intéressant de confronter les données avec celles de l'enquête précédente afin de déterminer si ces deux lieux de stage pratique apportent aux internes de médecine générale une formation diversifiée, redondante ou complémentaire.

Les objectifs de ce travail ont été déterminés parallèlement à ceux de l'enquête chez le médecin généraliste afin d'analyser les mêmes items et de confronter les données obtenues :

- Déterminer le **profil de la population d'enfants** qui a consulté au POSU pédiatrique sur la période étudiée selon les classes d'âge 0 à 9 mois, 9 mois-2 ans, 2-10 ans, 10-15 ans et 15-20 ans et selon le sexe.
- Etudier **les caractéristiques des familles** qui ont recours aux Urgences de l'hôpital d'enfants de Brabois : *nombre d'enfants par famille, place dans la fratrie de l'enfant qui consulte, suivi ou non par un pédiatre, accompagnant de l'enfant, mode de recours*. Il sera intéressant de relever la proportion d'enfants qui sont adressés par un médecin libéral pour se présenter aux urgences et quel médecin est consulté préférentiellement dans le cadre de l'urgence.
- Quantifier parmi les enfants admis lesquels justifiaient d'une *urgence vitale*, d'une *prise en charge hospitalière* ou d'une *consultation*.
- **Recenser les différents motifs de consultation** au POSU pédiatrique selon la classe d'âge... , le confronter au **résultat de consultation** établi par le médecin à l'issue de la prise en charge.
- Analyser le **contenu de la consultation** : place du *carnet de santé, mesure du poids, recours nécessaires, type de prise en charge* (symptomatique, curative ou conseil-prévention), *résultat de consultation* établi ou suspecté par le médecin à la fin de la prise en charge.

- Les conclusions de ce travail nous permettront de faire le bilan des pathologies rencontrées et de là, de se représenter quel type de formation peut être dispensée à un étudiant de troisième cycle de médecine générale au cours d'un stage hospitalier en service d'urgences pédiatriques. Quelles sont les apports de formation complémentaires à ceux du stage chez le praticien pour assurer des compétences adaptées à la médecine de l'enfant à un futur médecin généraliste ?

III.3.2. Matériel et méthodologie, déroulement de l'enquête.

L'enquête d'activité en service hospitalier a été menée du 4 au 29 Mars 2002 durant 20 jours selon les mêmes plages horaires que lors de l'enquête chez le praticien, soit 5 jours par semaine de 8h30 à 18h30. La période de recueil des données a également volontairement été choisie en dehors des périodes épidémiques hivernales et de la période de vacances estivales pour limiter les biais de recrutement liés aux variations saisonnières des pathologies et donc de l'activité. Nous avons considéré que la période printanière était la plus proche de la période automnale analysée chez le praticien.

III.3.2.1. Présentation du lieu de l'enquête

Le recueil des données pour cette enquête s'est effectué au cours de mon stage hospitalier universitaire au sein du service des urgences de l'hôpital d'enfants de Vandoeuvre-Les Nancy faisant partie du CHU de Nancy. Ce service est dénommé Pôle d'Orientation et de Soins d'Urgences pédiatrique.

La commune de Nancy en Meurthe-et-Moselle compte 103 605 habitants au dernier recensement par l'INSEE en 1999. Le taux de natalité est de 15.13 pour mille, nettement au-dessus des chiffres nationaux de 12.76 pour mille. La proportion des jeunes de 0 à 19 ans est de 21.9 % alors qu'elle est de 24.6 % en France ; en revanche, on dénombre 43.4 % de 20-39 ans alors que la moyenne nationale est de 28.1 %. Nancy est une ville à population jeune et surtout de jeunes actifs qui sont des parents potentiels, c'est pourquoi le taux de natalité supérieur de 2.5 pour mille au chiffre national. A Vandoeuvre-Les-Nancy, commune adjacente de 32 048 habitants en 1999, ce phénomène est encore plus marqué puisque le taux de natalité est de 16.5 pour mille. La population étudiée pendant cette enquête d'activité au CHU de Brabois à Vandoeuvre-Les-Nancy est donc une population plus jeune que la population française en général. Sur le plan médical, en Meurthe-et-Moselle, on dénombre 60 pédiatres libéraux contre 13 seulement dans les Vosges et 871 médecins généralistes contre 401 (données du 1/01/00 source DRASS ADELI). Au sein de la commune de Nancy, on recense 8 pédiatres et 128 médecins généralistes ; à Vandoeuvre, on dénombre 4 pédiatres et 27 médecins généralistes. Il existe une différence géographique très nette entre les deux enquêtes avec une accessibilité au pédiatre libéral bien supérieure pour la population de Nancy et des environs par rapport à celle de l'enquête précédente à Senones.

Le service d'urgences pédiatriques de l'hôpital d'enfants de Brabois est un POSU (Pôle d'Orientation et de Soins d'Urgences) dont le chef de service est Monsieur le Professeur SCHMITT. Le service s'organise en deux unités de soins, l'unité chirurgicale est sous la responsabilité du Professeur SCHMITT et l'unité médicale sous celle du Professeur MONIN. Cette dichotomie n'est qu'administrative, les locaux étant communs aux deux activités. Trois praticiens y exercent à temps partiel : un praticien généraliste, un praticien pédiatre et un chirurgien infantile. Durant la période où a été menée l'enquête, on recensait deux postes attribués à des internes de médecine générale, l'un médical et l'autre chirurgical. Ce POSU réalise 25000 entrées par an (enquête interne effectuée en 2000). Parmi ces entrées, on

dénombrer 2 % d'urgences vitales, 30 % d'urgences vraies ou ressenties, 30 % d'activité de dispensaire et 38 % de consultations pour des motifs non urgents. 75 % de l'activité est chirurgicale contre 25 % médicale. 50 % de l'activité du service est générée par la pathologie accidentelle. Le taux d'hospitalisation est de 30 %.

Les chiffres relevés pour l'activité du mois de Mars 2002 au POSU pédiatrique sont les suivants : 2357 patients ont été reçus, 70.8 % pour des motifs chirurgicaux et 29.2 % pour des pathologies médicales. En moyenne, 76 patients étaient pris en charge chaque jour. Les taux d'hospitalisation durant cette période étaient de 37.1 % pour les pathologies médicales et de 22.8 % pour la chirurgie.

III.3.2.2. Population incluse

La population de notre échantillon se compose de tous les enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans au moment de la consultation. Etaient exclus les patients âgés de plus de 20 ans le jour de la prise en charge. Nous avons également déterminé des catégories d'âge : 0-9 mois, 9 mois-2 ans, 2-10 ans, 10-15 ans, 15-20 ans. Dans chaque classe d'âge, nous avons inclus tous les patients dont l'âge était supérieur ou égal à la limite inférieure de notre classe d'âge. Les patients dont l'âge était égal à la limite supérieure de la catégorie étaient inclus dans la catégorie supérieure.

III.3.2.3. Mode de recueil des données

La grille de recueil utilisée pour cette enquête est sensiblement similaire à celle utilisée chez le praticien généraliste. Elle est complétée en temps réel au cours ou à l'issue de la prise en charge par le praticien ou l'interne qui prend en charge l'enfant. Cette grille est organisée en 8 grandes parties :

- **PRESENTATION** : on relève l'âge et le sexe du patient afin de pouvoir ensuite déterminer les différentes catégories d'âge et de calculer le sexe ratio des patients. Nous étudions également la structure de la famille à laquelle appartient le patient par l'item *place dans la fratrie* qui permet par un recueil sous la forme 1/3 ou 2/2 ... d'analyser le nombre total d'enfants qui composent la fratrie et la place de l'enfant examiné dans cette fratrie. Il est mentionné ensuite si l'enfant est *suivi par un pédiatre ou non* et quel est *l'accompagnant de l'enfant* ou de l'adolescent au service des urgences. Enfin, nous relevons si l'enfant est adressé par un médecin au service d'urgences ou non, et si ce médecin qui adresse l'enfant est un pédiatre ou un généraliste. Cet item a pour finalité l'évaluation du type de recours au POSU entre recours primaire ou secondaire.
- **DEGRE D'URGENCE** : 3 catégories ont été définies parmi *urgence vitale* pour les situations où le patient nécessite des soins spécifiques techniques immédiats, tout retard de prise en charge mettant en jeu le pronostic vital ; *nécessité d'une prise en charge hospitalière* pour les situations où le pronostic vital n'est pas engagé de façon imminente mais où la prise en charge ne peut se faire qu'en milieu hospitalier étant donné la spécificité de la pathologie ou l'importance des recours paramédicaux ou médicaux nécessaires ; l'item *consultation* reflète une pathologie pouvant être prise en charge par un médecin libéral en milieu ambulatoire...

- **MOTIF DE CONSULTATION** : on note dans cette partie la ou les doléances de la famille ou de l'enfant qui se présente aux urgences avant le début de la consultation en les classant au sein de l'une ou de plusieurs des catégories pré-établies parmi *pleurs, GEA, douleur abdominale, orthopédie-traumatologie, pneumologie, dermatologie, psychologie* ou *autre, précisez*.
- **MESURE DU POIDS** : nous avons étudié si la mesure du poids était ou non systématique lors de la prise en charge d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un adolescent au POSU pédiatrique.
- **CARNET DE SANTE** : de même que lors de l'enquête précédente chez le praticien généraliste, nous avons relevé si le carnet de santé était apporté lors d'un recours au service d'urgences pédiatriques et quand il était présenté si celui-ci était à jour. Le carnet de santé est-il utilisé de la même manière lors d'une consultation chez le médecin généraliste que lors de la fréquentation d'un service d'urgences ?
- **RECOURS** : on spécifiait dans cet item si le recours diagnostique ou thérapeutique éventuel était biologique, radiologique, hospitalisation, consultation spécialisée, kinésithérapie, orthophonie ou autre. On incluait à la fois les recours sollicités immédiatement sur le plateau hospitalier et les recours prescrits en ville ou à l'hôpital de manière secondaire.
- **RESULTAT DE CONSULTATION** : cet item correspond aux conclusions du médecin à l'issue de la prise en charge du patient au service d'urgences. La formulation était laissée à l'initiative du praticien qui recueillait les données de la grille. De même que lors de l'enquête précédente, ce résultat de consultation sera confronté au motif initial !
- **TYPE DE PRISE EN CHARGE** : la prise en charge du patient à l'issue de l'examen clinique et des recours éventuels pouvait être de nature *curative* et/ou *symptomatique* et/ou *conseil-prévention*.

Les données ainsi recueillies ont été dans un second temps transférées sur un fichier informatique à l'aide du logiciel EXCEL et analysées au sein de tableaux présentés en annexe. Les résultats obtenus sont présentés dans la partie suivante sous forme de graphiques.

De même que l'enquête réalisée chez le praticien, cette enquête n'est pas représentative et n'a pas une finalité statistique mais illustrative d'un stage en service hospitalier d'urgences pédiatriques.

Il s'agit par ce travail de comparer les pathologies rencontrées en médecine générale et en milieu hospitalier pédiatrique au cours de stages d'interne en médecine générale, d'après une expérience personnelle. Une comparaison de la population rencontrée au POSU pédiatrique et chez le médecin généraliste pourra également être établie. Enfin et surtout, il s'agit de faire le bilan de la formation pratique apportée sur ces deux lieux de stage. La formation pratique chez le praticien et en milieu hospitalier pédiatrique est-elle complémentaire ou redondante pour la médecine de l'enfant, à l'heure où les réformes du résidanat déterminent pour chaque résident un stage obligatoire d'un semestre chez le praticien généraliste et au sein d'un service hospitalier de pédiatrie ou de gynécologie-obstétrique ?

III.3.3. Résultats de l'enquête

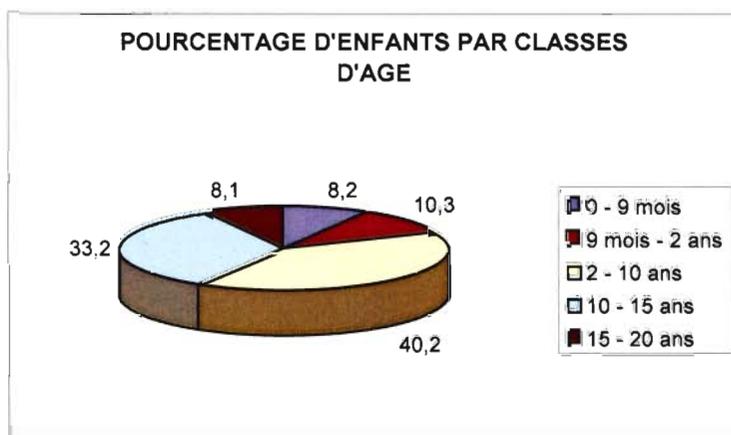
L'effectif total d'enfants de 0 à 20 ans pris en charge au POSU pédiatrique de l'hôpital d'enfants de Brabois était de 785 patients sur la période de recueil du 4 au 29 Mars 2002. Sur ces 785 grilles de recueil, 81 se sont avérées inexploitablees en raison du manque d'une ou plusieurs informations.

III.3.3.1. Profil des enfants qui consultent

- Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge :

La moyenne d'âge des enfants qui ont consulté au POSU pédiatrique durant cette période est de 7 ans et 6 mois. Nous avons réparti les différents patients dans chaque classe d'âge définie préalablement :

- **0 à 9 mois** : la moyenne d'âge dans cette catégorie est de 4 mois,
- **9 mois à 2 ans** : la moyenne d'âge dans cette catégorie est de 9 mois et demi,
- **2 ans à 10 ans** : la moyenne d'âge dans cette catégorie est de 5 ans et 2 mois,
- **10 ans à 15 ans** : la moyenne d'âge dans cette catégorie est de 12 ans,
- **15 ans à 20 ans** : la moyenne d'âge dans cette catégorie est de 15 ans et 6 mois.



Parmi les 704 patients qui constituent notre échantillon, la majorité est représentée par la classe d'âge de 2 à 10 ans qui compose 40.2 % de l'effectif total. On retrouve ensuite les patients âgés de 10 à 15 ans avec 33.2 % puis les 9 mois-2 ans qui représentent 10.3 % de notre échantillon. Les moins nombreux sont les âges limites, soit les petits nourrissons entre 0 et 9 mois (8.2 %) et les grands adolescents entre 15 et 20 ans (8.1 %).

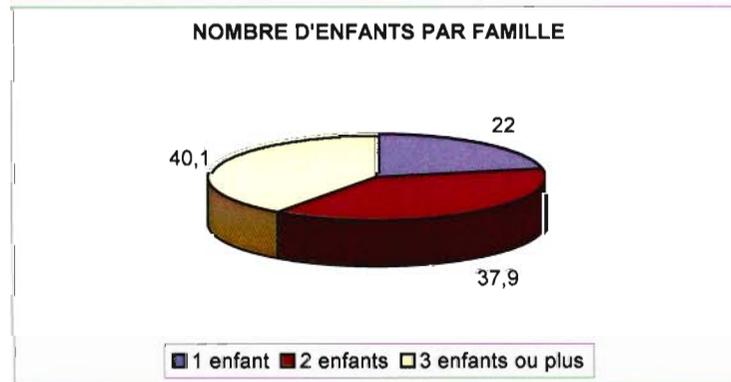
- Répartition en fonction du sexe :

Le sexe ratio garçons/filles est de 1.15 et traduit une légère prédominance de garçons. Toutes les classes d'âge présentent un sexe ratio favorable aux garçons : 1.21 chez les 2-10 ans, 1.2 chez les 10-15 ans et 1.19 chez les 15-20 ans. Seule la classe d'âge des 0-2 ans présente une prédominance de filles avec un sexe ratio de 0.94.

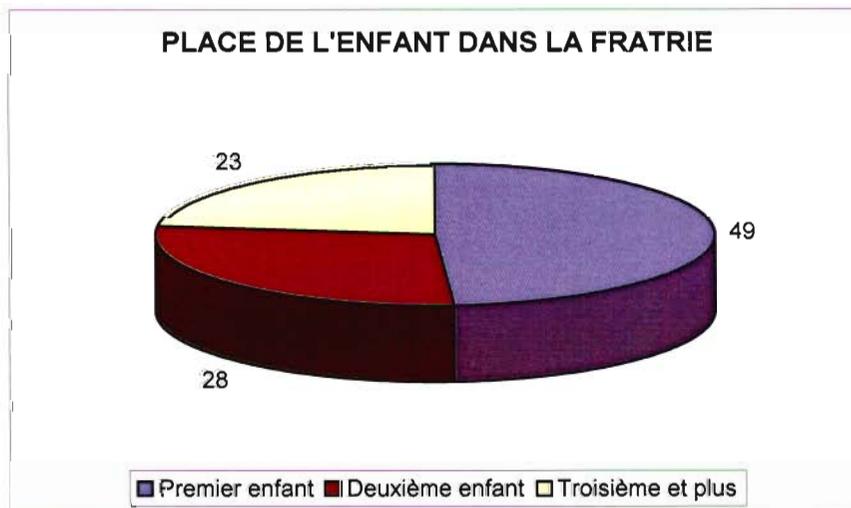
III.3.3.2. Caractéristiques des familles et mode de recours au service des urgences pédiatriques

- Profil des familles et place dans la fratrie :

Le graphique ci-dessous présente la proportion de familles composées de 1, 2, 3 enfants ou plus parmi toutes les familles qui ont eu recours aux soins au service d'urgences pédiatriques durant la période étudiée.



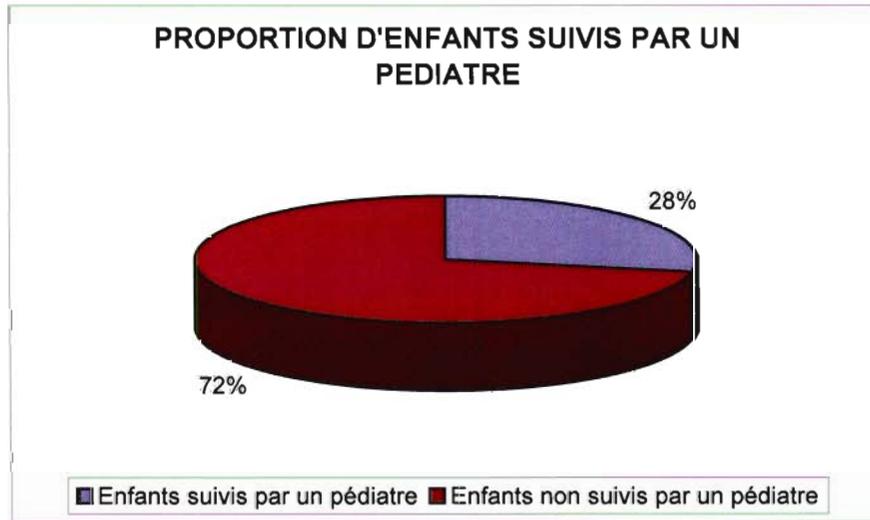
On note une **prédominance de familles nombreuses de 3 enfants ou plus** parmi les familles qui ont consulté pour un ou plusieurs de leurs enfants. Ces familles nombreuses représentent 40.1 % de l'effectif total. Viennent ensuite les familles composées de 2 enfants avec 37.9 % puis un minimum atteint de 22 % pour les familles avec un seul enfant.



Nous nous sommes intéressés à la place qu'occupait l'enfant qui a consulté au sein de sa fratrie. Ce graphique met en évidence une majorité d'aînés qui sont 49 % à avoir recours au POSU. Ce sont ensuite les cadets qui ont été examinés dans 28 % des cas. Les troisièmes enfants ou plus sont les moins nombreux au sein de notre effectif : ils ne représentent que 23 % des enfants.

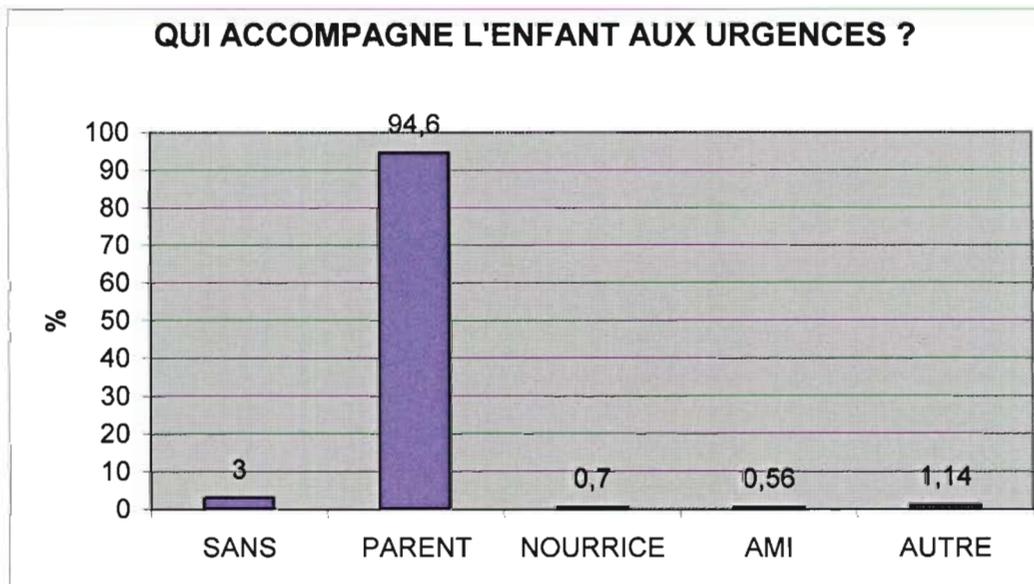
Au total, 40.1 % des enfants pris en charge au POSU pédiatrique sont issus de familles nombreuses et 49 % des enfants examinés sont des aînés.

- **Proportion d'enfants suivis par un pédiatre :**



28 % des patients de notre échantillon sont régulièrement suivis par un pédiatre, soit près du 1/3 de notre effectif. 72 % ne le sont pas et fréquentent soit un médecin généraliste, soit un service de Protection Maternelle et Infantile, soit ne sont pas suivis du tout !

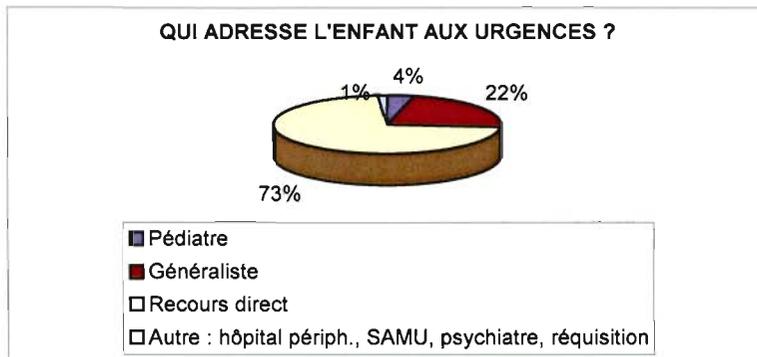
- **Qui accompagne l'enfant aux urgences ?**



Dans 94.6 % des cas, les enfants qui consultent aux urgences pédiatriques sont accompagnés par un de leurs parents, le plus souvent par la maman mais parfois par le papa ou par les deux parents. 3 % des patients sont arrivés sans accompagnant, soit dans le cadre

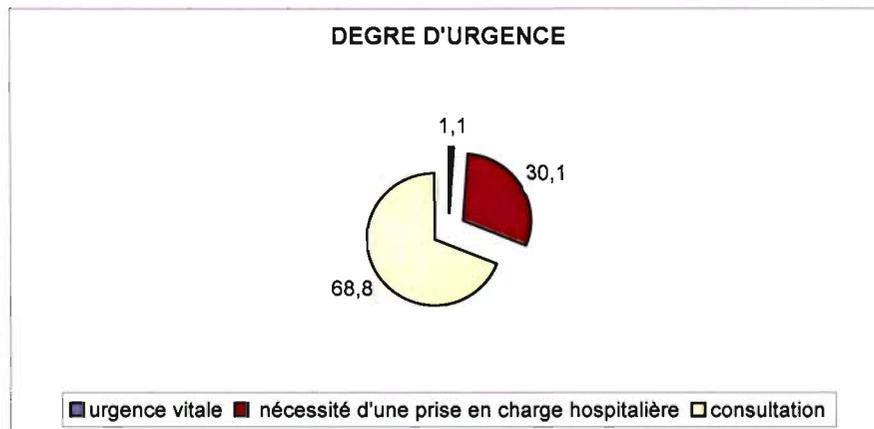
d'un transport par les pompiers ou une ambulance, soit déposés par un tiers devant l'entrée du service. Dans tous les cas, ces enfants arrivés seuls sont repartis du service accompagnés de leur père ou mère ou d'un adulte majeur désigné par les responsables légaux de l'enfant pour effectuer la sortie du service. Certains enfants étaient accompagnés par leur nourrice pour la prise en charge (0.7 %) et moins souvent par un ami (0.56 %). On note que 1.14 % des accompagnants de l'enfant sont d'autres personnes adultes telles qu'un éducateur, une infirmière scolaire, un frère ou les grands-parents.

• **Qui adresse l'enfant aux urgences pédiatriques ?**



Le recours au service d'urgences pédiatriques est direct dans la majorité des cas (73 %). 22 % des patients ont été adressés par un médecin généraliste et 4 % par un pédiatre libéral. D'autres correspondants ont rarement adressé un enfant dans 1 % des cas : ce sont les transferts secondaires d'enfants provenant d'hôpitaux périphériques, le SAMU, le psychiatre ou encore les services judiciaires par une réquisition.

• **Degré d'urgence :**



Les patients âgés entre 0 et 20 ans ont recours dans plus de 2/3 des cas au service d'urgences pour des problèmes qui relèvent d'une consultation ambulatoire. 30.1 % des prises en charge sont justifiées par la nécessité d'un recours hospitalier soit en raison de la spécificité de la pathologie ou de sa gravité, soit par la multiplicité des recours radiologiques ou biologiques nécessaires.

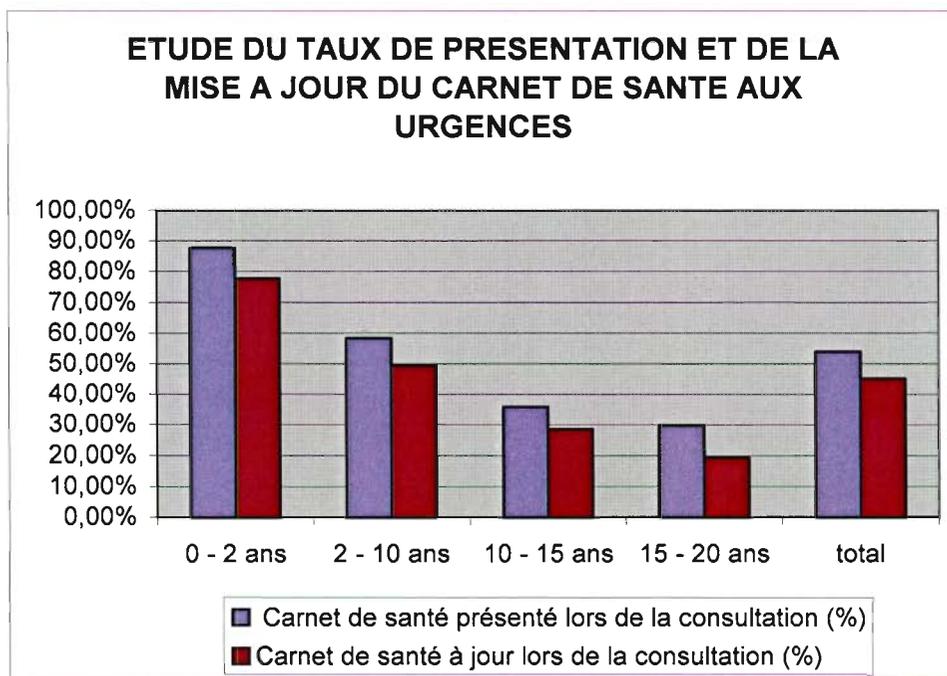
On ne dénombre que très peu d'urgences vitales : 1.1 % des pathologies prises en charge nécessitent un recours aux soins immédiat avec engagement du pronostic vital à court terme pour l'enfant.

AU TOTAL, l'étude du profil des patients qui ont été pris en charge au POSU a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- la moyenne d'âge des patients qui compose notre échantillon est de **7 ans et 6 mois**. On note une prédominance d'enfants âgés entre 2 et 10 ans parmi les consultants (40.2 %). Les moins représentés sont les jeunes adultes entre 15 et 20 ans ainsi que les petits nourrissons de moins de 9 mois ;
- les garçons sont un peu plus nombreux que les filles parmi les consultants avec un **sexe ratio de 1.15** ;
- nos jeunes patients sont issus de **familles nombreuses** dans 40.1 % des cas et **les consultations sont plus fréquentes pour l'aîné** que pour le deuxième enfant ou les suivants ;
- **28 % des patients sont suivis régulièrement par un pédiatre** ;
- les enfants sont la plupart du temps **accompagnés de leur mère et/ou de leur père** pour venir aux urgences ;
- **le recours au service d'urgences pédiatriques est direct dans les trois quarts des cas**, 22 % des patients sont adressés au service par un médecin généraliste ;
- **une large majorité des prises en charge consiste en une simple consultation ambulatoire**. On ne dénombre que 1.1 % d'urgences vitales et 30.1 % de situations qui nécessitent une prise en charge en milieu hospitalier !

III.3.3.3. Place et rôle du carnet de santé aux urgences pédiatriques

Le graphique ci-dessous présente pour chaque catégorie d'âge puis pour l'effectif total des patients le pourcentage de consultations durant lesquelles le carnet de santé a été présenté et, lorsqu'il l'était, la proportion de carnets de santé à jour.



Au sein de l'effectif total, le carnet de santé était présenté lors de 53.9 % des consultations, soit plus d'une fois sur 2. Quand il est présenté, ce document est à jour dans 83.9 % des cas.

On constate que le taux de présentation ainsi que le taux de carnets de santé à jour diminuent régulièrement tandis que l'âge du patient avance.

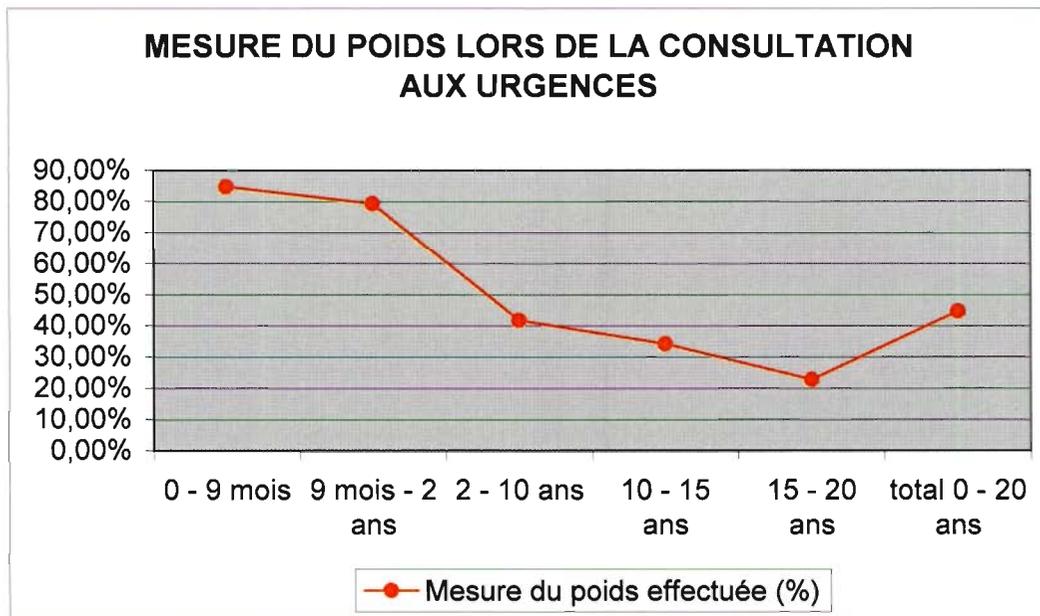
Ainsi, les nourrissons entre 0 et 2 ans obtiennent un taux de présentation 87.7 % (ce taux est même de 91.4 % chez les moins de 9 mois) et un taux de carnets de santé à jour de 88.6 %.

Le taux de présentation du carnet de santé reste supérieur à 50 % dans la classe d'âge suivante des 2-10 ans puisque ce document est présenté dans 58.3 % des cas. Il est à jour dans 84.8 % des cas où il est présenté.

En revanche, à partir de 10 ans, son utilisation est beaucoup plus épisodique : il est présenté lors de 35.9 % des consultations chez les 10-15 ans et de 29.8 % des cas chez les 15-20 ans. Dans ces deux classes d'âge, le taux de carnets de santé régulièrement à jour décroît également : 79.8 % chez les 10-15 ans et 64.7 % chez les 15-20 ans.

III.3.3.4. Déroulement de la consultation

- Mesure du poids :



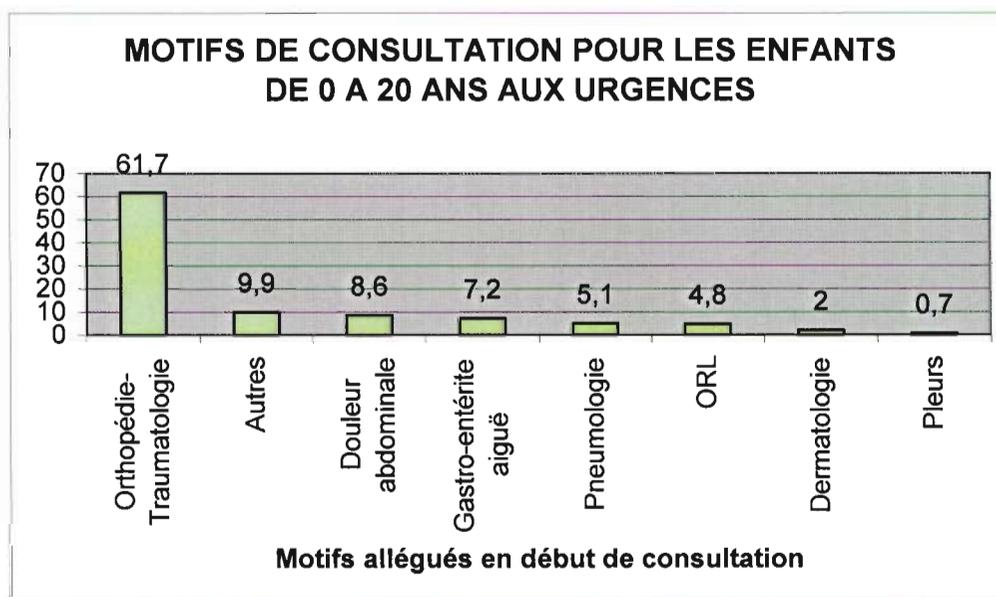
La mesure du poids lors de la prise en charge d'un enfant entre 0 et 20 ans au POSU pédiatrique est effectuée lors de 44.6 % des consultations.

Cette mesure est presque systématique chez les nourrissons : elle est pratiquée dans 84.5 % des cas chez les moins de 9 mois et dans 79.2 % des cas entre 9 mois et 2 ans.

Elle diminue ensuite progressivement avec l'âge du patient pour atteindre 41.7 % des consultations chez les 2-10 ans, 34.2 % chez les 10-15 ans et 22.8 % chez les plus âgés entre 15 et 20 ans.

• **Motifs de consultation :**

Par motif de consultation, nous entendons la ou les doléances présentées par l'accompagnant ou par l'enfant lui-même au moment de l'admission au service des urgences avant le début de la prise en charge. Cette doléance était classée dans une des neuf différentes catégories établies sur la grille de recueil des données parmi : *pleurs*, *gastro-entérite aiguë* (GEA), *douleur abdominale*, *orthopédie-traumatologie*, *oto-rhino-laryngologie* (ORL), *pneumologie*, *dermatologie*, *psychologie* ou *autre*, précisez. A l'issue de l'analyse des résultats obtenus, la catégorie *psychologie* a été supprimée en raison du très faible pourcentage obtenu (5 consultations soit 0.7 %), elle a été regroupée avec la catégorie *autre*.



La répartition des motifs de consultation sur la totalité de notre effectif de 704 patients est la suivante :

- **le motif le plus fréquent qui représente 61.7 % de la totalité est l'orthopédie-traumatologie ;**
- la catégorie *autre* arrive en seconde position avec 9.9 %, elle englobe des motifs divers tels que l'hyperthermie isolée, les malaises, les convulsions, les problèmes d'ordre neurologique, les intoxications, les consultations pour maltraitance, l'ophtalmologie, la gynécologie, l'hématologie, l'ingestion de corps étranger, l'endocrinologie, la sténose anale et les problèmes d'ordre psychologique.
- On trouve ensuite la *douleur abdominale* dans 8.6 % des cas ;
- *Les gastro-entérites aiguës* en quatrième position représentent 7.2 % des motifs de consultation au POSU pédiatrique ;
- Puis on relève la *pneumologie* avec 5.1 % ;
- Les problèmes *ORL* ne sont retrouvés qu'au sixième rang avec 4.8 % ;
- Enfin, les deux catégories de motifs les moins fréquents sont la *dermatologie* avec 2 % de l'effectif total puis les *pleurs* dans 0.7 % des cas.

On ne recense que 3 motifs doubles sur la totalité des consultations chez les patients de 0 à 20 ans.

Nous allons étudier dans un second temps la répartition des différents motifs de consultation selon l'âge des patients représentée par le graphique suivant :

- Chez les 0-9 mois :

Les deux motifs de consultation les plus fréquents dans cette classe d'âge sont les *gastro-entérites aiguës* et la *pneumologie* avec 27.1 %. La catégorie *autre* se trouve en deuxième position, elle représente 17 % des motifs de consultation ; on recense au sein de cette catégorie des hyperthermies isolées (6.8 %), des convulsions hyperthermiques, une hernie inguinale non compliquée, une hypoglycémie, un malaise, une sténose anale ainsi qu'un cas de symptômes d'ordre neurologique. Les problèmes *ORL* représentent 15.2 % des motifs de consultation. On retrouve parmi les motifs de consultation les moins fréquents la *douleur abdominale* (6.8 %), les *pleurs* (3.4 %), *l'orthopédie-traumatologie* (1.7 %) et la *dermatologie* (1.7 %).

- Chez les 9 mois-2 ans :

Le motif de consultation qui arrive en tête est *l'orthopédie-traumatologie* qui représente 33.3 % des motifs. Juste derrière se trouve la *gastro-entérite aiguë* avec 26.4 %. La catégorie *autre* est retrouvée en troisième position avec 11.1 % englobant des hyperthermies isolées, deux intoxications accidentelles, un cas de convulsions et un cas de malaise. 9.7 % des recours au service d'urgences chez les patients âgés de 9 mois à 2 ans sont motivés par des problèmes *pneumologiques*. Enfin, les motifs de consultation les moins fréquents par ordre décroissant sont les suivants : *l'ORL* (8.3 %), la *dermatologie* (5.6 %), les *pleurs* (4.2 %) et les *douleurs abdominales* (1.4 %).

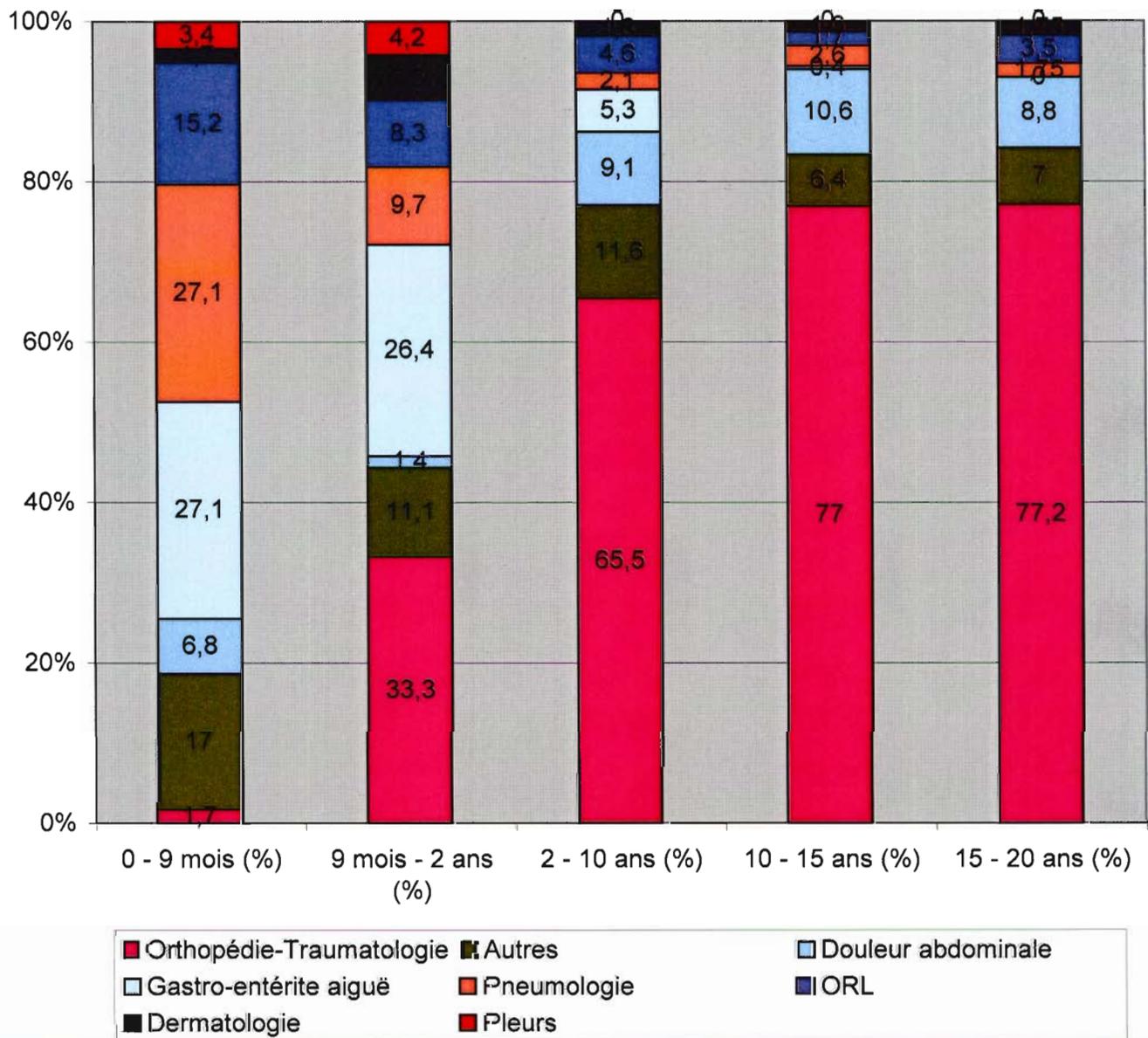
- Chez les 2-10 ans :

***L'orthopédie-traumatologie* représente une large majorité des motifs de consultation dans cette classe d'âge avec 65.5 %.** On retrouve ensuite la catégorie *autre* pour 11.6 % des prises en charge, avec des motifs d'hyperthermie, de consultations pour maltraitance, d'urologie, des ingestions de corps étranger, des intoxications accidentelles, ainsi que des problèmes de gynécologie, de convulsions hyperthermiques, de neurologie, d'allergologie, d'hématologie ou d'ophtalmologie. En troisième position, les problèmes de *douleur abdominale* justifient 9.1 % des consultations. Parmi les motifs les moins fréquents, on note la *gastro-entérite aiguë* (5.3 %), *l'ORL* (4.6 %), la *pneumologie* (2.1 %) et la *dermatologie* (1.8 %). On ne relève aucun cas de consultation pour des *pleurs* dans cette classe d'âge.

- Chez les 10-15 ans :

77 % des consultations chez les patients âgés de 10 à 15 ans sont motivées par la *pathologie orthopédique et traumatologique*. Loin derrière, on retrouve en deuxième position la *douleur abdominale* avec 10.6 % puis la catégorie *autre* avec 6.4 % recouvrant des problèmes de neurologie, de psychologie, de consultations pour maltraitance, d'hyperthermie isolée, de gynécologie ou d'abcès. Les problèmes les moins fréquemment pris en charge sont la *pneumologie* (2.6 %), *l'ORL* (1.7 %), la *dermatologie* (1.3 %) et la *gastro-entérite aiguë* (0.4 %). De même que pour les 2-10 ans, aucun cas de *pleurs* n'est recensé parmi les motifs de consultation.

REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION SELON LES CLASSES D'AGE



- Chez les 15-20 ans :

On retrouve également chez les grands adolescents une nette prédominance des problèmes orthopédiques et traumatologiques avec 77.2 % des motifs de consultation. La douleur abdominale avec 8.8 % se trouve en deuxième position suivie par la catégorie autre avec 7 % recouvrant des des problèmes urologiques, psychologiques ou des malaises. Beaucoup plus rares sont les consultations pour des doléances ORL (3.5 %), pneumologiques (1.75 %) ou dermatologiques (1.75 %). On ne relève aucun cas de pleurs ni de gastro-entérite aiguë.

En conclusion, les motifs de consultation au POSU pédiatrique sont avant tout les problèmes orthopédiques et traumatologiques dans presque deux tiers des cas. L'orthopédie-traumatologie arrive en première position dans toutes les classes d'âge sauf chez les moins de 9 mois. L'importance des consultations motivées par ce type de motif ne fait que s'accroître avec l'âge des patients pour atteindre plus des trois quarts des prises en charge chez les patients âgés de plus de 10 ans.

La catégorie autre qui recouvre des problèmes divers dominés surtout par les hyperthermies isolées, les problèmes neurologiques, urologiques, gynécologiques ou encore les consultations pour maltraitance et les intoxications accidentelles arrive en deuxième position.

Les douleurs abdominales sont le troisième motif de consultation et occupent une part plus importante chez les enfants de 2 à 15 ans. La gastro-entérite aiguë n'arrive qu'en quatrième position sur l'effectif total mais c'est le premier motif de recours au service d'urgences pédiatriques chez les nourrissons de moins de 9 mois avec les problèmes pneumologiques.

L'ORL demeure un motif peu fréquent aux urgences, en sixième position. La part de problèmes ORL est plus importante chez les patients les plus jeunes que par la suite.

Enfin, quel que soit l'âge de l'enfant, la dermatologie et les pleurs restent des motifs de consultation rares.

- **Résultat de consultation à la fin de la prise en charge :**

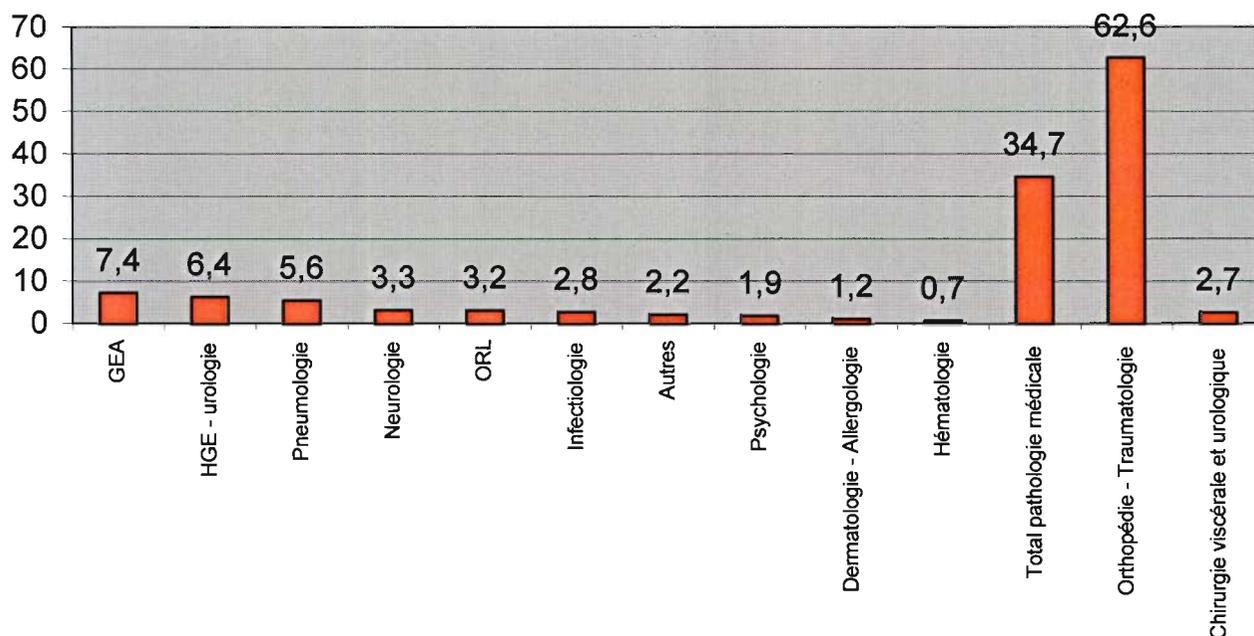
Le résultat de consultation correspond à la conclusion de la prise en charge par le praticien qui a vu l'enfant aux urgences. L'interne, le médecin ou le chirurgien qui a rempli la grille de recueil inscrit dans le cadre réservé à cet effet la suspicion ou la certitude du résultat de consultation suite à l'examen de l'enfant.

Nous avons relevé lors de cette enquête 100 résultats différents qui recouvraient l'ensemble des pathologies présentées par les 704 patients admis. 37 problèmes chirurgicaux différents étaient posés et représentaient 470 patients, soit 65.3 % de l'effectif tandis que 63 affections médicales différentes concernaient 34.7 % des patients. 16 doubles résultats étaient recensés. Ces différents résultats de consultations ont été rassemblés dans le tableau joint en annexe.

Le résultat de consultation le plus fréquent est l'entorse qui représente 13.3 % des diagnostics établis aux urgences pédiatriques. Les trois résultats suivants sont également des problèmes orthopédiques ou traumatologiques avec les *contusions de membre* (12.4 %), les *fractures* (10.3 %) et les *plaies* (7.5 %). **On trouve ensuite le premier diagnostic médical en cinquième position, il s'agit de la gastro-entérite aiguë.** Du sixième au dixième résultats principaux, on relève dans l'ordre les *traumatismes crâniens*, la *constipation*, la *bronchiolite*, puis les *traumatismes divers*. L'*otite* n'arrive qu'en onzième place. Ainsi, parmi les dix premiers résultats de consultations les plus fréquents, sept sont des pathologies orthopédiques ou traumatologiques. Les pathologies médicales les plus souvent retrouvées sont les gastro-entérites aiguës, la constipation et la bronchiolite du nourrisson.

Nous avons regroupés ces différents résultats en dix catégories : GEA, HGE / urologie, pneumologie, neurologie, ORL, infectiologie, psychologie, dermato-allergologie, hématologie et diagnostics autres qui englobent l'ophtalmologie, les examens normaux, l'endocrinologie, l'hypoglycémie, un bilan nutritionnel et une tuméfaction. Les résultats obtenus sont présentés dans le graphique ci-dessous :

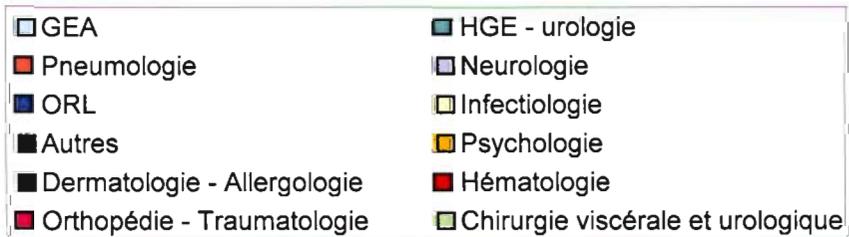
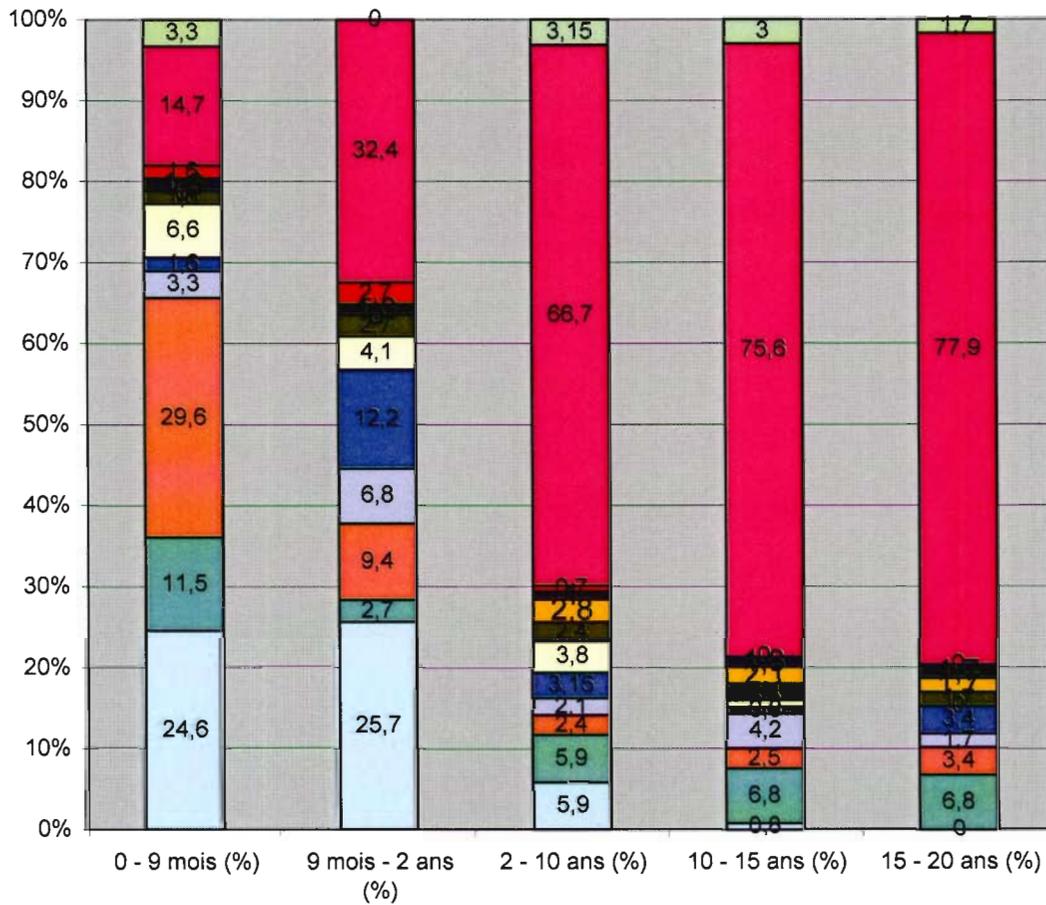
RESULTATS DE CONSULTATION CHEZ LES 0 - 20 ANS AUX URGENCES



Résultats établis à l'issue de la consultation

La pathologie médicale ne représente aux urgences pédiatriques qu'un peu plus du tiers de la totalité des résultats de consultation (34.7 %). La pathologie la plus fréquente est la gastro-entérite aiguë avec 7.4 % puis les pathologies hépato-gastro-entérologiques et urologiques avec 6.4 %. En troisième position, on retrouve la pneumologie avec 5.6 % des résultats totaux. Viennent ensuite la neurologie puis l'ORL, les pathologies infectieuses, les autres diagnostics, la psychologie, la dermato-allergologie et en dernier lieu, l'hématologie. La pathologie chirurgicale prédomine largement aux urgences avec 62.6 % de chirurgie orthopédique et 2.7 % de chirurgie viscérale et urologique. Le tableau suivant présente la proportion des différents résultats de consultation selon les classes d'âge après le regroupement en grandes catégories.

REPARTITION DES RESULTATS DE CONSULTATION PAR CLASSES D'AGE



- Chez les 0-9 mois :

Le résultat de consultation prépondérant chez les nourrissons est la pathologie pneumologique avec 29.6 % notamment les bronchiolites aiguës. En deuxième position, on retrouve les gastro-entérites aiguës souvent associées à une déshydratation (24.6 %). C'est ensuite la pathologie orthopédique et traumatologique qui arrive en troisième position avec 14.7 % des résultats de consultation. L'urologie et les problèmes hépatogastroentérologiques sont plus représentés dans cette classe d'âge que par la suite avec 11.5 %. L'infectiologie atteint également sa fréquence maximale dans cette classe d'âge avec 6.6 %. Elle recouvre principalement des hyperthermies isolées. On ne relève aucun cas de problèmes psychologiques. On note une prédominance des pathologies médicales chez les 0-9 mois puisqu'elles sont diagnostiquées dans 82 % des cas contre 18 % pour la pathologie chirurgicale (14.7 % de chirurgie orthopédique et traumatologique et 3.3 % de chirurgie viscérale et urologique).

Certains résultats de consultation sont propres aux nourrissons ; c'est notamment le cas des apnées du sommeil, de la coqueluche, du reflux gastro-oesophagien et de la maladie de Hirschprung.

- Chez les 9 mois-2 ans :

La pathologie orthopédique et traumatologique arrive en tête dans cette classe d'âge avec 32.4 % immédiatement suivie par la gastro-entérite aiguë avec 25.7 %. En troisième position, on retrouve l'ORL avec 12.2 %. Viennent ensuite la pneumologie (9.4 %) et la neurologie (6.8 %). On ne recense aucun cas de problèmes de chirurgie viscérale et urologique ni de psychologie dans cette classe d'âge. De même que chez les petits nourrissons, la pathologie médicale occupe une place plus importante avec 67.6 % des résultats de consultation que la chirurgie orthopédique et traumatologique (32.4 %).

Certaines affections ne sont recensées que dans cette classe d'âge : le muguet buccal, le purpura rhumatoïde, une pathologie digestive chronique, une crise convulsive isolée, un bilan nutritionnel.

- Chez les 2-10 ans :

Les 2-10 ans consultent également en premier lieu pour des pathologies orthopédiques et traumatologiques dans 66.7 % des cas. Les deux résultats de consultation suivants sont des pathologies médicales : la GEA avec 5.9 % et l'hépatogastro-entérologie / urologie au même niveau surtout dominée par les problèmes de douleurs abdominales sur constipation. On trouve ensuite par ordre décroissant : la pathologie infectieuse (3.8 %), la chirurgie viscérale et urologique (3.15 %) et l'ORL (3.15 %) puis la psychologie (2.8 %), la pneumologie et les autres diagnostics, la neurologie, la dermato-allergologie et l'hématologie.

A partir de 2 ans, la tendance s'inverse avec une nette hégémonie des problèmes chirurgicaux orthopédiques dans 2/3 des cas, viscéraux ou urologiques dans 3.15 % des cas. La pathologie médicale ne représente plus qu'un tiers des recours.

Cette classe d'âge fait apparaître des résultats qui ne sont retrouvés que dans cette catégorie comme les maladies éruptives, varicelle ou scarlatine, les pathologies accidentelles domestiques (brûlures, ablation de corps étranger dans le nez ou l'oreille, ingestion de corps étranger, intoxications ...), des traumatismes de tous ordres, et des problèmes inflammatoires tels que l'arthrite, le rhume de hanche ou les viroses.

- Chez les 10-15 ans :

La prédominance de l'orthopédie-traumatologie s'accroît encore dans cette classe d'âge avec 75.6 % des résultats de consultation. Figurent ensuite la pathologie hépato-gastro-entérologique (6.8 %), la neurologie (4.2 %) puis la chirurgie viscérale et urologique (3 %). La pneumologie (2.5 %), la psychologie (2.1 %) et la catégorie autres (2.1 %), la dermatologie, l'ORL, l'infectiologie et les GEA sont beaucoup moins fréquentes. On ne note aucun cas d'hématologie.

La pathologie chirurgicale représente à elle seule 78.6 % des diagnostics établis au POSU pédiatrique de Nancy contre 21.4 % pour le médical.

Les diagnostics d'anxiodépression, de spasmophilie, de cervicalgies, de syndrome de Guillain-Barré, de syndrome confusionnel, de gynécomastie, de pancréatite et de coliques néphrétiques ne sont portés que dans cette classe d'âge.

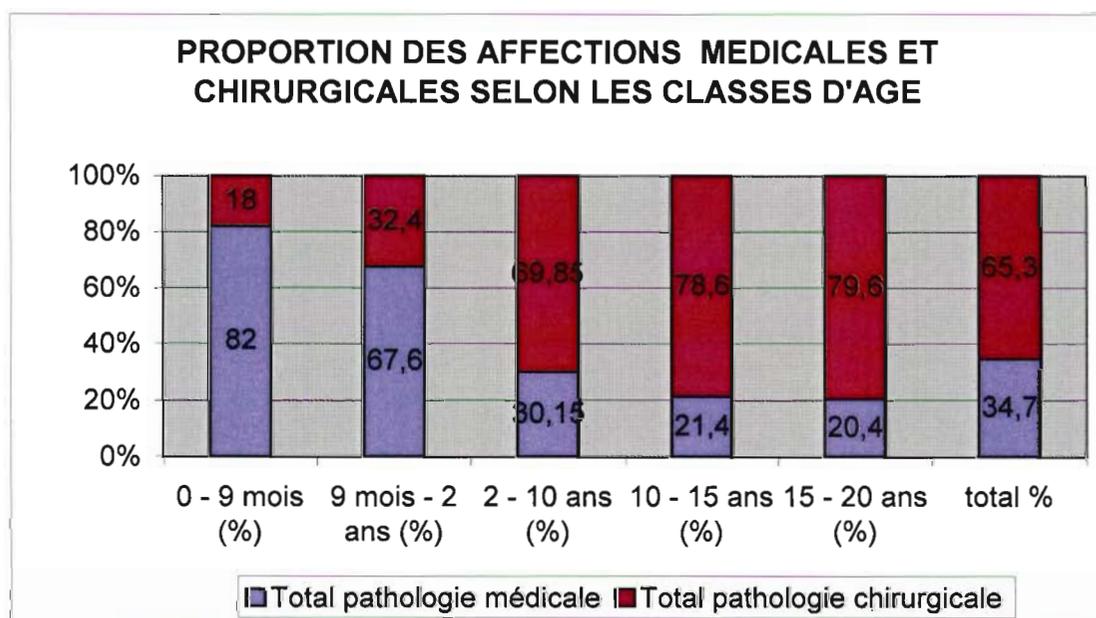
- Chez les 15-20 ans :

Beaucoup moins représentés que dans les autres classes d'âge, les jeunes adultes consultent avant tout et plus encore que tous les autres patients pour des pathologies orthopédiques et traumatologiques dans 77.9 % des cas. La deuxième position est toujours détenue par l'hépatogastro-entérologie / urologie (6.8 %). On recense ensuite quelques diagnostics de pneumologie (3.4 %), d'ORL (3.4 %) puis des autres catégories. Aucun cas n'est relevé dans les domaines de l'hématologie, d'infectiologie ou de gastro-entérites aiguës.

La proportion de pathologies chirurgicales augmentent donc avec l'âge avec 77.9 % d'orthopédie-traumatologie, 1.7 % de chirurgie viscérale et urologique et 20.4 % de diagnostics médicaux.

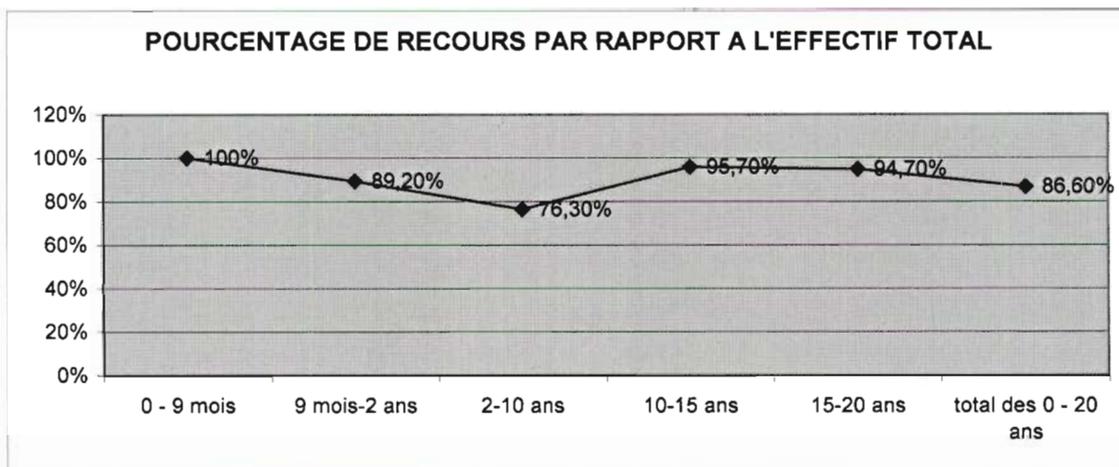
3 diagnostics sont propres à cette classe d'âge : la chondrite de l'oreille, la pleurésie et la pneumopathie.

Le graphique suivant présente la proportion des pathologies médicales, chirurgicales orthopédiques et viscérales en fonction des différentes classes d'âge.



Au total, la prédominance des pathologies orthopédiques et traumatologiques est majeure au sein du service des urgences pédiatriques et ce d'autant plus que le patient est âgé. Ces problèmes représentent 2/3 des diagnostics finaux chez les 2-10 ans et ¼ chez les plus de 10 ans. Les plus petits patients avant deux ans consultent en premier lieu pour des pathologies médicales notamment la gastro-entérite aiguë et la pneumologie. Progressivement, les consultations médicales sont plus souvent effectuées pour des pathologies hépato-gastro-entérologiques ou urologiques et notamment des problèmes de constipation quand l'enfant avance en âge. Il est important de souligner l'importance des pathologies accidentelles notamment domestiques chez les enfants entre 2 et 10 ans.

- **Recours nécessaires** :



86.6 % des consultations d'enfants au POSU pédiatrique donnent lieu à un recours complémentaire. Le premier recours en fréquence est la radiologie qui représente 65.4 % de la totalité des recours. Vient ensuite l'hospitalisation (23.1 %) puis la demande d'une consultation médicale ou chirurgicale spécialisée (6.2 %). La prescription d'examen biologiques n'arrive qu'en quatrième position avec 4.1 %.

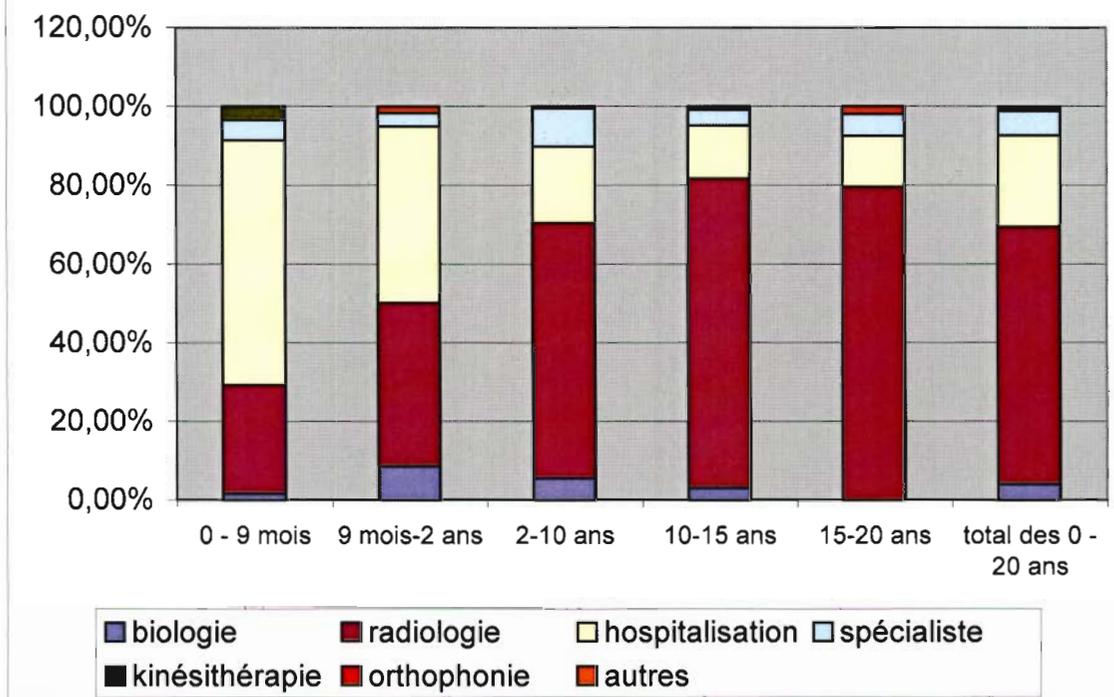
- Chez les 0-9 mois :

Le recours est systématique chez les nourrissons. Il s'agit en premier lieu de l'hospitalisation pour 62.1 % des petits patients, puis de la radiologie avec un taux de 34.5 % et enfin de la biologie (5.2 %). La kinésithérapie est utilisée dans 3.4 % des cas, à visée thérapeutique respiratoire essentiellement.

- Chez les 9 mois-2 ans :

On note un taux de recours encore élevé dans cette classe d'âge avec 89.2 %. Le premier recours utilisé est toujours l'hospitalisation avec 53.4 % puis la radiologie (34.5 %) et la biologie (5.2 %). La consultation spécialisée a été demandée dans 3.4 % des cas. Aucune prescription de kinésithérapie n'a été nécessaire. On note un recours téléphonique auprès du centre anti-poisons.

RECOURS UTILISES PENDANT OU A L'ISSUE DE LA CONSULTATION



- Chez les 2-10 ans :

Le taux de recours est de 76.3 %. On assiste à une diminution du taux d'hospitalisation à partir de cet âge qui ne représente plus que 19.4 % des cas et arrive en seconde position après la radiologie prescrite dans 64.8 % des consultations. En troisième position se trouve la demande de consultation spécialisée avec 9.7 %. La biologie est requise pour 5.6 % des patients. Un avis auprès du centre anti-poisons a également été nécessaire dans cette classe d'âge.

- Chez les 10-15 ans :

On assiste à une nette augmentation du taux de recours pour les enfants de cet âge, il est de 95.7 %. Ces recours sont largement dominés par la radiologie avec 78.6 %. En seconde position, le taux d'hospitalisation est de 13.4 %. Suivent ensuite la consultation spécialisée (4 %) et la biologie (3.1 %). On note 2 autres recours qui sont des électrocardiogrammes.

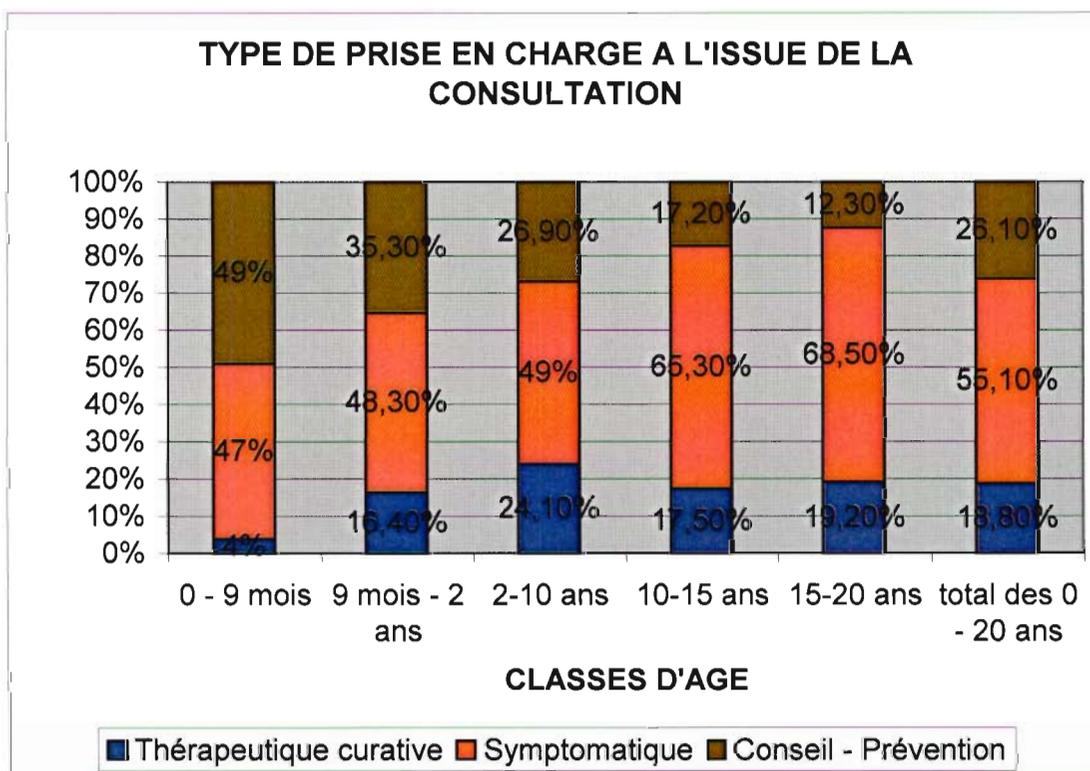
- Chez les 15-20 ans :

Le taux de recours est de 94.7 %. La radiologie domine toujours avec un taux de 79.6 %. Le taux d'hospitalisation diminue, il est de 12.9 %. On trouve ensuite la consultation spécialisée (5.6 %), et un électrocardiogramme. Aucune prescription de biologie n'a été nécessaire dans cette classe d'âge.

Les recours aux actes médicaux spécialisés et aux professionnels paramédicaux sont beaucoup plus fréquents au sein d'un service d'urgences qu'en médecine générale. Ils sont systématiques chez les plus petits des patients surtout dominés par un taux d'hospitalisation de 62 %. Chez les enfants entre 2 et 10 ans, le taux de recours décroît légèrement pour réaugmenter dans les classes d'âge supérieure. Mais, si chez les moins de 2 ans, ce sont les hospitalisations qui dominent, les recours consistent beaucoup plus en la prescription de radiologie chez les plus âgés.

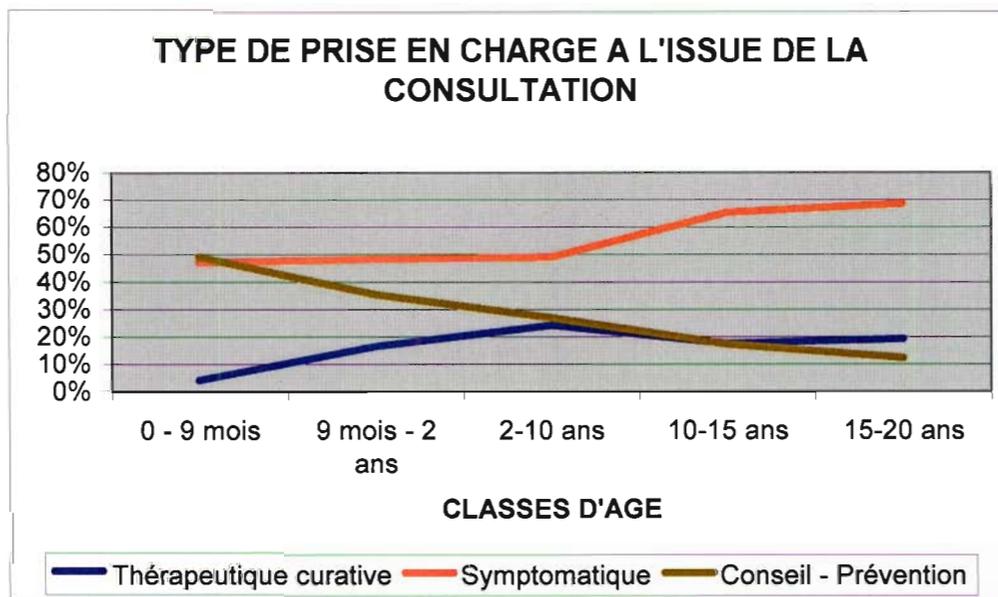
• **Type de prise en charge à l'issue de la consultation :**

Nous avons déterminé le type de prise en charge du patient à la fin de la consultation parmi la thérapeutique symptomatique, la thérapeutique curative et la prévention ou les conseils.



Sur l'effectif total des patients âgés de 0 à 20 ans, la majorité des consultations donne lieu à des prescriptions symptomatiques dans 55.1 % des cas. En deuxième lieu, les médecins dispensent des conseils ou de la prévention pour 26.1 % des patients. La thérapeutique curative n'arrive qu'en dernière position avec 18.8 %.

Cet ordre est le même dans toutes les classes d'âge sauf chez les plus jeunes de moins de 9 mois où domine la prévention pour 49 % des consultations. La thérapeutique symptomatique représente 47 % des prescriptions chez les 0-9 mois. La part de la thérapeutique curative dans cette classe d'âge est minime, seulement 4 %.



La part de la thérapeutique symptomatique s'accroît avec l'âge du patient pris en charge, dans le même temps que la prévention se restreint.

III.3.3.5. Conclusion

704 patients âgés de 0 à 20 ans ont eu recours aux soins dans le service d'urgences de l'hôpital d'enfants de Nancy durant notre enquête. 40 % d'entre eux avaient entre 2 et 10 ans, 33.2 % entre 10 et 15 ans, 18.5 % entre 0 et 2 ans et seulement 8.1 % avaient plus de 15 ans. Les garçons étaient légèrement plus représentés que les filles (sexe ratio = 1.15).

Les familles de plus de 3 enfants dominent parmi la population qui recoure au service d'urgences pour un enfant. Cet enfant est le plus souvent l'aîné de la famille.

28 % de notre effectif est suivi par un médecin pédiatre.

C'est la mère ou le père qui amène en général son enfant à la consultation, le plus souvent sans voir le médecin traitant dans un premier temps. Un enfant sur 4 est adressé au service d'urgences par un médecin libéral, généraliste dans $\frac{3}{4}$ des cas.

Les recours aux soins d'urgences sont motivés deux fois sur trois par un problème orthopédique ou traumatologique, entorses le plus souvent, contusions, fractures ou plaies parfois. La pathologie médicale représente un tiers de l'activité. Les nourrissons au contraire sont plus souvent pris en charge pour des problèmes médicaux, notamment la gastro-entérite aiguë ou la bronchiolite. Des recours complémentaires sont nécessaires chez neuf patients sur dix. Parmi ces recours, c'est l'hospitalisation qui est nécessaire le plus souvent avant 2 ans puis la radiologie après cet âge. Les prescriptions de biologie sont beaucoup moins fréquentes (4.1 % des cas).

Comme en médecine générale, la prise en charge des patients est en premier lieu de nature symptomatique, puis préventive et enfin curative pour moins d'une fois sur cinq.

III.3.4. Discussion

III.3.4.1. Biais et limites de ce type d'enquête.

- **Biais lié à la période de recueil :**

L'enquête d'activité en service d'urgences pédiatriques à l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy s'est déroulée durant la période printanière du 4 au 29 Mars 2002. Il existe au sein de ce service comme en médecine générale une variation des pathologies rencontrées selon la période de l'année étudiée, la période hivernale étant plus propice à l'activité médicale concernant les épidémies virales et l'été aux pathologies traumatologiques liées aux activités de loisirs. Une enquête s'étendant sur les différentes périodes de l'année aurait permis une représentation plus réaliste de l'activité de ce service. Cependant, une durée de recueil courte a été privilégiée ici afin de refléter l'activité durant mon stage de résidanat au sein de ce service. Nous avons donc choisi une durée de recueil identique à celle de l'enquête en cabinet de médecine générale, soit 20 jours ouvrables. Nous n'incluons pas non plus dans cette enquête les différents patients qui ont consulté entre 18 heures 30 et 8 heures 30, durant la nuit.

- **Biais lié au mode de recueil des données :**

La grille de recueil était complétée pendant ou à l'issue de la consultation par le médecin, le chirurgien ou l'interne qui examinait l'enfant. Le nombre de recueilleurs potentiels était plus important lors de cette enquête que lors du stage chez le praticien. Chaque personne devant compléter la grille était informé préalablement du contenu de cette grille et des modalités de recueil. Malgré tout, la multiplication du nombre de recueilleurs (six pour cette enquête) accroît le risque d'erreurs. On retrouve ainsi au moment de la saisie des données 81 grilles incomplètes donc non exploitables soit 10 % de notre effectif. De plus, le caractère parfois urgent de la prise en charge du patient dans ce service ne permet pas toujours le recueil des données en temps réel, contrairement à la médecine générale.

- **Biais de recrutement :**

Le biais de recrutement lié à la localisation géographique du lieu d'enquête est beaucoup moins important lors de cette enquête que lors de la précédente, la population qui consulte au POSU pédiatrique étant issue de la Communauté Urbaine du Grand Nancy qui englobe une dizaine de communes, soit plus de 200 000 habitants et parfois d'un secteur plus large à l'échelle régionale. Les patients qui ont recours au service d'urgences pédiatriques sont indifféremment suivis par un médecin pédiatre, généraliste ou par un service de Protection Maternelle et Infantile.

L'existence de ces différents biais doit être prise en considération lors de l'interprétation des résultats obtenus au cours de cette enquête qui, nous le rappelons, n'a pas une finalité statistique mais vient illustrer ce travail qui porte sur les possibilités de formation pédiatrique d'un résident lors de différents stages de résidanat.

III.3.4.2. Analyse des résultats

Les résultats de l'enquête réalisée au POSU pédiatrique seront confrontés à certaines données de la littérature et comparés à ceux obtenus lors de l'enquête chez le praticien.

785 patients composaient la population étudiée lors de cette enquête en service d'urgences pédiatriques sur 20 jours ouvrables. 81 grilles de recueil, soit 10.3 %, n'ont pu être incluses lors de la saisie informatique en raison de l'absence de l'une ou plusieurs données.

• Profil des enfants qui consultent :

On retrouve dans notre échantillon une moyenne d'âge de 7 ans et 6 mois, soit un an et 2 mois plus jeune qu'en médecine générale. Les patients sont dans 40 % des cas âgés de 2 à 10 ans, les moins représentés étant les plus vieux de 15 à 20 ans et les plus jeunes avant 9 mois. Les patients âgés de 2 à 15 ans représentent les $\frac{3}{4}$ de l'activité du POSU pédiatrique alors que les moins de 2 ans comptent pour 18.5 % de l'effectif et les plus âgés pour seulement 8 %. En comparaison avec l'enquête effectuée chez le praticien généraliste, on constate une activité accrue en faveur des 2-15 ans au détriment des plus âgés, adolescents et jeunes adultes. Ces résultats peuvent en partie être justifiés par le mode de fonctionnement administratif hospitalier : le service d'urgences pédiatriques ne prend en charge en général que les patients mineurs, sauf quand il s'agit de patients atteints d'une pathologie chronique pour laquelle ils sont régulièrement depuis leur enfance suivis par un médecin pédiatre de l'établissement.

Ces chiffres diffèrent de ceux obtenus lors d'une enquête prospective réalisée au CHU Louis-Mourier de Paris en 1997 (32) : l'enquête avait porté sur 939 recours durant une semaine par trimestre et retrouvait une proportion de 48 % d'enfants de moins de 2 ans et de 78 % de moins de 6 ans. Le biais lié à la période de recueil explique sans doute en partie nos résultats, la période hivernale étant plus marquée par les épidémies qui touchent une population plus jeune.

Le sexe ratio de notre échantillon est sensiblement le même que lors de l'enquête chez le praticien (1.15 et 1.14).

• Caractéristiques des familles et mode de recours au POSU pédiatrique :

- Profil des familles, place dans la fratrie :

Les patients pris en charge au POSU sont en majorité issus de familles nombreuses d'au moins 3 enfants, de même qu'en médecine générale mais à un moindre degré (40.1 % contre 48.9 %). Les familles les moins représentées demeurent celles avec un seul enfant. En service d'urgences comme en médecine générale, on rencontre donc plus souvent des enfants issus d'une fratrie de 3 ou plus. Dans cette fratrie, ils sont majoritairement les aînés qui représentent un patient sur deux dans cette enquête, plus encore que chez le praticien.

- Pourcentage d'enfants suivis par un pédiatre :

Les patients pris en charge au service d'urgences pédiatriques sont presque 5 fois plus nombreux qu'en médecine générale à être suivis par un pédiatre (28 % et 5.8 %). Il faut pour expliquer ces chiffres prendre en compte les données de démographie médicale qui recense,

au 1^{er} Janvier 2000, 101 pédiatres en Meurthe-et-Moselle (60 salariés et 41 libéraux) contre seulement 27 dans les Vosges (13 salariés et 14 libéraux) (source DRASS-ADELI).

Les chiffres obtenus concernant le suivi par un pédiatre sont un peu au-dessus de ceux de l'enquête du CHU Louis Mourier de Paris en 1997 (33) qui recensaient 16 % d'enfants suivis par un pédiatre en dehors de l'hôpital, 25 % par un centre de PMI et 31 % par un médecin généraliste. L'enquête que nous avons effectuée ne distingue pas parmi les 72 % de patients qui ne sont pas suivis par un pédiatre s'ils le sont par un médecin généraliste ou par un centre de PMI.

- Qui accompagne l'enfant aux urgences ?

Plus encore que dans le cabinet du médecin généraliste, ce sont les parents, le plus souvent la mère, qui accompagnent leur enfant au service des urgences dans 94.6 % des cas. Seulement 3 % des patients sont pris en charge avant l'arrivée d'un accompagnant, amenés au service soit par une ambulance privée, soit par les pompiers ou le SAMU. Ils ne sont autorisés à quitter le service qu'en présence d'un adulte accompagnant avec l'autorisation parentale. Ce chiffre de patients sans accompagnant, enfants ou adolescents, est bien moindre que celui recensé en médecine générale. Comme chez le praticien, les enfants qui ont recours aux soins accompagnés d'un ami ou de leur nourrice est marginal. Nous avons noté lors de cette enquête l'apparition d'autres accompagnants parfois qui sont soit un frère ou une sœur majeurs, soit les grands-parents, soit un éducateur ou une infirmière scolaire.

- Qui adresse l'enfant aux urgences ?

Le recours au POSU pédiatrique est majoritairement direct dans près des ¾ des cas. Les parents le plus souvent amènent leur enfant devant des symptômes, des craintes ou des problèmes dans un contexte d'urgence « vraie » ou « ressentie », sans solliciter au préalable leur médecin traitant ou devant l'impossibilité de ce dernier d'examiner l'enfant dans un délai compatible avec l'inquiétude des parents. Les patients qui sont adressés par un médecin le sont par un généraliste dans 80 % des cas, par un pédiatre dans 14.5 % des cas et parfois par un autre médecin hospitalier en périphérie, par un médecin du SAMU ou par un psychiatre. Certains enfants sont examinés par un médecin sénior du service des urgences sur réquisition du Procureur de la République.

Une enquête menée en 1998 dans les UAUP des CHU et de certains CHG (33) retrouvait également un recours direct pour 80 % des enfants. Deux autres études menées au CHRU de Lille et de Nantes (34) confirmaient un recours direct variable de 74 % à Lille à 58 % à Nantes. Il est plus élevé pour les traumatismes. Pour les enfants adressés par un médecin, celui-ci était le médecin habituel (84 %), son remplaçant (6 %), un autre médecin (10 %).

- Degré d'urgence :

2/3 des recours aux soins dans le service d'urgences pédiatriques sont motivés par une prise en charge ambulatoire qui relève de la simple consultation. 30 % des enfants présentaient une affection qui justifiait d'une prise en charge hospitalière en raison du plateau technique disponible ou de la prise en charge spécialisée. On ne recensait que 1 % d'urgences vitales.

Les médecins du POSU pédiatrique font face le plus souvent à des situations d'urgences ressenties, l'urgence vitale n'étant heureusement que très peu représentée.

L'interprétation du degré d'urgence était laissée à l'appréciation du médecin qui examinait l'enfant, ce n'est donc pas une donnée objective.

On pourrait être tenté de relier l'inflation qui touche les services d'urgences depuis quelques années avec le fait que le recours est direct le plus souvent, et penser que les parents consultent parfois pour des pathologies bénignes...Mais les parents sont-ils les seuls responsables de l'afflux massif dans les services d'urgences pédiatriques ? Monsieur le Professeur CRESSON au Congrès des Pédiatres de Langue Française en 1999 analysait la situation ainsi : « On a parfois l'impression, à écouter les plaintes et étonnements des spécialistes de l'urgence pédiatrique, qu'il suffirait que les parents aient un peu de bon sens ou de bonnes bases en éducation à la santé, pour résoudre la question des urgences intempestives. (...) Aux urgences, la rencontre entre professionnels et profanes est marquée par (au moins) deux types de décalage, dans la définition des urgences et dans leur routinisation. Les professionnels et experts opposent au « vécu » des profanes une définition de la situation qui correspond à d'autres critères qu'à ceux des profanes. Parler de « fausses urgences » dans les situations où il y a urgence pour les patients et pas pour les médecins, c'est faire comme si ces derniers étaient les seuls habilités à définir l'urgence. Ainsi, ce que les professionnels attendent des patients est paradoxal : ils doivent se comporter en individus responsables et actifs, pour prendre à bon escient la décision de consulter ou non, dans le délai convenable, dans le service ou auprès des professionnels, ad hoc. Puis, dès qu'ils sont en contact avec ces professionnels, les patients devraient s'en remettre totalement à leur jugement et traitement. Pour le patient, l'exercice est difficile : il peut s'en remettre totalement au médecin, y compris dans la définition de la situation, mais alors il risque de le submerger de situations médicalement bénignes ; ou bien il cherche à participer activement à la définition de la situation, du diagnostic au traitement, et le médecin n'acceptera pas toujours facilement ce qu'il peut considérer comme un empiètement sur son rôle propre. Dans ce sens-là, il peut y avoir conflit ou lutte. » (35)

- Place du carnet de santé aux urgences pédiatriques :

Le taux global de présentation du carnet de santé chez les patients de 0 à 20 ans qui ont recours au POSU pédiatrique est légèrement supérieur à celui obtenu en médecine générale (53.9 % aux urgences et 50.4 % en médecine générale). Il est plus souvent présenté chez les nourrissons de moins de 2 ans (87.7 % contre 71 %) ; en revanche, après cette tranche d'âge, le taux de présentation diminue pour n'être que de 58.3 % chez les 2-10 ans, 35.9 % chez les 10-15 ans et 29.8 % chez les 15-20 ans. La classe d'âge des 15-20 ans obtient un taux de présentation du carnet de santé deux fois plus important aux urgences que chez le médecin généraliste. Deux hypothèses permettent d'expliquer ces résultats : les jeunes adultes qui s'adressent encore au POSU pédiatrique sont le plus souvent des patients atteints de pathologies chroniques suivies à l'hôpital d'enfants et sont donc certainement plus sensibilisés au fait que ce document représente une source d'informations sur leurs antécédents médicaux et chirurgicaux pour les différents intervenants qu'ils sont amenés à rencontrer ; par ailleurs, ceux qui s'adressent au praticien généraliste sont presque toujours des patients connus et suivis dans ce cabinet où le médecin possède son propre dossier médical.

Le nombre de carnets de santé à jour au moment de la consultation aux urgences est globalement moins élevé que chez le généraliste (83.9 % contre 97.1 %) et ceci quelque soit la classe d'âge considérée. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs médecins assurent le suivi de l'enfant...Nous ne disposons pas de cette information lors de l'enquête des urgences.

- Déroulement de la consultation aux urgences :

Comme en médecine générale, la prise en charge d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un adolescent comporte des aspects spécifiques liés à l'âge du patient qui ne peut pas toujours verbaliser le problème ; il faut alors être attentif au langage du corps, au comportement général de ce dernier sans toutefois négliger l'accompagnant qui avance un discours, des inquiétudes, une demande... Plus encore en situation d'urgence vitale ou même ressentie, la prise en charge nécessite de faire preuve de patience, d'un sens de l'observation, de qualités de communication, qualités qui s'acquière peu à peu avec l'expérience pratique et que l'enseignement théorique ne peut remplacer ! C'est en ce sens que le stage pratique en service de pédiatrie permet à l'étudiant d'observer ses maîtres, de participer activement à la prise en charge et peu à peu, de gagner de l'assurance et de l'autonomie dans l'approche et l'examen d'un enfant mais aussi dans l'écoute et la réassurance des parents. L'enquête au sein de l'UAUP de Lille et de Nantes (34) recueillait les différentes demandes des parents lors d'une consultation aux urgences pour leur enfant : « La raison principale qu'ils invoquent pour les affections médicales est l'angoisse face à la gravité « ressentie ». Comme dans toutes les études, il existe une importante surestimation de la gravité. Pour les affections traumatiques et chirurgicales, c'est la nécessité d'un plateau technique qui arrive en première position. Les autres raisons citées, quel que soit le type d'affection, sont la confiance dans l'UAUP, puis la permanence des soins et l'indisponibilité des médecins libéraux, enfin les facilités de paiement ou de proximité. »

Nous avons tenté d'analyser chronologiquement les différents temps de la prise en charge au service d'urgences pédiatriques et les motifs de recours aux soins.

- Mesure du poids :

Globalement, la mesure du poids au POSU pédiatrique est effectuée dans 44.6 % des consultations. Elle est d'autant plus effectuée que l'enfant est petit, presque 8 fois sur 10 avant 2 ans, quatre fois sur 10 entre 2 et 10 ans, puis dans moins d'une consultation sur 4 après 10 ans.

La mesure de ce paramètre est moins souvent relevée aux urgences qu'en médecine générale. Serait-ce par manque de temps quand la salle d'attente des urgences déborde de patients et de parents inquiets et impatients ? Serait-ce parce que les rôles de chacun ne sont pas les mêmes, le généraliste assurant le suivi du développement staturo-pondéral de l'enfant, alors que les médecins des urgences prennent en charge ponctuellement un enfant ? Peut-être dispose-t-on au moment de la consultation aux urgences d'un poids récent noté dans le carnet de santé ? Enfin, la pathologie nécessitant le recours aux soins modifie également la mesure de ce paramètre, moins souvent relevé pour la traumatologie que pour une affection médicale.

- Motifs de recours aux soins :

Peu de patients avancent un motif double à l'arrivée aux urgences ; ils ne sont que 3 dans notre effectif de 704 patients !

Une très large majorité des recours aux urgences est motivée par une affection orthopédique, traumatologique le plus souvent, puisqu'elles figurent dans 6 consultations sur 10. Loin derrière, en seconde position avec 10 %, on recense des motifs divers que nous avons regroupés dans une seule catégorie (hyperthermie isolée surtout, malaises, convulsions, problèmes neurologiques, ophtalmologiques, hématologiques, endocrinologiques ou

gynécologiques, intoxications ou ingestion de corps étranger, troubles psychologiques). La douleur abdominale reste un motif fréquent de recours dans 8.6 % des consultations. Les affections médicales gastro-entérites aiguës, pneumologie, ORL, dermatologie n'arrivent qu'ensuite en fréquence. Nous avons constaté lors de cette enquête très peu de recours pour pleurs et exclusivement chez les nourrissons.

Les motifs de recours différent en fonction de l'âge du consultant, les plus jeunes avant 9 mois présentant en majorité des affections médicales GEA ou pneumologiques, des hyperthermies ou des problèmes ORL. Entre 9 mois et 2 ans, ce sont les motifs orthopédiques ou traumatologiques qui prédominent, même si les GEA et la fièvre restent fréquents. A partir de 2 ans et de façon plus marquée avec l'âge du patient, les motifs orthopédiques et traumatologiques occupent plus des 2/3 des recours aux soins pour atteindre 8 consultations sur 10 après 15 ans.

En comparant ces résultats à ceux recensés lors de l'enquête chez le praticien généraliste, on met en évidence la différence qu'il existe dans l'activité pédiatrique sur ces deux lieux de recours aux soins. Tandis que le médecin généraliste prend en charge de nombreux patients pour des affections ORL ou pour leur suivi ou leurs vaccinations, le service d'urgences reçoit 9 fois plus d'enfants pour des motifs orthopédiques ou traumatologiques et deux fois plus pour des douleurs abdominales ou des gastro-entérites aiguës. Certaines pathologies plus spécifiques comme l'endocrinologie, l'hématologie, les intoxications sont plus spécifiques d'une prise en charge hospitalière.

- Résultats de consultation établis à l'issue de la prise en charge :

On relève plus de résultats doubles que de motifs doubles, 16 résultats de consultation établis à l'issue de la prise en charge englobent deux affections distinctes.

Les deux tiers des résultats sont d'ordre chirurgical, souvent semblables puisqu'un diagnostic différent est posé tous les 12 patients environ. La pathologie médicale est moindre en importance mais les diagnostics établis sont plus souvent différents, environ un tous les 3 patients.

Il n'est pas étonnant comme pour les motifs de recours de retrouver parmi les 4 premiers résultats de consultation des pathologies traumatologiques avec en premier lieu l'entorse, puis les contusions, les fractures et les plaies. Ces quatre diagnostics recouvrent 42 % de l'ensemble des résultats de consultation établis aux urgences. Le premier diagnostic médical n'arrive qu'en cinquième position avec 7.4 %, c'est la gastro-entérite aiguë. Les deux autres diagnostics médicaux les plus fréquents sont la constipation et la bronchiolite aiguë.

La pathologie médicale est quantitativement majoritaire dans les résultats de consultation établis chez les nourrissons avant 2 ans. Elle représente 82 % des résultats chez les moins de 9 mois, recouvrant notamment les affections pneumologiques et parmi celles-ci la bronchiolite aiguë du nourrisson. La gastro-entérite aiguë est également un diagnostic fréquent dans cette classe d'âge, particulièrement vulnérable et exposée à un risque de déshydratation. Au total, les pathologies infectieuses représentent dans cette classe d'âge plus de 60 % des résultats de consultation en englobant la bronchiolite aiguë, la gastro-entérite aiguë et les hyperthermies isolées. Nous avons relevé des résultats de consultation plus rares et qui nécessitent une prise en charge spécifique en raison de l'âge du patient, c'est le cas de la coqueluche, des apnées du sommeil ou de la maladie de Hirschprung.

Entre 9 mois et 2 ans, les affections médicales émaillent les 2/3 des prises en charge toujours pour les mêmes pathologies infectieuses. On note une augmentation des pathologies ORL qui

arrivent en troisième position avec 12.2 %. La pathologie orthopédique et traumatologique commence à prendre de l'importance dès cette classe d'âge puisqu'elle figure dans 1/3 des résultats de consultation.

Entre 2 et 10 ans, les diagnostics médicaux deviennent bien moins fréquents dans moins d'une consultation sur 3, au profit de la traumatologie. Les enfants de cet âge sont plus sujets aux pathologies éruptives et surtout aux accidents domestiques de tous ordres : brûlures, ingestion de corps étranger, intoxications, introduction de corps étranger dans les narines ou le conduit auditif.

A partir de 10 ans, $\frac{3}{4}$ des recours aux soins le sont pour des affections orthopédiques ou traumatologiques. Les diagnostics d'hépatogastro-entérologie avec surtout la constipation sont plus fréquents dans cette catégorie que dans les autres. On note l'apparition d'affections liées au stress environnemental tels que l'anxiodépression, la spasmophilie, les cervicalgies. Un diagnostic de syndrome de Guillain-Barré a été porté également.

Les patients les plus âgés consultent presque exclusivement pour des problèmes traumatiques. Dans toutes les classes d'âge considérées, la part des affections de chirurgie viscérale et urologique est peu importante entre 0 et 3.3 %.

Même si la majeure partie des résultats de consultation au POSU pédiatrique sont d'ordre traumatologiques, il est important de souligner l'importance des pathologies médicales chez les nourrissons, maladies infectieuses virales essentiellement, de remarquer les diagnostics d'affections plus spécifiques ou plus rares telles que la maladie de Hirschprung, la coqueluche, les apnées du sommeil, le syndrome de Guillain-Barré, les leucémies ou une pancréatite... On retiendra également de ce travail l'importance des accidents domestiques dans la classe d'âge des 2-10 ans.

- **Recours nécessaires :**

Le nombre de recours utilisés aux urgences est majeur en comparaison à la médecine générale : 86.6 % des prises en charge donnent lieu à la prescription de radiologie, d'hospitalisation, de consultation spécialisée ou de biologie le plus souvent.

Les patients les plus jeunes avant 9 mois obtiennent un taux de recours de 100 %, surtout représenté par l'hospitalisation dans presque 2/3 des cas puis de radiologie ou de biologie. La kinésithérapie est également plus souvent prescrite dans cette classe d'âge, avant tout respiratoire dans les bronchiolites aiguës. Entre 9 mois et 2 ans, le taux de recours reste très élevé (89.2 %), en premier lieu hospitalisation puis radiologie ou biologie.

Après 2 ans, le taux d'hospitalisation diminue de façon notable en-dessous de 20 % alors que le taux de recours se maintient à des chiffres supérieurs à 75 %. Ces recours sont surtout justifiés par des prescriptions d'imagerie radiologiques dans les affections traumatologiques. On relève lors de cette étude l'utilisation d'autres recours qui sont des avis auprès du centre anti-poisons ou des électrocardiogrammes.

La comparaison de ces résultats avec un cabinet de médecine générale paraît difficile, en sachant que les patients reçus aux urgences sont souvent atteints de pathologies plus graves ou plus spécifiques qui nécessitent la mise en œuvre de ces différents recours, que souvent les médecins généralistes adressent aux urgences les enfants qui ont besoin d'examens complémentaires pour des raisons de continuité des soins dans la prise en charge, et que les parents qui consultent un service d'urgences pour des affections traumatologiques le font en premier lieu pour bénéficier du plateau technique (34).

- **Type de prise en charge :**

A l'issue de l'examen clinique de l'enfant et des différents recours nécessaires à l'établissement d'un diagnostic ou d'une hypothèse diagnostique, le médecin du POSU pédiatrique prescrit en premier lieu des thérapeutiques symptomatiques. ¼ des patients bénéficient de conseils ou de mesures de prévention. Enfin, la thérapeutique curative ne représente que 18 % des prescriptions.

Les nourrissons les plus jeunes et surtout leurs parents quittent le service une fois sur 2 en ayant reçu des conseils concernant le traitement, la pathologie et l'évolution prévisible des symptômes. Les prescriptions de thérapeutiques curatives dans cette classe d'âge sont quasi nulles (4%).

Au fur et à mesure que l'âge du patient augmente, la part des conseils et de la prévention diminue pour laisser place aux prescriptions symptomatiques. Les prescriptions à visée curative restent minoritaires dans toutes les classes d'âge avec un maximum de 27 % de la totalité des prescriptions entre 2 et 10 ans.

Les prescriptions établies à l'issue de la prise en charge d'un patient de 0 à 20 ans au POSU pédiatrique de Nancy se répartissent dans les trois catégories de la même façon que lors de l'enquête en médecine générale. Les prescriptions symptomatiques sont les plus fréquentes (55.1 %) et plus encore qu'en médecine générale (42.5 %). La part de l'activité de prévention aux urgences est légèrement plus basse que chez le praticien (26.1 % et 32 %). Enfin, la thérapeutique curative est moindre aux urgences (18.8 % contre 25.5 % en médecine générale).

Il est important de remarquer que plus encore qu'en médecine générale, les jeunes patients qui consultent aux urgences pédiatriques et leurs parents bénéficient à l'issue de la prise en charge de prescriptions symptomatiques dans plus de la moitié des cas, de conseils ou de prévention une fois sur quatre (mais bien plus souvent pour un tout-petit), et en dernier lieu de thérapeutiques curatives !

III.4. ANALYSE GLOBALE DU TRAVAIL D'ENQUETE

III.4.1. Pathologies rencontrées en médecine générale et au service d'urgences pédiatriques

L'enquête d'activité réalisée chez le praticien généraliste a permis de mettre en évidence une majorité de recours pour des affections ORL et parmi elles la rhinopharyngite aiguë, l'otite moyenne aiguë ou l'angine. L'activité de prévention est omniprésente en médecine générale, le deuxième motif de recours étant le suivi et/ou les vaccinations, la demande de rédaction de certificat représente 6 % des motifs. Le généraliste est également amené à gérer des problèmes de traumatologie courante : entorses, contusions, traumatismes divers ainsi que des pathologies de croissance. L'infectiologie hors sphère ORL fait aussi partie du quotidien avec en premier lieu la gastroentérite aiguë, les maladies éruptives, les bronchites aiguës... Les douleurs abdominales ne sont pas rares, constipation le plus souvent... La gestion de l'asthme incombe également au praticien, que ce soit au moment d'une crise ou pour le traitement de fond. Plus rarement, il arrive que ce dernier prennent en charge des affections dermatologiques de type eczéma ou urticaire, primo-infection herpétique. C'est encore le médecin de famille que l'on vient trouver quand un enfant parle

d'attouchements sexuels, quand un comportement inquiète, quand un spasme du sanglot panique les parents au milieu de la nuit...

Les affections rencontrées en service d'urgences pédiatriques sont parfois semblables à l'activité de consultation de médecine générale et parfois bien différentes. Deux recours sur trois sont motivés par des pathologies traumatologiques ; entorses, fractures, plaies et traumatismes divers sont quotidiens. Parallèlement, de nombreux enfants et notamment les plus jeunes sont pris en charge pour des affections médicales allant de la plus bénigne à la plus grave mettant en jeu le pronostic vital. Parmi elles, on recense surtout des gastroentérites aiguës, des bronchiolites du nourrisson et des constipations. L'hyperthermie isolée ou associée à des convulsions est un motif fréquent de recours. Les pathologies éruptives ne sont pas rares non plus. Les médecins de ce service ont parfois à faire face à des situations où un diagnostic grave est porté au service des urgences tels que la découverte d'un cancer, d'une leucémie, d'un purpura ou d'une méningite. Enfin, certaines pathologies plus rares ou qui nécessitent une prise en charge hospitalière sont rencontrées : c'est le cas de la coqueluche, des apnées du sommeil, de la maladie de Hirschprung, du syndrome de Guillain-Barré ou de la pancréatite aiguë. L'enquête que nous avons réalisée nous a également permis de noter l'importance de la pathologie accidentelle domestique entre 2 et 10 ans. Nous avons aussi assisté à plusieurs consultations effectuées par un médecin sénior sur réquisition dans un contexte de suspicion de maltraitance.

III.4.2. Réponse apportée : complémentarité des formations pratiques

A l'issue de ce travail d'enquête et de la réalisation de ces deux stages pratiques de troisième cycle de médecine générale, il apparaît que les formations reçues ne sont ni redondantes ni contradictoires mais se complètent afin d'apporter l'expérience pratique nécessaire à une activité quotidienne de consultation d'enfants en médecine générale.

Dans un premier temps, le stage chez le praticien généraliste nous a permis de nous former à l'examen clinique d'un enfant en bonne santé dans le cadre de l'activité de suivi, de connaître les conseils à formuler aux parents concernant l'alimentation, le sommeil, la croissance et le développement de leur enfant. La réalisation pratique de séances de vaccination, la familiarisation avec les modalités pratiques du calendrier vaccinal ont également eu lieu lors de ce stage. Par ailleurs, l'activité ORL nous a permis de réaliser le diagnostic clinique d'une otite moyenne aiguë par l'otoscopie, de reconnaître et de connaître les modalités de prise en charge d'une rhinopharyngite aiguë, d'une angine, notamment sur le plan des prescriptions symptomatiques ou de l'explication aux parents de la réalisation d'une désobstruction rhinopharyngée. Sur le plan orthopédique et traumatologique, nous avons réalisé la suture de plaies, le diagnostic et le suivi de pathologies de croissance, la prise en charge de la traumatologie courante avec parfois prescriptions et lectures d'examens radiologiques. Nous avons rencontré et pris en charge des pathologies éruptives telles que la varicelle, la scarlatine ou la primo-infection herpétique. Les douleurs abdominales, le plus souvent gastroentérites aiguës ou constipations, nécessitaient des conseils portant sur le régime alimentaire de l'enfant, sur les signes qui justifiaient une nouvelle consultation... Enfin, d'autres thèmes ont pu être abordés sur un plan pratique et théorique avec le praticien-maître de stage tels que le suivi d'un enfant atteint d'une maladie chronique (eczéma, asthme ou cardiopathie congénitale...), les consultations d'ordre psychologique, la conduite à tenir avec les parents. Ce stage nous a apporté énormément tant sur le plan du savoir, que du savoir-faire et bien souvent dans le domaine relationnel avec l'enfant ou avec ses parents. Parallèlement à cette

activité de consultation en cabinet, ce stage a aussi été l'occasion de réaliser des vacances en service de Protection Maternelle et Infantile.

Le stage en service d'urgences pédiatriques correspondait à un poste de résident en médecine infantile. Même si nous avons parfois pris en charge des patients pour des problèmes traumatologiques courants, notre activité se situait le plus souvent dans le pôle médical du service. Nous avons pu prendre en charge des patients atteints de gastroentérite aiguë avec ou sans déshydratation, de bronchiolites aiguës parfois sévères. Pour ces deux affections, l'expérience nous a permis de reconnaître les signes de gravité qui imposent l'hospitalisation, d'informer les parents sur les conseils hygiéno-diététiques à mettre en œuvre, sur la surveillance nécessaire... Les douleurs abdominales secondaires à une constipation étaient fréquentes, nécessitant toujours des conseils alimentaires et d'hygiène de vie. La pathologie infectieuse occupait une place importante dans l'activité médicale : hyperthermie isolée, maladies éruptives, viroses... D'autres affections plus rares ont été rencontrées dans ce service : coqueluche et apnée du sommeil chez les nourrissons, pancréatite aiguë, méningite ou syndrome de Guillain-Barré chez les plus grands. Certains aspects plus spécifiques ont été abordés lors de consultations pour suspicion de maltraitance, notamment dans les modalités de prise en charge d'un enfant (à qui adresser cet enfant, qui fait quels examens à l'enfant, comment procéder ?). Parallèlement à cette formation pratique diversifiée, un enseignement théorique était assuré par les médecins de l'hôpital d'enfants lors de séances d'enseignement ou lors des staffs journaliers. Ce stage nous a également permis de savoir hiérarchiser les urgences qui se présentent parfois de façon massive et de connaître quelques clés dans l'attitude et la communication à tenir avec les parents afin d'apaiser les angoisses et les inquiétudes. Le rôle « central » du service d'urgence au sein du système de santé de l'enfant rend possible une meilleure connaissance des différents intervenants de santé.

Au total, la réalisation de ces deux stages pratiques semble, pour ce qui est de notre expérience, être une chance de pouvoir rencontrer quotidiennement des pathologies courantes dans leurs aspects diagnostiques et thérapeutiques, mais aussi de connaître et de reconnaître certaines affections plus rares ou plus graves. C'est un savoir-faire que nous avons ainsi pu acquérir, mais aussi un savoir transmis par nos professeurs venant compléter l'enseignement théorique reçu durant les premier et deuxième cycles d'études. Enfin, l'observation du savoir-être de médecins plus expérimentés nous permettra sans doute d'adopter l'attitude adaptée à des circonstances difficiles pour un enfant ou pour ses parents, sur le plan relationnel...

CONCLUSION

Les moins de 20 ans représentent plus du quart de la population française et choisissent le médecin généraliste comme premier recours dans plus de 62 % des cas (10). La médecine de l'enfant est une activité quotidienne du généraliste et s'accroît en relation avec la diminution du nombre des pédiatres.

Notre travail d'enquête a mis en évidence la complémentarité des formations apportées par le stage chez le praticien et un stage en service d'urgences pédiatriques.

Le stage chez le praticien est l'occasion de se familiariser avec les pathologies ORL de l'enfant (40 % des motifs), le suivi et la vaccination (13 %) et la traumatologie courante (10%). 16 % des patients rencontrés au cours de l'étude ont moins de 20 ans.

Dans un service d'urgences pédiatriques, les patients sont âgés de moins de 15 ans le plus souvent. Ils consultent pour un problème d'orthopédie ou de traumatologie dans 2/3 des cas. La pathologie accidentelle est fréquente. Le tiers de l'activité correspond à des affections médicales représentées essentiellement par les gastroentérites aiguës et les bronchiolites, à tous les degrés de gravité. D'autres pathologies plus rares sont rencontrées : la coqueluche, le syndrome de Guillain-Barré, des affections hématologiques, la maladie de Hirschprung...

Les recours complémentaires sont peu fréquents chez le généraliste à type de radiologies, demandes de consultations spécialisées ou prescription d'orthophonie. Ils représentent 9 situations sur 10 aux urgences, hospitalisations et radiologies en tête.

Ces deux lieux de stage permettent d'appréhender l'utilisation du carnet de santé de l'enfant, qu'il s'agisse d'un examen de santé en médecine générale ou de se référer à un poids récent face à un enfant déshydraté aux urgences.

Cette formation pratique au cours du troisième cycle de médecine générale n'intervient qu'après un enseignement théorique dispensé à la faculté au cours du deuxième cycle essentiellement. La pédiatrie est enseignée au cours de 5 thèmes d'apprentissage par problème, d'un module spécifique de 113 heures lors du stage en service pédiatrique et par un module « Maturation et vulnérabilité » qui aborde 17 questions de médecine et chirurgie infantiles. Ce volume horaire a doublé il y a 2 ans lors de la dernière réforme. Nous relevons malgré tout une diminution du nombre d'heures destinées à l'enseignement de la séméiologie pédiatrique. Certains thèmes ne sont pas abordés spécifiquement tels que le dépistage du handicap chez l'enfant, l'utilisation du carnet de santé et les examens de santé, les relations avec les parents. D'autres sujets sont traités au cours de modules qui concernent l'adulte : les vaccinations (3heures), les pathologies ORL (5 heures), la dermatologie.

Cette année, un séminaire de pédiatrie a été mis en place pour les résidents à la faculté de Nancy. Une journée d'enseignement permet de traiter de la surveillance du nourrisson, du dépistage des handicaps sensoriels, de problèmes courants aux niveaux digestif, respiratoire, dermatologique et orthopédique sous formes d'ateliers.

Les récentes réformes de l'enseignement montrent une volonté d'adapter la formation à la pratique quotidienne des généralistes qui prennent en charge des enfants.

Une future étude réalisée auprès des nouveaux généralistes issus de cette formation actuelle pourrait venir compléter ce travail en appréciant les modifications apportées dans la pratique quotidienne de la médecine de l'enfant !

BIBLIOGRAPHIE

1. BOURILLON A.
Pédiatrie pour le praticien. 3^o édition.
Paris : Masson, 2000. 616 p.
2. POULET J., SOURNIA J.-C., MARTINY M.
Histoire Générale de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire.
Paris : A. MICHEL ;LAFFONT ;TCHOU, 1977-1980. 8 volumes.
KOTEK S. Histoire Générale de la pédiatrie des origines à la fin du XVIII^{ème} siècle.
Volume VIII ; p. 107-133.
NEIMANN N., PIERSON M. Histoire Générale de la pédiatrie aux 19^{ème} et 20^{ème} siècles. Volume VIII ; p. 133-147.
3. HUARD P., LAPLANE R.
Histoire illustrée de la pédiatrie.
Paris : Ed. Roger DACOSTA, 1981-1982. Tome premier ; p. 29.
4. ALEXANDRE-BIDON D.
Aux origines de la pédiatrie : la médecine de l'enfant au Moyen-Age.
Conférences d'Histoire de la Médecine. Cycle 1998-1999
Institut d'histoire de la médecine. Université Claude Bernard LYON I..
Lyon : Fondation Marcel Mérieux, 2000 ; p. 117-131.
5. MOREL M.-F.
Le tout-petit, sa mère et le médecin : la médicalisation de la petite enfance (XVIII^o-XX^o siècles).
XXXII^o congrès de l'association des pédiatres de langue française, Tours, 5-8 mai 1999. Société Française de Pédiatrie.
Congrès (32^{ème} : 1999 : Tours) ; p. 444s-446s.
6. HUARD P., LAPLANE R.
Histoire illustrée de la pédiatrie.
Paris : Ed. Roger DACOSTA, 1983. Tome troisième ; p. 7-32.
7. Service Médical de la Région du Nord-est. CRAM de Lorraine.
Statistiques et indicateurs de la santé et du social.
Sources DRASS-ADELI. Mars 2001.
8. Site Internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins.
<http://www.conseil-national.medecin-fr>
9. POUCHAIN D., ATTALI C., DE BUTLER J., *et al.*
Médecine Générale : concepts et pratiques. Collège National des Généralistes Enseignants.
Paris : Masson, 1996 ; 1 025 p.
10. BOURILLON A., RUSCH E.
Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal.
Revue du Praticien, vol. 53 (4), 2003 ; p.415- 422.

11. ROUSSEY M.
Situation sanitaire et sociale des enfants. 1999.
Site internet de la faculté de Rennes : <http://www.med.univ-rennes1.fr>
12. BERGOGNE A.
Les adolescents, leur santé et leur généraliste.
Concours Médical., vol. 124 (14), 2002 ; p.958-959.
13. MICHAUD P.-A., ALVIN P., DESCHAMPS J.-P., FRAPPIER J.-Y., MARCELLI D., TURSZA A.
La santé des adolescents. Approches, soins, prévention.
Lausanne : Payot , 1997 ; 619 p.
14. Ordre National des Médecins
Démographie médicale : face aux inquiétudes, les solutions de l'Ordre.
Bulletin de l'Ordre des Médecins ; Décembre 2001 ; p. 7.
15. POINDRON P.-Y., GAUDIN F.
Démographie médicale : agir maintenant contre la pénurie.
Impact Médecin Hebdo, 2001, n°559 ; p. 36-41.
16. BEAUFILS F.
Démographie médicale pédiatrique et urgences.
XXXII^e congrès de l'association des pédiatres de langue française, Tours, 5-8 mai 1999. Société Française de Pédiatrie.
Congrès (32^{ème} : 1999 : Tours) ; p. 469s-470s.
17. Loi n° 89-899 du 18 Décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé.
Journal Officiel de la République Française. 15 Décembre 1989.
18. GAY B., ALLEN J.
Une nouvelle définition pour la médecine générale.
La Revue du Praticien-Médecine générale. Vol.16 (587NS), 2002 ; p. 1371-1372.
19. LLORCA G.
La Formation Médicale : aspects conceptuels
Lyon : Meditions, c1999 ; 219 p.
20. BUDOWSKI M.
3^e cycle : comment en finir avec les incertitudes.
Panorama du Médecin, 2001, n°4827 ; p. 7.
21. MATTEI J.-F., ETIENNE J.-C., CHABOT J.-M.
De la médecine à la santé. Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé.
Paris : Flammarion, 1997 ; 143 p.

22. Médecine Méditerranée V
La formation de l'étudiant en médecine générale.
Athènes 26 et 27 Avril 1991.
Paris : Institut des Sciences et de la Santé, 1991 ; p. 59-73.
23. DE BUTLER J.
Une médecine générale pour le troisième millénaire.
La Revue du Praticien-Médecine générale. 2002, 16 (587) ; p. 1443-1445.
24. Arrêté du 18 Mars 1992 modifié par l'arrêté du 21 Avril 1994 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. Extraits des livrets d'organisation de l'enseignement de la faculté de Nancy.
25. Arrêté du 4 Mars 1997 modifié par l'arrêté du 10 Octobre 2000 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle d'études médicales. Extraits des livrets d'organisation de l'enseignement de la faculté de Nancy.
26. Décret du 16 Mai 1997 modifié relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. Extraits des livrets d'organisation de l'enseignement de la faculté de Nancy.
27. Arrêté du 29 avril 1988 modifié par l'arrêté du 13 Mars 1998 portant sur l'organisation du troisième cycle de médecine générale. Extraits des livrets d'enseignement de la faculté de Nancy.
28. Décret du 7 Avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. Extraits des livrets d'enseignement de la faculté de Nancy.
29. Décret du 10 Novembre 1999 modifié portant sur le statut des résidents
30. AGUZZOLI F., LE FUR P., SERMET C.
Clientèles et motifs de recours en médecine libérale. France 1992.
Paris : CREDES, 1994, 1008 p.
31. GRIOT E.
Les consultations d'enfant en médecine générale.
Revue du Praticien-Médecine générale. 1998. Vol.12 (421) ; p. 24-31.
32. JEANDIDIER B., DOLLON C., LABORDE H., PARIES J., GAUDELUS J.
Le faux débat des fausses urgences.
XXXII^e congrès de l'association des pédiatres de langue française, Tours, 5-8 mai 1999. Société Française de Pédiatrie.
Congrès (32^{ème} : 1999 : Tours) ; p. 464s -466s.
33. LECLERC A., MARTINOT A., SADIK A., HUE V., DORKENOO A.
L'inflation des urgences pédiatriques.
XXXII^e congrès de l'association des pédiatres de langue française, Tours, 5-8 mai 1999. Société Française de Pédiatrie.
Congrès (32^{ème} : 1999 : Tours) ; p. 454s-455s.

34. MARTINOT A. ,BOSCHER C. ,ROUSTIT C. ,HUE V. ,LECLERC F. ,MOUZARD A.
Motifs de recours aux urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des urgences ambulatoires ?
XXXII^o congrès de l'association des pédiatres de langue française, Tours, 5-8 mai 1999. Société Française de Pédiatrie.
Congrès (32^{ème} : 1999 : Tours) ; p. 461s -463s.
35. CRESSON G.
Les urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes dans la relation parent-soignant.
XXXII^o congrès de l'association des pédiatres de langue française, Tours, 5-8 mai 1999. Société Française de Pédiatrie.
Congrès (32^{ème} : 1999 : Tours) ; p. 448s-450s.

ANNEXES

Je réalise cette enquête destinée aux parents dans le cadre de ma thèse : Formation des médecins généralistes pour la médecine de l'enfant. Elle va servir à connaître vos attentes par rapport à votre médecin lors d'une consultation avec votre enfant. Je vous remercie d'avoir la gentillesse de le remplir et de le restituer ensuite à l'accueil ou à moi-même (Mlle MATHIEU Séverine, interne). Ce questionnaire restera anonyme. Merci de votre participation.

1) Combien y a t'il d'enfants dans votre famille ?

1) Pour quel problème consultez-vous aujourd'hui avec votre enfant ?

- Fièvre - conseils
- Toux - mal au ventre ou diarrhée
- Autre, précisez :

2) Qui consultez-vous le plus souvent pour votre enfant ?

LE JOUR :

- Médecin de famille
- Pédiatre
- Urgences hôpital

LA NUIT OU JOURS FERIES :

- Médecin de garde
- Pédiatre de garde
- Urgences hôpital

3) Pourquoi ?

	LE JOUR	LA NUIT OU JOURS FERIES
Parce que c'est plus près de chez vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parce que c'est plus rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour une question de prix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par confiance ou par habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre motif, précisez :		

4) Qu'attendez- vous de votre médecin pour votre enfant (numérotez de 1 à 5 du plus important au moins important pour vous) ?

- des conseils sur l'alimentation, l'éducation
- un bon contact avec votre enfant, de la douceur
- des médicaments
- un suivi de votre enfant tout au long de sa croissance
- qu'il connaisse bien votre enfant

5) Que diriez-vous de votre médecin de famille :

Il prend assez , trop ou pas assez de temps pour la consultation de votre enfant ?

	OUI	NON
Il est disponible ?		
Il vous donne des conseils ?		
Il répond à vos questions ?		
Le pensez-vous capable de gérer tous les problèmes que votre enfant pourrait présenter ?		
Estimez-vous que votre enfant est bien suivi ?		

6) Voudriez-vous consulter un autre médecin ?

7) Vous pouvez ajouter ci-dessous tout ce qui vous semble important à propos de votre médecin traitant :

TABLEAUX DE DONNEES QUESTIONNAIRE PARENTS

NOMBRE D'ENFANTS	%
1	32
2	37
3 ou plus	31

MOTIF RECOURS	%
abdo	25,8
autre	19,2
fièvre	30
conseils	3,3
toux	19,2
suivi	2,5

QUI CONSULTENT LES PARENTS ?		
	le jour	la nuit
Médecin de famille	59	
Pédiatre	26	
Urgences Hôpital	2	41
Généraliste de garde		41
Pédiatre de garde		5
MF et pédiatre	10	
MF et urgences	3	
PG et urgences		1
MG OU PG		1
MG OU URGENCES		11

JOUR	Motif MF	Motif Pédiatre	Motif urgences
proximité	33,7	19,3	27,2
rapidité	10,9	12,9	18,2
habitude/confiance	53	67,8	36,4
prix	2,4	0	18,2

NUIT	Motif MG	Motif PG	Motif Urgences
proximité	32,6	33,3	17,2
rapidité	10,2	66,7	73,4
prix	14,3	0	0
habitude/confiance	42,9	0	9,4

ATTENTES	conseils	contact	médicaments	suivi	relation
médecin de famille	5	3	4	1	2
pédiatre	4	3	5	1	2
urgences hôpital	5	2	4	3	1

IMAGE DU MEDECIN TRAITANT				
	MEDECIN GENERALISTE		PEDIATRE	
	oui (%)	non (%)	oui (%)	non (%)
disponibilité	95,2	4,8	86,1	13,9
conseils	93,6	6,4	97,2	2,8
répond aux questions	98,4	1,6	97,2	2,8
peut gérer tous les problèmes	69,4	30,6	69,5	30,5
bon suivi	91,9	8,1	88,9	11,1
désir de consulter un autre médecin	83,9	16,1	77,8	22,2

CONSULTATION D'UN ENFANT OU D'UN ADO DE 0 à 20 ANS

• PRESENTATION

- Age de l'enfant ou de l'adolescent :
- Sexe M F
- Place dans la fratrie (ex. 1/3, 2/4 ..) :
- Connu ou 1° consultation
- Suivi par un pédiatre : OUI NON
- Accompagnant : parent ami nourrice pas d'accompagnant

• TYPE DE CONSULTATION

V CS AVEC RDV CS SANS RDV

• MOTIF

- | | |
|--|--------------------------------------|
| Suivi <input type="checkbox"/> | ORL <input type="checkbox"/> |
| Vaccination <input type="checkbox"/> | Pneumologie <input type="checkbox"/> |
| Douleur abdo <input type="checkbox"/> | Dermato <input type="checkbox"/> |
| Orthopédie – Traumato <input type="checkbox"/> | Psycho <input type="checkbox"/> |
| Autre, précisez : | |

POIDS	
TAILLE	

- CARNET DE SANTE APPORTE : OUI NON
- CARNET DE SANTE A JOUR : OUI NON

- RECOURS : biologie kinésithérapie
- radiologie orthophonie
- hospitalisation autre :
- spécialiste

• RESULTAT DE CONSULTATION :

• PRISE EN CHARGE :

- Thérapeutique curative
- Symptomatique
- Conseil – Prévention

TABLEAUX DE DONNEES : ENQUETE CHEZ LE PRATICIEN
Septembre 2001.

Dates	patients/jour	0-15 ans	% 0 - 15 ans	15-20 ans	% 15 - 20 ans	total 0 - 20 ans	% 0 - 20 ans
Lundi 3 Septembre	55	4	7,3	0	0	4	7,3
Mardi 4 Septembre	43	7	16,3	1	2,3	8	18,6
Mercredi 5 Septembre	19	5	26,3	0	0	5	26,3
Jeudi 6 Septembre	49	5	10,2	0	0	5	10,2
Vendredi 7 Septembre	37	5	13,5	1	2,7	6	16,2
Samedi 8 Septembre	21	3	14,3	2	9,5	5	23,8
Lundi 10 Septembre	39	3	7,7	0	0	3	7,7
Mardi 11 Septembre	36	3	8,3	2	5,5	5	13,8
Mercredi 12 Septembre	19	2	10,5	0	0	2	10,5
Jeudi 13 Septembre	42	5	11,9	1	2,4	6	14,3
Vendredi 14 Septembre	43	3	6,9	2	4,6	5	11,6
Samedi 15 Septembre	30	6	20	1	3,3	7	23,3
Lundi 17 Septembre	41	4	9,7	1	2,4	5	12,2
Mardi 18 Septembre	40	6	15	1	2,5	7	17,5
Mercredi 19 Septembre	20	3	15	0	0	3	15
Jeudi 20 Septembre	38	3	7,9	3	7,9	6	15,8
Vendredi 21 Septembre	53	9	17	1	1,9	10	18,9
Samedi 22 Septembre	27	5	18,5	1	3,7	6	22,2
Lundi 24 Septembre	49	8	16,3	1	2	9	18,4
Mardi 25 Septembre	38	3	7,9	1	2,6	4	10,5
Mercredi 26 Septembre	20	2	10	0	0	2	10
Jeudi 27 Septembre	50	6	12	2	4	8	16
Vendredi 28 Septembre	23	4	17,4	1	4,3	5	21,7
Samedi 29 Septembre	27	4	14,8	7	25,9	11	40,7
total	859	108	12,57%	29	3,38%	137	15,90%

POURCENTAGE PAR CLASSES D'AGE ET PAR SEXE						
	nb de filles	% filles	nb de garçons	% garçons	total	% total
0 - 9 mois	6	4,4	4	2,9	10	7,3
9 mois - 2 ans	11	8	7	5,1	18	13,1
2 - 10 ans	19	13,9	23	16,8	42	30,7
10 - 15 ans	14	10,2	24	17,5	38	27,7
15 - 20 ans	14	10,2	15	11	29	21,2
Total	64	46,7	73	53,3	137	100

MOYENNES D'AGES	
	moyenne
0-2	10 mois 1/2
0-9 mois	3 mois
2 - 10	5 ans 4 mois
10 - 15	11 ans 11 mois
15-20	16 ans 7 mois
total	8 ans 8 mois

PLACE DANS LA FRATRIE	%
Premier enfant	42,30%
Deuxième enfant	33,60%
Troisième et plus	24,10%

NOMBRE D' ENFANTS DANS LA FAMILLE	%
1 enfant	20,40%
2 enfants	30,70%
3 enfants ou plus	48,90%

ENFANTS CONNUS ET NON CONNUS	Nombre (%)
Connus	131 (95,6 %)
Non connus	6 (4,4 %)
Total	137 (100 %)

ENFANTS SUIVIS PAR UN PEDIATRE	Nombre (%)
Suivis	8 (5,8%)
Non suivis	129 (94,2 %)
Total	137 (100 %)

ACCOMPAGNANT	Nombre (%)
SANS	20 (14,6 %)
PARENT	115 (83,9 %)
NOURRICE	1 (0,73 %)
AMI	1 (0,73 %)
TOTAL	137 (100 %)

MODE DE RECOURS	Nombre (%)
Consultation sans RDV	100 (73 %)
Consultation avec RDV	32 (23,3 %)
Visite	5 (3,7 %)
Total	137 (100%)

CARNET DE SANTE					
	0 - 2 ans	2 - 10 ans	10 - 15 ans	15 - 20 ans	total des 0 - 20 ans
Carnet de santé présenté (%)	71,40%	64,30%	50%	10,30%	50,40%
Carnet de santé à jour (%)	71,40%	64,30%	44,75%	10,30%	48,94%

MESURE DU POIDS ET DE LA TAILLE						
	0 - 9 mois	9 mois - 2 ans	2 - 10 ans	10 - 15 ans	15 - 20 ans	total 0 - 20 ans
Mesure du poids (%)	100%	89,30%	85,70%	65,80%	34,50%	70,00%
Mesure de la taille (%)	100%	64,30%	44,80%	36,80%	27,60%	43%

MOTIF DE CONSULTATION PAR CLASSES D'AGE												
	0 - 9 mois	0 - 9 mois (%)	9 mois - 2 ans	9 mois - 2 ans (%)	2 - 10 ans	2 - 10 ans (%)	10-15 ans	10-15 ans (%)	15-20 ans	15-20 ans (%)	total	total (%)
ORL	1	9,1	10	52,5	29	64,4	9	22,5	11	36,7	60	41,4
Suivi - Vaccination	4	36,3	5	26,3	3	6,7	6	15	1	3,3	19	13,1
Orthopédie-Traumatologie	0	0	0	0	2	4,45	8	20	4	13,3	14	9,7
Douleur abdominale	2	18,2	1	5,3	2	4,45	4	10	2	6,7	11	7,6
Autres	1	9,1	1	5,3	1	2,2	1	2,5	6	20	10	6,9
Pneumologie	2	18,2	0	0	3	6,7	2	5	2	6,7	9	6,2
Certificat	0	0	0	0	2	4,45	5	12,5	2	6,7	9	6,2
Psychologie	1	9,1	1	5,3	2	4,45	2	5	1	3,3	7	4,8
Dermatologie	0	0	1	5,3	1	2,2	3	7,5	1	3,3	6	4,1
Total	11	100	19	100	45	100	40	100	30	100	145	100
	10 dont 1 DM		18 dont 1 DM		42 dont 3 DM		38 dont 2 DM		29 dont 1 DM			

Autres = urgence, régurgitations, prescription orthophonie, cardio, 2 allergo, 2 contraception, gynéco, urologie.

RESULTAT DE CONSULTATION PAR CLASSES D'AGE

	0 - 9 mois	9 mois - 2 ans	2-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	total
rhino	1 (9.1 %)	10 (55,5 %)	20 (44,4 %)	6 (14,6 %)	6 (20 %)	43 (29,6 %)
suivi - vaccination	4 (36,3 %)	4 (22,2%)	2 (4,5%)	6 (14,6 %)	1 (3,33 %)	17 (11,7 %)
angine			7 (15,5 %)	2 (4,9 %)	4 (13,33 %)	13 (8,9 %)
certificat			2 (4,5 %)	5 (12,2 %)	2 (6,67 %)	9 (6,2 %)
bronchite	1 (9.1 %)	0	2 (4,5 %)	2 (4,9 %)	2 (6,67 %)	7 (4,8 %)
GEA		1 (5,55 %)	2 (4,5 %)	3 (7,3 %)	1 (3,33 %)	7 (4,8 %)
torticolis			1 (2,2 %)	2 (4,9 %)		3 (2,1 %)
conseils alimentaires		1 (5,55%)	1 (2,2 %)			2 (1,4 %)
abus sexuel			2 (4,5 %)			2 (1,4 %)
toux	1 (9.1 %)	0	1 (2,2 %)			2 (1,4 %)
otite moyenne aiguë			1 (2,2 %)	1 (2,44 %)		2 (1,4 %)
colopathie				1 (2,44 %)	1 (3,33 %)	2 (1,4 %)
eczéma				2 (4,9 %)		2 (1,4 %)
entorse				1 (2,44 %)	1 (3,33 %)	2 (1,4 %)
maladie d'Osgood				2 (4,9 %)		2 (1,4 %)
contraception					2 (6,67 %)	2 (1,4 %)
désensibilisation					2 (6,67 %)	2 (1,4 %)
lombalgie					2 (6,67 %)	2 (1,4 %)
vomissements	1 (9.1 %)	0				1 (0,7 %)
prescription orthophonie			1 (2,2 %)			1 (0,7 %)
scarlatine			1 (2,2 %)			1 (0,7 %)
suture			1 (2,2 %)			1 (0,7 %)
régurgitations	1 (9.1 %)	0				1 (0,7 %)
tabac				1 (2,44 %)		1 (0,7 %)
anxiodépression		1 (5,55%)				1 (0,7 %)
douleur gril costal				1 (2,44 %)		1 (0,7 %)
dystonie neurovégétative				1 (2,44 %)		1 (0,7 %)
spasme du sanglot	1 (9.1 %)	0				1 (0,7 %)
primoinfection herpès		1 (5,55 %)				1 (0,7 %)
gonalgie				1 (2,44 %)		1 (0,7 %)
sommeil	1 (9.1 %)	0				1 (0,7 %)
scapulalgie				1 (2,44 %)		1 (0,7 %)
suivi de CIA				1 (2,44 %)		1 (0,7 %)
trouble du comportement				1 (2,44 %)		1 (0,7 %)
urticaire				1 (2,44 %)		1 (0,7 %)
anxiété					1 (3,33 %)	1 (0,7 %)
asthme			1 (2,2 %)			1 (0,7 %)
cystite aiguë					1 (3,33 %)	1 (0,7 %)
dorsalgie					1 (3,33 %)	1 (0,7 %)
leucorrhée					1 (3,33 %)	1 (0,7 %)
pharyngite					1 (3,33 %)	1 (0,7 %)
impétigo					1 (3,33 %)	1 (0,7 %)
TOTAL	11	18	45	41	30	145

RESULTAT DE CONSULTATION PAR CLASSES D'AGE : regroupement par catégories (confrontation aux motifs)												
	0 - 9 mois	0 - 9 mois (%)	9 mois - 2 ans	9 mois - 2 ans (%)	2 - 10 ans	2 - 10 ans (%)	10-15 ans	10-15 ans (%)	15-20 ans	15-20 ans (%)	total	total (%)
ORL	1	9,1	10	55,55	28	62,2	9	22	11	36,67	59	40,7
Suivi - Vaccination	5	45,4	5	27,8	3	6,6	6	14,6	1	3,33	20	13,8
Orthopédie-Traumatologie	0	0	0	0	2	4,5	8	19,5	4	13,33	14	9,7
Autres	1	9,1	0	0	1	2,2	2	4,9	6	20	12	8,3
Douleur abdominale	1	9,1	1	5,55	2	4,5	4	9,7	2	6,67	10	6,9
Pneumologie	2	18,2	0	0	4	8,8	2	4,9	2	6,67	10	6,9
Certificat	0	0	0	0	2	4,5	5	12,2	2	6,67	9	6,2
Dermatologie	0	0	1	5,55	1	2,2	3	7,3	1	3,33	6	4,1
Psychologie	1	9,1	1	5,55	2	4,5	2	4,9	1	3,33	5	3,4
Total	11	100	18	100	45	100	41	100	30	100	145	100

Autre = abus sexuel, contraception, désensibilisation, prescription orthophonie, régurgitations, tabac, suivi de CIA, cystite aiguë, leucorrhées

RECOURS						
	0 - 9 mois	9 mois - 2 ans	2-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	total
biologie	0	0	0	0	0	0
radiologie	0	0	0	3	1	4
hospitalisation	0	0	0	0	0	0
spécialiste	0	0	2	0	0	2
kinésithérapie	0	0	0	0	0	0
orthophonie	0	0	1	0	0	1
autres	0	0	0	0	0	0
total	0	0	3	3	1	7

TYPE DE PRISE EN CHARGE						
	0 - 9 mois	9 mois - 2 ans	2-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	total
Thérapeutique curative	1	9	24	12	12	58
Symptomatique	4	13	33	27	20	97
Conseil - Prévention	8	10	19	19	17	73
Total	13	32	76	58	49	228
% Thérapeutique curative	7,7	28,1	31,6	20,7	24,5	25,5
% Symptomatique	30,8	40,6	43,4	46,5	40,8	42,5
% Conseil - Prévention	61,5	31,3	25	32,8	34,7	32
Total %	100	100	100	100	100	100

CONSULTATION D'UN ENFANT OU D'UN ADO DE 0 à 20 ANS

• PRESENTATION

- Age de l'enfant ou de l'adolescent :
- Sexe M F
- Place dans la fratrie (ex. 1/3, 2/4 ..) :
- Suivi par un pédiatre : OUI NON
- Accompagnant : parent ami nourrice pas d'accompagnant
- Adressé par un médecin : PEDIATRE GENERALISTE NON

• DEGRE D'URGENCE :

- Urgence immédiate vitale
- Nécessité d'une prise en charge hospitalière
- Consultation

• MOTIF

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Pleurs | <input type="checkbox"/> | ORL | <input type="checkbox"/> |
| GEA | <input type="checkbox"/> | Pneumologie | <input type="checkbox"/> |
| Douleur abdo | <input type="checkbox"/> | Dermato | <input type="checkbox"/> |
| Orthopédie – Traumato | <input type="checkbox"/> | Psycho | <input type="checkbox"/> |
| Autre, précisez : | | | |

• MESURE DU POIDS : OUI NON

• CARNET DE SANTE APPORTE : OUI NON

• CARNET DE SANTE A JOUR : OUI NON

• RECOURS :

biologie	<input type="checkbox"/>	kinésithérapie	<input type="checkbox"/>
radiologie	<input type="checkbox"/>	orthophonie	<input type="checkbox"/>
hospitalisation	<input type="checkbox"/>	autre :	
consultation spécialiste	<input type="checkbox"/>		

• RESULTAT DE CONSULTATION :

• PRISE EN CHARGE :

- Thérapeutique curative
- Symptomatique
- Conseil – Prévention

TABLEAUX DE DONNEES : ENQUETE AU POSU PEDIATRIQUE
Mars 2002.

POURCENTAGE PAR CLASSES D'AGE ET PAR SEXE						
	nb de filles	% de filles	nb de garçons	% de garçons	total	total %
0 - 9 mois	30	4,3	28	3,9	58	8,2
9 mois - 2 ans	37	5,3	35	5	72	10,3
2 - 10 ans	128	18,2	155	22	283	40,2
10 - 15 ans	106	15	128	18,2	234	33,2
15 - 20 ans	26	3,7	31	4,4	57	8,1
Total	327	46,5	377	53,5	704	100

MOYENNES D'AGE	
	moyenne
0 - 2 ans	9 mois 1/2
0 - 9 mois	4 mois
2 - 10 ans	5 ans 2 mois
10 - 15 ans	12 ans
15 - 20 ans	15 ans 1/2
Total	7 ans 1/2

PLACE DANS LA FRATRIE	%
Premier enfant	49
Deuxième enfant	28
Troisième et plus	23

NB D'ENFANTS DANS LA FAMILLE	%
1 enfant	22
2 enfants	37,9
3 enfants ou plus	40,1
total	100

ENFANTS SUIVIS PAR UN PEDIATRE	%
Oui	28
Non	72
Total	100

QUI ADRESSE L'ENFANT ?	%
Pédiatre	4
Généraliste	22,3
Recours direct	72,4
Autre : hôpital périph., SAMU, psychiatre, réquisition	1,3

ACCOMPAGNANT	%
SANS	3
PARENT	94,6
NOURRICE	0,7
AMI	0,56
AUTRE	1,14
TOTAL	100

DEGRE D'URGENCE	%
urgence vitale	1,1
nécessité d'une prise en charge hospitalière	30,1
consultation	68,8

CARNET DE SANTE						
Classes d'âge	0 - 9 mois	0 - 2 ans	2 - 10 ans	10 - 15 ans	15 - 20 ans	total
Carnet de santé présenté (%)	91,40%	87,70%	58,30%	35,90%	29,80%	53,90%
Carnet de santé à jour (%)	82,80%	77,70%	49,40%	28,65%	19,30%	45,20%

MESURE DU POIDS						
Classes d'âge	0 - 9 mois	9 mois - 2 ans	2 - 10 ans	10 - 15 ans	15 - 20 ans	total 0 - 20 ans
Mesure du poids (%)	84,50%	79,20%	41,70%	34,20%	22,80%	44,60%

MOTIF DE CONSULTATION PAR CLASSES D'AGE

	0 - 9 mois	0 - 9 mois (%)	9 mois - 2 ans	9 mois - 2 ans (%)	2-10 ans	2 - 10 ans (%)	10-15 ans	10 - 15 ans (%)	15-20 ans	15 - 20 ans (%)	total	total %
Orthopédie-Traumatologie	1	1,7	24	33,3	186	65,5	181	77	44	77,2	436	61,7
Autres	10	17	8	11,1	33	11,6	15	6,4	4	7	70	9,9
Douleur abdominale	4	6,8	1	1,4	26	9,1	25	10,6	5	8,8	61	8,6
Gastro-entérite aiguë	16	27,1	19	26,4	15	5,3	1	0,4	0	0	51	7,2
Pneumologie	16	27,1	7	9,7	6	2,1	6	2,6	1	1,75	36	5,1
ORL	9	15,2	6	8,3	13	4,6	4	1,7	2	3,5	34	4,8
Dermatologie	1	1,7	4	5,6	5	1,8	3	1,3	1	1,75	14	2
Pleurs	2	3,4	3	4,2	0	0	0	0	0	0	5	0,7
Total	59	100	72	100	284	100	235	100	57	100	707	100
		1 DM		1 DM		1 DM		1 DM		0 DM		3 DM
Autres =												
hyperthermie		4		4		6		1		0		15
convulsions hyperthermiques		1		0		1		0		0		2
hernie		1		0		0		0		0		1
hypoglycémie		1		0		0		0		0		1
malaise		1		1		0		3		1		5
neuro		1		0		2		4		0		7
sténose anale		1		0		0		0		0		1
convulsions		0		1		0		0		0		1
intoxication		0		2		3		0		0		5
ingestion corps étranger		0		0		4		0		0		4
allergologie		0		0		1		0		0		1
consultation maltraitance		0		0		5		2		0		7
gynécologie		0		0		2		1		0		3
hématologie		0		0		1		0		0		1
ophtalmologie		0		0		1		0		0		1
psychologie		0		0		2		3		1		6
urologie		0		0		5		0		2		7
abcès		0		0		0		1		0		1

RESULTAT DE CONSULTATION PAR CLASSES D'AGE

	0- 9 mois	9 mois-2 ans	2-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	total
abcès	0	0	1	1	0	2
ablation corps étranger	0	0	8	0	0	8
ablation fils	0	0	1	0	0	1
adénopathie	1	0	0	0	0	1
agression	0	0	0	1	1	2
allergie	0	0	2	3	0	5
angine	0	1	2	0	0	3
angoisse	0	0	0	1	1	2
anxiodépression	0	0	0	1	0	1
apnée du sommeil	1	0	0	0	0	1
appendicite	0	0	2	7	0	9
arthralgies	0	0	1	0	2	3
arthrite	0	0	1	0	0	1
asthme	0	0	3	5	0	8
avis ophtalmologique	0	0	1	0	0	1
balanoposthite	0	0	2	0	0	2
bicytopénie	0	0	1	0	0	1
bilan nutritionnel	0	1	0	0	0	1
boiterie	0	1	3	0	0	4
bronchiolite	14	4	0	0	0	18
bronchite	2	3	3	1	0	9
brûlure	0	0	1	0	0	1
cervicalgies	0	0	0	1	0	1
chondrite oreille	0	0	0	0	1	1
coliques	1	1	0	6	1	9
coliques néphrétiques	0	0	0	1	0	1
confusion	0	0	0	1	0	1
constipation	2	0	9	8	3	22
consultation maltraitance	0	0	7	2	0	9
contracture musculaire	0	0	4	3	0	7
contrôle de plâtre	0	0	1	0	0	1
contusion membre	0	3	33	44	9	89
convulsions	0	1	0	0	0	1
convulsions hyperthermiques	0	0	1	0	0	1
coqueluche	1	0	0	0	0	1
dermabrasions	0	0	4	1	1	6
doigt de porte	0	0	3	0	0	3
douleur sous plâtre	0	0	3	0	2	5
eczéma	1	1	1	0	1	4
entorse	0	0	19	60	17	96
épistaxis	0	0	1	1	0	2
examen normal	0	0	4	3	1	8
fracture	1	3	28	37	5	74
gastro-entérite aiguë	15	19	17	2	0	53
dysfonction gastrostomie	0	0	2	0	0	2
grippe	0	0	1	0	0	1
gynécomastie	0	0	0	1	0	1
hématome sous-unguéal	0	0	2	1	0	3
hernie inguinale	2	0	1	0	0	3
hyperthermie	4	2	1	0	0	7
hypoglycémie	1	0	1	1	0	3

RESULTAT DE CONSULTATION PAR CLASSES D'AGE (SUITE)						
	0- 9 mois	9 mois-2 ans	2-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	total
infection urinaire basse	0	0	3	0	0	3
ingestion corps étranger	0	0	4	0	0	4
intoxication	0	2	4	1	0	7
kyste poignet	0	0	0	1	0	1
laryngite	0	0	0	1	0	1
luxation	0	0	1	0	0	1
maladie de Hirschprung	1	0	0	0	0	1
maladie périodique	0	0	1	0	0	1
maladie d' Osgood-Schlatter	0	0	1	1	0	2
malaise	2	1	0	5	1	9
méningite (suspicion)	0	1	1	0	0	2
migraine	0	0	1	2	0	3
morsure	0	1	1	1	0	3
mucoviscidose	0	0	1	0	0	1
muguet buccal	0	2	0	0	0	2
myosite	0	0	1	1	0	2
nausées	0	0	1	0	0	1
ostéite	0	0	1	0	0	1
otite	1	4	4	0	1	10
otorragie	0	0	1	0	0	1
pancréatite	0	0	0	1	0	1
pathologie digestive chronique	0	1	0	0	0	1
périorionyx	0	0	1	3	0	4
plaie	0	2	39	9	4	54
pleurésie	0	0	0	0	1	1
pleurs de cause indéterminée	0	1	0	0	0	1
pneumopathie	0	0	0	0	1	1
polype anal	1	0	0	0	0	1
pronation douloureuse	0	6	4	0	0	10
purpura rhumatoïde	0	2	0	0	0	2
pyélonéphrite aiguë	1	0	2	0	0	3
rectorragies	0	0	2	0	0	2
reflux gastro-oesophagien	1	0	0	0	0	1
refus alimentaire	0	0	1	0	0	1
rhinopharyngite aiguë	0	2	1	0	0	3
rhume de hanche	0	0	5	0	0	5
scarlatine	0	0	1	0	0	1
spasmophilie	0	0	0	1	0	1
syndrome de Guillain Barré	0	0	0	1	0	1
tendinite	0	0	1	4	2	7
torsion testicule	0	0	0	0	1	1
torticolis	0	0	1	1	0	2
traumatismes divers	1	0	6	7	2	16
traumatisme crânien	7	8	14	5	1	35
traumatisme dentaire	0	0	3	0	0	3
tuméfaction	0	0	1	0	0	1
varicelle	0	0	1	0	0	1
virose	0	1	3	0	0	4
vulvite	0	0	1	0	0	1
total effectif	61	74	288	238	59	720

RESULTAT DE CONSULTATION PAR CLASSES D'AGE (Regroupement par catégories)

	0 - 9 mois	0 - 9 mois (%)	9 mois - 2 ans	9 mois - 2 ans (%)	2-10 ans	2 - 10 ans (%)	10-15 ans	10 - 15 ans (%)	15-20 ans	15 - 20 ans (%)	total	total %
GEA	15	24,6	19	25,7	17	5,9	2	0,8	0	0	53	7,4
HGE - urologie	7	11,5	2	2,7	17	5,9	16	6,8	4	6,8	46	6,4
Pneumologie	18	29,6	7	9,4	7	2,4	6	2,5	2	3,4	40	5,6
Neurologie	2	3,3	5	6,8	6	2,1	10	4,2	1	1,7	24	3,3
ORL	1	1,6	9	12,2	9	3,15	2	0,8	2	3,4	23	3,2
Infectiologie	4	6,6	3	4,1	11	3,8	2	0,8	0	0	20	2,8
Autres	1	1,6	2	2,7	7	2,4	5	2,1	1	1,7	16	2,2
Psychologie	0	0	0	0	8	2,8	5	2,1	1	1,7	14	1,9
Dermatologie - Allergologie	1	1,6	1	1,3	3	1	3	1,3	1	1,7	9	1,2
Hématologie	1	1,6	2	2,7	2	0,7	0	0	0	0	5	0,7
Total pathologie médicale	50 (6,9%)	82	50 (6,9%)	67,6	87 (12,1%)	30,15	51 (7,1%)	21,4	12 (1,6%)	20,4	250	34,7
Orthopédie - Traumatologie	9	14,7	24	32,4	192	66,7	180	75,6	46	77,9	451	62,6
Chirurgie viscérale et urologique	2	3,3	0	0	9	3,15	7	3	1	1,7	19	2,7
Total pathologie chirurgicale	11 (1,5%)	18	24 (3,3%)	32,4	201 (27,9%)	69,85	187 (26%)	78,6	47 (6,5%)	79,6	470	65,3
Total effectif	61 (8,4%)	100,00%	74 (10,3%)	100%	288 (40%)	100%	238 (33,1%)	100%	59 (8,2%)	100%	720	100

RECOURS						
	0 - 9 mois	9 mois-2 ans	2-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	total des 0 - 20 ans
biologie	1,70%	8,60%	5,60%	3,10%	0	4,10%
radiologie	27,60%	41,50%	64,80%	78,60%	79,60%	65,40%
hospitalisation	62,10%	44,80%	19,40%	13,40%	12,90%	23,10%
spécialiste	5,20%	3,40%	9,70%	4%	5,60%	6,20%
kinésithérapie	3,40%	0	0	0	0	0,30%
orthophonie	0	0	0	0	0	0
autres	0	1,70%	0,50%	0,90%	1,90%	0,80%
total	58	58	216	224	54	610
% recours/effectif total	100%	89,20%	76,30%	95,70%	94,70%	86,60%

TYPE DE PRISE EN CHARGE						
	0 - 9 mois	9 mois - 2 ans	2-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	total des 0 - 20 ans
Thérapeutique curative	4%	16,40%	24,10%	17,50%	19,20%	18,80%
Symptomatique	47%	48,30%	49%	65,30%	68,50%	55,10%
Conseil - Prévention	49%	35,30%	26,90%	17,20%	12,30%	26,10%
Total	100	116	394	302	73	985





VU

NANCY, le 25 JUILLET 2003

Le Président de Thèse

Professeur **P. MONIN**

NANCY, le 17 SEPTEMBRE 2003

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 22 SEPTEMBRE 2003

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RESUME

La formation initiale des médecins généralistes s'étend sur neuf ans et combine enseignement théorique et stages pratiques à l'hôpital et chez le praticien. La médecine de l'enfant représente 25 % de l'activité du généraliste, part qui tend à s'accroître avec la diminution d'effectif des pédiatres.

Dans un premier temps, ce travail situe le médecin généraliste au sein du système de santé de l'enfant et de l'adolescent.

Dans un second temps, nous effectuons un bilan de la formation initiale (théorique et pratique) et de la formation continue des généralistes en pédiatrie.

Dans un troisième temps, deux enquêtes d'activité réalisées lors du stage chez le praticien et d'un stage en service d'urgences pédiatriques, concernant la consultation des 0-20 ans, démontrent la complémentarité des formations pratiques apportées au résident.

Cette étude a permis de préciser le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'enfant et la formation théorique et pratique dispensée.

FORMING OF GENERAL PRACTITIONERS IN CHILD MEDICINE : FROM THEORITICAL TEACHING TO DAILY PRACTICE

SUMMARY

The initial forming of general practitioners extends over nine years and combines theoretical teaching and practical trainings in the hospital and with a practitioner. Child medicine represents 25 % of general practitioner's activity, share which tends to increase with the shortage of paediatricians.

At first, this work places the general practitioner within child and teenager's health system.

In a second time, we make a balance of the initial forming (theoretical and practical) and continuous training of general practitioners in paediatrics.

In a third time, two inquiries of activity realized during the training at the practitioner and during the training in a paediatrics emergency department, about the consultation of the 0-20 years, demonstrate the complementarity of practical formings brought to the student.

This study finally underlines general practitioner's role in the care of the child and analyses theoretical and practical forming.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2003

MOTS CLES :

Formation
Pédiatrie
Médecin généraliste
Enfant

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex