

**Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du
nourrisson de moins de 24 mois : étude menée auprès de
14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en
Aquitaine**
Émilie Cassol

► **To cite this version:**

Émilie Cassol. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois : étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01223365

HAL Id: dumas-01223365

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01223365>

Submitted on 2 Nov 2015

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.

UNIVERSITE BORDEAUX 2 – BORDEAUX SEGALEN

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N° 106

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline

MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 septembre 2015

Par **Emilie CASSOL**

Née le 18/05/1985 à Villeneuve-St-Georges

LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI DU NOURRISSON DE MOINS DE VINGT-QUATRE MOIS

Etude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en
Ile-De-France et en Aquitaine

DIRECTEUR DE THESE

Madame le Docteur Catherine DUPONT-BISCAYE

JURY

Monsieur le Professeur Thierry LAMIREAUPrésident
Monsieur le Professeur William DURIEUX.....Rapporteur
Monsieur le Professeur Gérard DUCOS.....Juge
Monsieur le Docteur Olivier RICHER.....Juge
Madame le Docteur Catherine DUPONT-BISCAYE.....Juge

Remerciements

A mon président de jury,
Monsieur Thierry LAMIREAU,

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde admiration.*

A mon rapporteur de thèse,
Monsieur le Professeur William DURIEUX,

*Merci pour l'intérêt et le temps que vous avez accordé à cette thèse.
Merci pour vos conseils avisés pour améliorer la qualité de mon travail et pour vos encouragements,
Je vous prie d'accepter ma sincère gratitude.*

A mes juges,

Monsieur le Professeur Gérard DUCOS,

*Vous avez accepté de juger ce travail et j'en suis très honorée.
Veuillez recevoir ici ma profonde considération.*

Monsieur le Docteur Olivier RICHER,

*Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse.
Recevez ici l'expression de mon profond respect.*

A ma directrice de thèse,
Madame le Docteur Catherine DUPONT-BISCAYE,

*Nous nous sommes rencontrées lors de mon stage « praticien » durant lequel tu m'as guidé et m'as fait partager ton univers. Par ta disponibilité, ton écoute et nos échanges, tu m'as transmis ton plaisir d'exercer la médecine générale et m'as fait partager tes riches connaissances en pédiatrie. Tu as contribué grandement au médecin que je suis devenue. Merci pour ton accompagnement durant ces années d'internat.
Merci d'avoir accepté de m'accompagner jusqu'au bout de mes études, et de m'avoir soutenue tout au long de ce travail.*

Au Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine,

Merci d'avoir accepté de financer la licence du logiciel d'analyse NVivo 10.

A Marin,

Merci de m'avoir accompagné dans mon travail grâce à tes connaissances. Merci pour ta disponibilité, tes explications et ton aide qui m'ont fait gagner tant de temps ! J'espère que tu trouveras rapidement des financements pour te lancer, toi aussi, très bientôt, dans un travail de thèse !

A mes parents et mon frère,

Merci de m'avoir toujours soutenue, épaulée, et encouragée, parfois même secouée, durant toute la durée de ces longues études.

Maman, merci pour ta relecture attentive et rigoureuse qui a contribué à améliorer mon travail.

A Nico,

Merci pour ton écoute et ta patience durant ces longs mois ! Merci de tes relectures qui m'ont permis de recentrer mon travail !

Merci pour tous ces jours passés à tes côtés ! Nous avons encore tant de choses à vivre ensemble... Je t'aime.

A Achille,

Tu ne m'as pas toujours permis de travailler autant que je l'aurais voulu mais ton arrivée m'a comblée de bonheur. Ta vivacité, ta curiosité et ton sourire me remplissent de joie chaque jour.

A toutes mes copines jambonnes,

Vous ne m'avez pas beaucoup vu pendant quelques mois mais vous m'avez toujours soutenue ! Depuis que nous nous connaissons, nous avons déjà partagé des moments inoubliables, certains même dont je ne suis pas fière... ! A présent, une page se tourne et nous entrons dans une nouvelle période de notre vie qui s'enrichit par l'arrivée de nos bébés ! J'espère que nous continuerons à partager des moments fous ensemble !

Liste des abréviations

PMI : Protection Maternelle et Infantile

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

WONCA : World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

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

DES : Diplôme d'Enseignement Supérieur

HAS : Haute Autorité de Santé

CHAT : CHecklist for Autism in Toddlers

INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

MG France : Syndicat de médecins généralistes

CMU : Couverture Maladie Universelle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ROR : vaccin Rougeole Oreillon Rubéole

IMC : Indice de Masse Corporelle

FIV : Fécondation In Vitro

EPU : Enseignement Post Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

DU : Diplôme Universitaire

RSP : Réseaux de santé en périnatalité

Sommaire

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABREVIATIONS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	8
LE SUIVI DU NOURRISSON	10
1. Le suivi du nourrisson : les recommandations actuelles	10
1.1. Le rythme du suivi	10
1.2. Des consultations obligatoires au cours des 24 premiers mois	10
1.3. Les examens des 24 premiers mois	11
1.3.1. Des examens de dépistage	11
1.3.2. Des consultations de prévention et d'information	13
1.4. Un outil obligatoire : le carnet de santé	13
2. L'application par les médecins généralistes	14
2.1. Des certificats médicaux désinvestis	14
2.2. Le carnet de santé	15
2.3. Des examens de dépistage insuffisants	16
2.4. Des informations pas toujours adaptées	17
2.5. Une pratique isolée	17
MATERIEL ET METHODE	19
1. Type d'étude	19
2. Population étudiée	19
3. Le guide d'entretien	19
4. Le déroulement des entretiens	20

5. Transcription des entretiens	21
6. Analyse des entretiens	21
7. La saturation des données.....	22
RESULTATS	23
1. Présentation de l'échantillon	23
2. Analyses des entretiens.....	25
2.1 Le positionnement du médecin généraliste	25
2.1.1 Le médecin traitant	25
2.1.2 Les compétences du médecin généraliste	27
2.1.3 Le système de soins actuel	31
2.1.3.1 <i>La démographie médicale</i>	31
2.1.3.2 <i>Le coût des soins</i>	31
2.1.3.3 <i>Les acteurs du suivi du nourrisson</i>	31
2.1.3.4 <i>La place du médecin généraliste dans ce parcours</i>	33
2.1.3.5 <i>La coordination des soins</i>	34
2.2 Le suivi du nourrisson en médecine générale	36
2.2.1 L'organisation du cabinet.....	36
2.2.1.1 <i>Les conditions de consultations</i>	36
2.2.1.2 <i>Le contexte de consultation</i>	37
2.2.1.3 <i>Le rythme de consultation</i>	38
2.2.2 L'examen du nourrisson.....	40
2.2.2.1 <i>Généralités</i>	40
2.2.2.2 <i>Un rôle de dépistage</i>	42
2.2.2.3 <i>Un rôle de promoteur de santé publique</i>	47
2.2.2.4 <i>Un rôle d'accompagnant</i>	48
2.3 Les niveaux de difficultés	50
2.3.1 L'organisation des soins	50
2.3.2 Les compétences.....	51
2.3.3 L'éducation des parents.....	52
2.4 La formation	53
2.4.1 La formation initiale	53
2.4.2 Les moyens de formation	53
2.4.3 Des propositions de formation.....	56

2.5	L'organisation du système de soin	58
3.	Schéma synoptique des résultats	59
DISCUSSION		59
1.	Forces et limites de l'étude.....	60
1.1	Forces de l'étude	60
1.2	Limites de l'étude	60
2.	Médecin généraliste, médecin traitant.....	62
3.	Un sentiment de compétence	63
4.	Un suivi régulier	64
5.	La consultation de suivi	65
5.1	Un rôle de dépistage.	65
5.2	Un rôle d'information, d'accompagnement et de prévention.....	67
5.3	Un rôle de promotion de santé publique par les vaccinations.....	68
6.	Une diversité dans les pratiques, qui reste isolée malgré tout	68
7.	L'organisation de notre système de santé.....	69
CONCLUSION		72
BIBLIOGRAPHIE		74
ANNEXES -		80
	Guide d'entretien semi-dirige.....	81

Introduction

La population des moins de 20 ans représente, au 1er janvier 2015, 24.5% de la population française. Malgré un vieillissement de la population française par le vieillissement de la population « baby-boom », la France a actuellement la natalité la plus forte d'Europe avec 811 500 naissances en 2013, et 820 000 naissances en 2014. Au 1er janvier 2015, les nourrissons de moins de 2 ans représentent 2.5% de la population française. [1, 2]

A l'heure actuelle, le suivi du nourrisson ne s'intègre pas dans le parcours de soin établi par la loi de santé de 2004 et les nourrissons n'ont pas de médecin traitant. Ainsi, le médecin généraliste n'est pas la seule modalité de recours pour les soins primaires et le pédiatre assure également ce rôle, tout comme le médecin de PMI. D'après une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2002, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% ont vu seulement un pédiatre, 40% ont vu seulement un médecin généraliste et 55% ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre. Aussi, les généralistes effectuent 61% des consultations et visites délivrées aux enfants de moins d'un an. Les actes de prévention pédiatriques, chez les nourrissons de moins de deux ans, représentent, à l'heure actuelle, le tiers de l'activité pédiatrique en médecine générale, ce qui signe une forte implication des généralistes. [3, 4, 5]

Aussi, l'actualité place la question du suivi du nourrisson et de l'enfant au centre du débat.

L'évolution de la démographie médicale en termes de densité et de répartition géographique, va inévitablement entraîner des modifications dans le suivi des enfants, dans les années à venir. En effet, alors que la natalité et les besoins en pédiatrie augmentent en France, la densité médicale devrait baisser de 22% d'ici 2030. [6] En 2013, la profession de médecin est vieillissante. L'âge moyen des généralistes est de 51.4 ans et celui des pédiatres de 50 ans. Un quart des généralistes et un quart des pédiatres ont plus de 60 ans. [7] La densité moyenne des pédiatres libéraux diminue progressivement depuis 1995 et ils se répartissent de manière très inégale sur le territoire français, puisque 94 % d'entre eux exercent dans les pôles urbains. [8] La PMI, quant à elle, ne couvre actuellement que 10 à 15% de la population pédiatrique. Cependant, l'évolution du contexte social et l'augmentation des situations d'enfants en danger mobilisent les moyens et budgets des Conseils Généraux ainsi que l'activité des professionnels de PMI sur la prise en charge des situations d'urgence, au dépend des mesures de prévention médicale et médicosociale précoces comme la périnatalité. [9]

Le Projet de loi de santé présenté par Marisol Touraine le 15 octobre 2014 et voté par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015 renforce le débat. [10] Dans ce projet de loi, le ministre de la santé propose que les parents désignent un médecin traitant pour leurs enfants, qui pourrait être un pédiatre ou un médecin généraliste. Cette mesure, proposée notamment par MG France, oppose pédiatres et généralistes. Les médecins généralistes approuvent cette

réforme, qui, selon eux, permettrait de clarifier une situation déjà bien réelle, puisque quasiment $\frac{3}{4}$ des enfants français sont suivis par un généraliste. Ainsi, cette réforme permettrait de revaloriser les compétences des pédiatres libéraux, devenant consultants, et experts de ville. [11] Pourtant, les pédiatres s'opposent à ce projet, qui risque, selon eux, de figer la prise en charge des enfants. Ils craignent d'une part, que les médecins généralistes n'aient pas recours aux pédiatres libéraux pour des avis et continuent d'orienter sur le secteur hospitalier, et d'autre part, qu'ils soient saturés par les patients dont ils seront médecin traitant, les rendant indisponibles pour les autres petits patients, nécessitant un suivi plus approfondi (prématuré, malade chronique...). [12] Ce projet de loi ne fait malheureusement pas état du rôle du médecin de PMI qui, malgré l'évolution sociétale actuelle, occupe une place importante dans la prise en charge pédiatrique en France.

Au cours de mes stages auprès de médecins généralistes, puis des remplacements que j'ai réalisés, j'ai pu constater que tous étaient équipés de balance et de toise pour nourrissons. En revanche, peu possédaient un matériel adéquat permettant un dépistage des troubles auditifs et visuels et permettant un suivi approfondi du développement psychomoteur de l'enfant. Les méthodes de chaque médecin étaient toutes très différentes et chacun abordait ce suivi à sa manière. Il m'a semblé qu'au sein de la population de médecins généralistes, le suivi du nourrisson était réalisé de manière tout à fait variable selon les médecins, l'intérêt qu'ils y portent, le temps qu'ils y consacrent, et que l'accompagnement des parents était également plus ou moins riche.

C'est devant ces observations et au sein du débat sociopolitique actuel, qu'a émergé l'idée de cette thèse. Ainsi, notre question de recherche était de savoir s'il existe une variabilité des pratiques dans le suivi du nourrisson par les médecins généralistes.

L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence une diversité des pratiques des médecins généralistes dans ce suivi.

Les objectifs secondaires sont d'observer les missions qu'ils se donnent, et les relations qu'ils entretiennent avec les autres professionnels de santé, et de déterminer leurs souhaits pour améliorer cette prise en charge.

Le suivi du nourrisson

1. Le suivi du nourrisson : les recommandations actuelles

1.1. Le rythme du suivi

Etabli en 1973 par décret du 2 mars 1973 [13] et confirmé par les recommandations pour la pratique clinique publiées par l'HAS en 2005 [14], le calendrier des examens de santé répartit douze examens systématiques chez le nourrisson de 0 à 24 mois.

Le premier examen est l'examen du 8^e jour. Il doit être effectué dans les 8 jours qui suivent la naissance, et est le plus souvent réalisé à la maternité puisqu'il peut être effectué à partir du 4^e jour. [15] Puis huit examens ont lieu au cours de la première année : un examen a lieu tous les mois de 1 à 6 mois puis au 9^e mois et au 12^e mois.

Au cours de la deuxième année, trois examens sont prévus dans le suivi à 15 mois, 18 mois et 24 mois.

1.2. Des consultations obligatoires au cours des 24 premiers mois

Parmi ces douze examens systématiques, trois sont obligatoires. Il s'agit des examens du 8^e jour, du 9^e mois et du 24^e mois, âges clés dans le développement de l'enfant.

Aussi, depuis la loi du 15 juillet 1970, ces trois examens donnent lieu à l'établissement de certificats de santé à transmettre en PMI. [13]

Le recueil de ces certificats de santé poursuit un double objectif. Pour les équipes médicales, il s'agit avant tout d'assurer le suivi individuel de la santé des jeunes enfants pour que chacun bénéficie d'un examen au moins 3 fois entre la naissance et ses 24 mois.

Mais les certificats de santé jouent aussi un rôle important de surveillance sanitaire et sociale puisqu'ils permettent de produire tous les ans des données statistiques et épidémiologiques aux niveaux national et départemental. La DREES réalise notamment des exploitations statistiques à partir d'informations administratives (professions des parents, âge de la mère, etc.) et médicales (poids, taille, âge gestationnel, césarienne, pathologies, couverture vaccinale, etc.).

1.3. Les examens des 24 premiers mois

Les examens des 24 premiers mois réunissent un objectif de dépistage précoce, de prévention, d'information, et d'accompagnement des parents. [16]

1.3.1. Des examens de dépistage

Ces consultations doivent permettre au praticien d'assurer la surveillance clinique de l'enfant.

En 2005, l'HAS publie des propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans. Destinées aux praticiens, elles offrent des repères sur les différents paramètres à contrôler en proposant un calendrier et des modalités de suivi [14].

La surveillance staturopondérale doit se faire lors de chaque consultation de suivi et les paramètres doivent être reportés sur les courbes de croissance du carnet de santé.

Aussi, à partir de 12 mois, le calcul de l'IMC et son report sur les courbes de corpulence permet de repérer un éventuel rebond d'adiposité précoce.

Le développement psychomoteur s'évalue également lors de chaque consultation. L'interrogatoire est indispensable à l'évaluation puisqu'il permet de connaître le comportement de l'enfant dans sa vie quotidienne. Puis l'observation dans ses comportements spontanés est également fondamentale. Ces deux étapes apportent 90% des informations et l'examen permet le plus souvent de vérifier les hypothèses déjà établies.

Rappelons certains repères chronologiques du développement psychomoteur du nourrisson :

Sourire réponse	2 mois	Notion de permanence de l'objet	9 mois
Maintien ferme de la tête	3 mois	Préhension digitale pouce-index	12 mois
Préhension volontaire	5-6 mois	Marche	12-18 mois
		Dépistage de l'autisme	18 mois
Stade du sauteur	6-7 mois	Jeu d'imitation (faire semblant)	22 mois
Station assise sans soutien	9 mois	Association de 2 mots	24 mois

Il existe plusieurs échelles permettant d'évaluer le développement psychomoteur de l'enfant. Bien qu'elle soit très complète, comme toutes les autres, l'échelle de Brunet-Lézine révisée est une référence intéressante. Elle regroupe les acquisitions selon 4 axes : posture, coordination oculo-manuelle, langage, sociabilité et propose une série de tests simples à faire avec un peu de matériel comme une serviette et un ballon ; des cubes, un hochet ou une pastille de couleur, un miroir, une planche d'images, une poupée...etc [17]

<p><u>Pour tester les acquisitions posturales</u> Avant 9 mois : une serviette (mise sur la tête de l'enfant qui doit la retirer) Après 18 mois : un ballon ou grosse balle en plastique, un jouet à tirer sur le sol pour faire marcher à reculons</p>	<p><u>Pour tester la coordination oculo-manuelle</u> Pour tous : jeu de 12 cubes en bois (+ grande tasse pour cacher un cube entre 6 mois et 1 an) Avant 9 mois : hochet, pastille de couleur, anneau attaché à une ficelle, clochette Après 9 mois : flacon en verre + pastille de couleur (< 18 mois), planchette à encastrier (rond – triangle – carré) Après 1 an : papier et crayon, livre d'images</p>
<p><u>Pour apprécier le langage (désigner ou dénommer)</u> 10 jouets (petit format) : petite balle en mousse, petite poupée, voiture, petite cuiller de dînette, crayon, montre, lunettes, bouton, cheval, mouton Planches d'images d'objets familiers : une planche de 6, une de 9 images</p>	<p><u>Pour évaluer les capacités de socialisation</u> Avant 6 mois : un miroir Après 18 mois : les jeux d'imitation, de « faire semblant » sur une poupée ou sur l'adulte, grande poupée, petite tasse en plastique, petite chaise, petite brosse à cheveux, grande tasse, cuillère à café</p>

L'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant inclut inévitablement le dépistage de l'autisme et des pathologies d'adaptation dès le plus jeune âge par l'évaluation de la sociabilité de l'enfant. Certains tests peuvent être réalisés à partir de 18 mois. L'HAS préconise la grille de dépistage CHAT proposant de nombreuses questions pour évaluer l'enfant. Cependant cette grille de questions détaillée n'est pas la plus adaptée en médecine générale et il est possible de réaliser l'évaluation par les 4 questions suivantes : Votre enfant a-t-il déjà utilisé son index pour pointer ? Votre enfant joue-t-il à faire semblant ? Votre enfant vous imite-t-il ? Votre enfant répond-t-il au sourire ? [14]

Enfin, l'identification d'un éventuel dysfonctionnement relationnel et de trouble des interactions précoces permet de prévenir la survenue d'un trouble de la croissance, du développement psychomoteur et du comportement.

Le dépistage visuel doit se faire lors de chaque consultation par l'interrogatoire mais un examen clinique plus approfondi doit être réalisé au cours des consultations des 9^e et 24^e mois. En pratique clinique généraliste, l'important est de savoir détecter l'amblyopie, le strabisme ou les mouvements oculaires anormaux, et les anomalies de cristallin pour faire pratiquer un bilan ophtalmologique complet. Un interrogatoire recherchant des antécédents ou des signes d'appel précède quelques tests réalisés à l'aide d'un peu de matériel.

Une lumière forte permet de contrôler l'aspect du cristallin, la vision périphérique grâce au réflexe à la menace, et de rechercher un éventuel strabisme grâce au reflet cornéen et au réflexe de convergence.

Un œil de bœuf (disque en carton de 15 cm de diamètre recouvert de lignes circulaires alternativement blanches et noires) permet d'évaluer la poursuite oculaire et la vision centrale. Une paire de lunettes avec plastique opalescent permettra de détecter un strabisme insidieux. L'amblyopie pourra facilement être recherchée en masquant chaque œil successivement. [14,18]

Le dépistage auditif doit également avoir lieu au cours de ces consultations. A la naissance, tous les nourrissons bénéficient de la réalisation de potentiels évoqués auditifs afin d'orienter immédiatement les enfants en cas d'anomalies.

Au cours des consultations de médecine générale, il s'agit simplement de réaliser un examen clinique ORL. D'abord l'interrogatoire des parents et le dialogue avec l'enfant permettent d'évaluer l'acquisition du langage. Ensuite, l'examen clinique permet de vérifier l'absence de bouchons de cérumen ou d'otites séreuses, et étudie la réactivité comportementale avec des outils simples d'utilisation, comme les boîtes de Moatti par exemple (jouets sonores calibrés en fréquence et en intensité) [14,18]

1.3.2. Des consultations de prévention et d'information

La réalisation des vaccinations de l'enfant conformément aux recommandations du calendrier vaccinal national représente l'axe de prévention principal.

Par ailleurs, en ouvrant un espace de parole avec les parents, le médecin peut accompagner les parents dans leurs questionnements et inquiétudes mais c'est également de cette manière qu'il peut les informer et échanger sur certains thèmes comme l'alimentation, particulièrement importante la première année, le sommeil, le rythme de vie, la gestion des pleurs... Il peut également transmettre des messages de prévention sur le mode de couchage, la gestion de la fièvre, la sécurité de l'enfant et la prévention des accidents domestiques... [19]

1.4. Un outil obligatoire : le carnet de santé

Le carnet de santé de l'enfant est obligatoire depuis 1945 et est délivré gratuitement à tout enfant à sa naissance.

Plusieurs modèles ont été édités depuis 1945. Le Ministère de la Santé et des Solidarités a publié le premier janvier 2006, un nouveau modèle [20] en adéquation avec les avancées scientifiques et plus conforme avec les attentes des professionnels de santé et des familles.

Ce nouveau modèle définit le carnet de santé comme un outil de suivi de la santé de l'enfant. Il est le support du dialogue entre les professionnels de la santé et les familles et du suivi individuel.

Le nouveau modèle a subi quelques modifications, en particulier sur la période de 0 à 2 ans. Des onglets permettent un accès plus rapide aux différentes rubriques différenciées par couleur selon leur thématique. Des espaces signalés par des pictogrammes sont destinés aux professionnels de santé, aux parents et à l'enfant ou l'adolescent, On y retrouve également des illustrations.

A partir de notre revue de littérature, nous nous sommes interrogés sur l'application des recommandations actuelles par les médecins généralistes.

2. L'application par les médecins généralistes

Le suivi du nourrisson se partage essentiellement entre le pédiatre et le médecin généraliste.

Le débat actuel qui oppose pédiatres et généralistes, soulevé par le projet de loi de santé présenté par Marisol Touraine en octobre 2014, pose la question du rôle et des compétences de ces deux spécialités en matière de suivi du nourrisson.

Les données épidémiologiques propres à l'enfant sont peu nombreuses. Les enquêtes de santé publique concernent le plus souvent la population de 15 ans ou plus. Ainsi, les comportements de santé, et les pratiques de recours aux soins sont peu décrits pour les enfants.

De même, les données quantitatives sur les professionnels (nombre de pédiatres, de médecins généralistes...) ne permettent pas de dresser un bilan complet et qualitatif de la consommation totale des ressources soignantes et de leur qualité.

Enfin, les prises en charge actuellement pratiquées en ville par les professionnels libéraux sont peu lisibles. [13]

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés uniquement à la prise en charge des nourrissons par les médecins généralistes.

Il existe peu de données dans la littérature permettant d'évaluer précisément cette prise en charge. Cependant, certaines études laissent supposer qu'elle est assez peu standardisée et souffre d'une grande variabilité selon les médecins.

2.1. Des certificats médicaux désinvestis

Nous avons vu que la loi prévoit trois examens obligatoires donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé transmis en PMI.

La DRESS collectent les données apportées par ces certificats.

Les résultats de l'année 2012, publiés en 2014 montrent un net désinvestissement de ces certificats.

On constate un taux de couverture des certificats sur l'ensemble du territoire de 97.1% au 8e jour (fait majoritairement en maternité) [21], de 45.3% au 9e mois [22] et de 31.6% au 24e mois [23].

Parmi les professionnels de santé, les médecins généralistes représentent 2.3% des praticiens ayant rempli les certificats du 8e jour. Ce faible pourcentage s'explique en partie par le fait que la plupart de ces certificats sont remplis en secteur hospitalier, suite à l'examen de sortie de maternité. Ensuite, 53.9% des certificats du 9^e mois et 57.5% des certificats du 24^e mois sont remplis par des médecins généralistes.

Ces chiffres montrent un désinvestissement important de l'ensemble des professionnels de santé de l'enfance, y compris des médecins généralistes.

Le bénéfice des allocations familiales était conditionné à la présentation de ces certificats de santé jusqu'en 2003, date à laquelle ce dispositif de contrôle-sanction a été supprimé. La suppression de ce dispositif est probablement responsable en partie de ce désinvestissement des certificats. [13]

2.2. Le carnet de santé

Il n'y a pas d'étude sur l'état de complétude des carnets de santé qui permettrait de produire des données sur la qualité du suivi des enfants.

Cependant, une évaluation du dernier modèle de carnet de santé a été réalisée auprès des médecins généralistes, des pédiatres et médecins de PMI en juillet 2010. [20]

Dans cette étude, la participation varie fortement en fonction de la catégorie de professionnels. Ainsi, aucun professionnel de PMI et quasiment aucun pédiatre hospitalier n'a refusé de participer l'enquête. On constate par ailleurs une participation beaucoup plus faible chez les médecins généralistes (de 23% à 27% selon les zones d'activité), les pédiatres libéraux quant à eux ont été 54% à participer.

Quasiment tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude consultent le carnet de santé de manière systématique (95.8%) alors que 87.5% le remplissent systématiquement.

Le refus de participer à des études téléphoniques était la première raison invoquée par les médecins généralistes. L'autre raison principale était le manque d'intérêt pour 19% d'entre eux.

On peut ainsi s'interroger sur l'importance que les médecins généralistes donnent au carnet de santé et sur sa régularité d'utilisation.

2.3. Des examens de dépistage insuffisants

On retrouve peu de données concernant la réalisation des examens cliniques des nourrissons au sein des cabinets de médecins généralistes.

L'évaluation du nouveau carnet de santé de 2010 permet tout de même d'avoir quelques données puisque le questionnaire de cette étude porte sur les items à remplir dans le carnet de santé. [20]

Ainsi on constate par exemple que 35% des médecins généralistes incluent dans l'étude calculent systématiquement l'IMC et 25% seulement le reporte sur la courbe de corpulence.

On retrouve peu de données sur les méthodes d'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant chez les médecins généralistes. Cependant, les données sur le diagnostic encore trop tardif de l'autisme par exemple peuvent amener à s'interroger sur le degré d'intervention des médecins généralistes dans ces examens. [24]

Concernant le dépistage des troubles sensoriels, une étude a été réalisée en 2008, dans le Maine-et-Loire afin d'évaluer l'application des recommandations par les médecins généralistes. 57% des médecins contactés ont répondu à l'étude. [25]

Concernant le dépistage des anomalies visuelles, 66% d'entre eux recherchent les facteurs de risques liés aux troubles visuels, et 79% interrogent les familles sur leurs impressions concernant la vue de l'enfant. La réalisation de l'examen visuel du nourrisson au cabinet est systématique pour 76% d'entre eux lors des examens obligatoires, chutant à 66% en cas de doute émis par les parents et à 51% lors des examens mensuels. Les principaux signes d'alerte retenus par les médecins sont les anomalies du regard (66%), le strabisme (31%), les troubles du développement psychomoteur (17%), le nystagmus (8%) et l'aspect anatomique de l'œil (9%). Les matériels utilisés sont un jouet coloré (69%), une source lumineuse (88.1%), et une paire de lunettes à secteur (8%). 86% des médecins estiment que leur formation était insuffisante à ce sujet.

Concernant le dépistage des anomalies auditives, 70% des médecins recherchent les facteurs de risque. 93% interrogent les familles sur leurs impressions concernant l'audition de leur enfant. L'examen clinique est réalisé par 85% d'entre eux lors des examens obligatoires, 64% lors des examens mensuels et 78% en cas de doute émis par les parents. Les signes d'alerte sont les troubles du comportement (31%), les troubles du langage (21%), le doute parental (7%) et les antécédent orl (5%). 51% des praticiens recherchent une réaction au bruit. Les stimuli sonores utilisés sont la voix (78%), les jouets sonores calibrés (62%), le claquement des mains (57%), les clefs (30%), autres (11%). 79% d'entre eux jugent leur formation insuffisante.

Ainsi, selon cette étude, l'examen de l'appareil visuel et auditif est loin d'être régulièrement pratiqué par les médecins généralistes. L'interrogatoire et la recherche de facteurs de risques est souvent incomplet, l'examen clinique n'est pas encore systématique et lorsque ces examens sont pratiqués, ils restent très superficiels et sommaires.

2.4. Des informations pas toujours adaptées

L'alimentation est un sujet particulièrement important au cours des 24 premiers mois, surtout la première année.

En 2008, Hélène Clamadieu-Thomas a comparé les pratiques et conseils des médecins généralistes du Puy-de-Dôme aux recommandations actuelles concernant l'alimentation du nourrisson de 0 à 24 mois. [26]. 116 médecins généralistes (39 femmes et 77 hommes) ont répondu à un questionnaire par téléphone. Le questionnaire abordait trois points de connaissance : l'allaitement maternel, l'allaitement artificiel et la diversification.

33% des médecins interrogés abordent le sujet lors des consultations programmées et 57% en parlent chaque fois qu'ils examinent l'enfant.

Ce travail montre que les conseils médicaux prodigués correspondent aux recommandations dans des proportions pouvant être améliorées : Seulement un tiers des médecins interrogés répond correctement aux trois thèmes principaux qui sont l'allaitement maternel, l'allaitement artificiel et la diversification alimentaire. Le sexe, et l'âge des médecins influent sur leur connaissance des recommandations (femmes et jeunes médecins) ainsi que leur expérience professionnelle et personnelle. L'étude conclut à une nécessité de formation plus importante pour permettre aux médecins de rester cohérents avec les recommandations.

2.5. Une pratique isolée

Au travers du débat actuel, pédiatres et médecins généralistes déplorent un manque de communication et de collaboration entre les deux spécialités [8,27]

Il en résulte inévitablement un isolement des médecins généralistes. On peut s'interroger alors sur un éventuel retentissement sur la qualité de la prise en charge des enfants.

Depuis les décrets sur la sécurité de la naissance du 9 octobre 1998, de nombreux réseaux de santé en périnatalité RSP se sont mis en place. Cette organisation en réseau devait conduire à une meilleure orientation des femmes enceintes vers les maternités disposant de l'environnement médical maternel et pédiatrique nécessaire à leur prise en charge et à celle des nouveau-nés, selon leur niveau de risque. Ainsi, les RSP se doivent d'être des réseaux « ville-hôpital », rendant l'intégration des médecins généralistes indispensables.

En 2009, une étude s'est intéressée à cette intégration des médecins généralistes au sein du RSP d'Auvergne. [28] 397 médecins généralistes ont répondu à un questionnaire évaluant la connaissance du réseau, son acceptabilité par les médecins et identifiant les attentes des professionnels. Un tiers seulement d'entre eux avait connaissance de ce réseau mais seulement 5.8% se disait informés des activités du réseau et des formations proposées alors que beaucoup déplorent une pratique trop isolée et sont en demande d'échange et de collaboration accrue avec les autres professionnels de la petite enfance.

Ainsi, cette étude montre que le mode de pratiques des médecins généralistes reste encore très isolé.

Malgré une implication importante des médecins généralistes dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois, les données actuelles semblent aller dans le sens d'une prise en charge peu standardisée et souffrant de quelques lacunes dans certains domaines, comme le dépistage des anomalies sensorielles. Pourtant, ces études montrent également que leurs pratiques restent encore très isolées.

C'est devant l'analyse de ces données et les observations que j'ai pu faire au cours de mes stages et de mes remplacements, que nous avons formulé notre question de recherche : Existe-t-il une variabilité des pratiques dans le suivi du nourrisson chez les médecins généralistes ?

Ainsi, l'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence une diversité des pratiques des médecins généralistes dans ce suivi.

Les objectifs secondaires sont d'observer les missions qu'ils se donnent, et les relations qu'ils entretiennent avec les autres professionnels de santé, et de déterminer leurs souhaits pour améliorer cette prise en charge.

Matériel et méthode

1. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser ce travail au travers d'entretiens individuels auprès de médecins généralistes, menés à partir d'un guide d'entretien établi au préalable, et permettant de recueillir des éléments quantitatifs et qualitatifs.

2. Population étudiée

L'étude a été réalisée auprès de médecins généralistes. Tous les médecins interrogés respectaient le seul critère exclusif qui était de réaliser des suivis de nourrissons de moins de 24 mois au sein de leur cabinet.

Le choix des médecins interrogés s'est fait d'une part par le biais des pages jaunes en essayant de tenir compte de critères spécifiques, comme le sexe, le lieu et le mode d'exercice, permettant d'obtenir un échantillonnage en variation maximale et reflétant au mieux la population des médecins généralistes, mais il s'est surtout fait en « boule de neige » puisqu'après les entretiens, certains médecins m'ont orienté vers des confrères qui pourraient s'intéresser à mon travail.

Sur vingt-deux médecins contactés, huit médecins ont refusé de me rencontrer. Les raisons invoquées étaient, pour la plupart, un manque de temps. Deux d'entre eux ne réalisaient pas de suivi du nourrisson par manque de temps et surtout désintérêt. Six d'entre eux étaient des hommes.

3. Le guide d'entretien

Avant de débiter les entretiens, un guide d'entretien a été élaboré avec la participation de ma directrice de thèse, le Dr Catherine DUPONT-BISCAYE.

Il ne s'agit pas d'un questionnaire ni d'une liste de questions à poser de manière rigide, mais plutôt d'une liste de questions ouvrant sur des thèmes à évoquer durant les entretiens.

Nous avons veillé à ce que le guide soit le plus souple possible, afin de permettre aux médecins interrogés de s'exprimer librement. [29]

Afin de conserver une cohérence entre les thématiques abordées, nous avons réalisé ce guide en respectant une certaine logique dans l'ordre des questions.

Nous avons d'abord réalisé un premier guide que j'ai utilisé lors des deux premiers entretiens. Il s'agissait des « entretiens tests » qui m'ont ensuite permis de retravailler et de reformuler mes questions afin de laisser plus de liberté dans leurs réponses, aux médecins interrogés. Mon guide d'entretien est constitué de quatre parties.

La première partie permet aux médecins de se présenter personnellement et de faire un point sur leur activité et sur l'organisation de leur activité.

La deuxième partie traite de la consultation de suivi du nourrisson. Dans cette partie, j'ai essayé de leur faire dégager les points et thèmes qui leur paraissaient important à faire et à évoquer au cours de ces consultations.

La troisième partie permet de faire un point sur le positionnement des médecins généralistes dans le parcours de soins. J'essaie d'évoquer dans cette partie les différents partenaires, praticiens ou autres, pouvant intervenir dans le suivi du nourrisson, et je tente de les faire s'exprimer sur la question des réseaux disponibles.

Enfin, la quatrième partie leur permet de s'exprimer sur leur parcours, leurs formations, anciennes et actuelles, et leurs propositions concernant l'amélioration du suivi du nourrisson de moins de 24 mois.

Le guide d'entretien était modulable en fonction du déroulement de la rencontre. Il a été également réévalué et modifié après chaque entretien en fonction des données obtenues lors de l'entretien précédent afin de permettre de réexploiter ces données dans l'entretien suivant.

4. Le déroulement des entretiens

Lors de la prise de contact avec chacun des médecins, je commençais d'abord par me présenter puis je leur présentais le sujet de mon travail. Après m'être assurée qu'ils effectuaient bien des suivis de nourrissons de moins de 24 mois, je leur demandais, à ce moment-là, de pouvoir les rencontrer pour m'entretenir avec eux à ce sujet.

Quasiment tous les entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice du médecin pendant ou à la fin de sa journée de consultation. Un des médecins a souhaité que l'on se rencontre à son domicile, en soirée, après ses consultations.

Pour nous rencontrer, nous avons préalablement convenus d'un rendez-vous téléphonique. Les entretiens duraient en moyenne 25 minutes avec un minimum de ¼ h et un maximum de 50 min.

Avant de débiter l'entretien, je rappelais systématiquement le sujet de mon travail.

Treize entretiens sur 14 ont été enregistrés avec un dictaphone placé au centre du bureau, avec l'accord des médecins interrogés. Ces enregistrements ont permis une retranscription exacte des entretiens et ainsi une analyse plus complète des données. Un médecin n'a pas souhaité être enregistré.

5. Transcription des entretiens

Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2010.

6. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été faite selon le principe de la Grounded Theory, ou théorisation ancrée décrite, en 1967, par Glaser et Strauss, deux sociologues américains. [30]

Cette approche repose sur une analyse stricte phrase par phrase des données. Elle est donc ancrée dans le texte et n'utilise pas de grilles d'analyse ni de thèmes prédéfinis par le chercheur. Au cours d'un processus de comparaison permanent, un ensemble de codes a émergé. Le codage des entretiens consiste à extraire des mots ou phrases et à synthétiser leur signification par un ou plusieurs mots qui deviennent alors un code. Il s'agit d'un codage ouvert fractionnant le texte en une série de codes.

L'accumulation de ces codes a fait émerger des concepts plus généraux dans lesquels pouvaient être regroupés les codes ayant la même signification ou les mêmes implications. Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens et de ce fait de l'apparition de nouveaux codes, un retour en arrière dans le texte déjà codé était effectué pour vérifier la présence ou non de ces nouveaux éléments. La mise en relation des différents concepts entre eux et la mise en évidence de leurs interactions avec la question principale de l'étude permettaient d'établir une théorie concernant les éléments intervenant dans le rôle du médecin traitant dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois.

Cette analyse a été faite à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo 10 Software.

7. La saturation des données

Le nombre de médecins interrogés n'a pas été déterminé par avance et nous devions stopper les entretiens une fois que la saturation des données ait été atteinte. Cette saturation apparaît quand les entretiens n'apportent plus aucun nouvel élément et qu'aucun nouveau code n'apparaît dans l'analyse des données. [31]

Cependant, dans notre étude, la saturation des données est apparue très précocement puisque dès le septième entretien, aucun nouvel élément n'apparaissait dans l'analyse. Nous avons alors fait le choix de réaliser malgré tout de nouveaux entretiens : Trois femmes ont ainsi accepté de s'entretenir avec moi. Puis, afin de respecter une parité et de limiter le biais de sélection, quatre hommes ont été inclus dans l'étude.

Résultats

1. Présentation de l'échantillon

Profil des médecins interviewés :

Médecins	Sexe	Age	Durée d'exercice	Département	Mode d'exercice	Secteur	Temps d'une consultation (min)	Temps d'une consultation nourrisson (min)	Nombre d'enfants	Nombre de nourrissons vus par semaine
A	F	63	35	91	Seule	urbain	15	30	2	4 à 5
B	M	42	12	33	groupe	rural	15-20	30	3	5 à 10
C	F	51	25	94	groupe	urbain	20	20 ou plus	2	5 à 10
D	M	75	46	94	seul	urbain	15	15 ou plus	3	0 à 5
E	M	54	23	94	Seul	urbain	10	15	2	-
F	F	38	11	77	groupe	rural	15	20	3	5 à 10
G	F	56	27	94	seul	urbain	15	15 ou plus	2	15 à 20
H	F	58	32	94	groupe	urbain	15	30	3	10 à 15
I	F	33	6	94	groupe	urbain	20	20 ou plus	2	5 à 10
J	F	45	15	91	seule	urbain	15	30	2	5 à 10
K	M	54	25	94	seul	urbain	15	15 ou plus	3	5 à 10
L	M	69	39	33	groupe	rural	30	30	2	0 à 5
M	M	60	14	94	seul	urbain	15-20	15-20	3	0 à 5
N	M	50	23	94	groupe	urbain	15	30 à 60	3	10 à 15

Vingt-deux médecins généralistes ont été contactés pour cette étude, en Aquitaine et en Ile-de-France.

Quatorze d'entre eux ont accepté l'entretien. Parmi eux, il y avait 7 femmes et 7 hommes. Un seul était conventionné en secteur 2. Deux d'entre eux avaient une activité de médecin homéopathe associée. Un avait une activité complémentaire de médecin de crèche. Un a effectué des consultations pédiatriques hospitalières au début de sa carrière, et un dernier a été médecin obstétricien et pédiatre en clinique pendant dix ans, de 1964 à 1974.

Ils exerçaient tous en libéral, soit seul, soit en association dans un cabinet de groupe avec d'autres médecins généralistes et essentiellement en milieu urbain. Trois médecins étaient situés en zone rurale.

Un médecin n'a pas souhaité que l'entretien soit enregistré. Passionné par le sujet, il souhaitait me faire part de sa manière de travailler et d'aborder ces consultations. Cependant, ayant la volonté d'écrire un livre à ce sujet, il ne souhaitait pas que ses idées soient enregistrées. J'ai donc pris des notes au cours de l'entretien, et les ai utilisées ensuite pour donner plus de cohérence à mon travail.

Huit médecins, dont six hommes, ont refusé de me rencontrer, par manque de temps pour la plupart, et deux d'entre eux ne suivaient pas les nourrissons par manque de temps et d'intérêt.

2. Analyses des entretiens

2.1 Le positionnement du médecin généraliste

2.1.1 Le médecin traitant

C'est en exposant leur position de médecin traitant, avec toutes ses caractéristiques, que les médecins interrogés m'ont fait part de leur pratique dans le suivi du nourrisson.

→ En tant qu'omnipraticiens, deux médecins réalisent les suivis de grossesse. Le suivi du nourrisson se fait ensuite naturellement dans cette continuité.

A : Les femmes enceintes, j'en ai que je suis jusqu'au 7^e mois. [...] Et puis, en plus, dans mon cabinet, quand ils voient plusieurs fois des nourrissons qui viennent plein le cabinet, ils se disent « bon ben apparemment elle fait de la pédiatrie ... » Y'a pleins de parents qui me demandent : « Mais, vous vous occupez des bébés ? » Bah oui, je suis pas mal de bébés... « Et vous faites les vaccins ? » Ben oui, et du coup, je les récupère.

H : Parce que je suis beaucoup de femmes enceintes [...] Et donc après elles nous demandent, parce qu'elles voient bien, on a plein de petits dessins, on a un espace pour les enfants et les nouveau-nés dans la salle d'attente, donc elles nous demandent si on s'occupe des bébés et quand on leur dit oui, eh ben elles viennent avec eux ensuite.

→ Tous reçoivent les nourrissons de leur patientèle pour la gestion des pathologies aiguës, infectieuses la plupart du temps. Ce rôle de médecin d'organicité leur permet d'établir un contact et une relation avec l'enfant et les parents, qui leur confient ensuite le suivi.

A : je gère les pathologies aiguës. [...] Et y'en a pas mal que je finis par récupérer parce que les délais sont trop longs chez le pédiatre.

J : les premiers de la fratrie, je les vois dans une situation de maladie infectieuse parce que le pédiatre n'est pas dispo et après en 1mois 1/2 à 2 mois, bah ils voient plus le pédiatre, quoi ! En gros, c'est comme ça que ça recrute !

→ Certains ont évoqué leur position de médecin de famille, offrant aux parents un suivi dans un cadre connu et dans un climat familial, de confiance.

D : C'est les patients que je suis sur le plan de la médecine générale, qui font un bébé... ce en quoi ils ont raison, c'est la finalité de l'existence... et qui m'amènent leur nourrisson.

G : Bon et souvent, les gamins que j'ai suivi quand ils étaient jeunes, ben ils me ramènent leurs gamins évidemment.

M : Souvent c'est ceux où je suis la famille, qui veulent que je suive aussi le bébé

→ Certains médecins considèrent que l'instauration d'un climat de confiance garantit un suivi de qualité.

H : c'est vraiment lié à la qualité de la relation avec les parents. Si vous avez une bonne relation, vous allez essayer de chercher pour eux le maximum de trucs et essayer de comprendre ce qui se passe, et si la relation n'est pas très bonne ou si les gens ne sont pas à l'écoute, alors vous allez forcément passer à côté de trucs.

- Pour la plupart des médecins interrogés, ce climat de confiance se fonde sur un échange permanent avec les parents durant ces consultations.

C : Bon, on discute de toute façon. Y'a toujours une discussion. On examine et on discute toujours.

D : J'aime bien la relation avec les gens donc je parle assez facilement

I : Et après, y'a les parents, qui font partie de la consultation, [...] s'ils posent plutôt des questions donc c'est vrai que la consultation va se faire aussi avec les parents.

J : La discussion, c'est le fil rouge de la consultation de toute façon.

- Dans cet échange, quelques médecins évoquent un rôle d'écoute faisant partie intégrante du suivi et permettant de connaître mieux ses patients.

C : C'est la consultation où les parents parlent beaucoup. Par des questions ou alors, ils me racontent.

H : D'ailleurs, j'aime bien ces consultations où on me pose des questions un peu « bêtes » parce que c'est intéressant et puis j'accompagne mes patients comme ça et ça ouvre sur plein d'autres choses après ! De toute façon, ce sont des consultations ouvertes, on doit pouvoir parler de tout sans se prendre la tête.

- Beaucoup assurent un rôle de soutien et de conseil de cette façon.

B : C'est vrai qu'on fait ensemble, surtout s'ils ne sont pas à l'aise. [...] Ça permet des fois à des parents qui ont peur de lui faire mal, de prendre confiance...

G : Je leur dis que, s'il y a quelque chose qui ne va pas, ils doivent venir me voir ou m'appeler. J'ai souvent les patients au téléphone aussi pour des conseils.

J : Mais bon, souvent, ils ont besoin de nous voir pour se rassurer. Parce qu'ils nous posent des questions, qu'ils n'abordent pas avec les pédiatres de l'hôpital, quoi ! [...] Parce que ça les angoissent moins de nous poser des questions à nous et pas à eux ! Ils ont peut-être moins peur d'entendre nos réponses que les leurs !

→ Quelques médecins mettent en avant leur modération dans la médicalisation du suivi et dans les prescriptions, qui selon-eux, caractérise leur pratique de médecine générale. Ils se définissent comme les protecteurs de santé des nourrissons.

B : Et nos bébés ne sont pas non plus des cobayes... [...] Donc il faut quand même rester prudent ! On est dans le « pharmageddon » : c'est le moment où la pression pharmaceutique nuit plus à la santé qu'elle ne l'améliore ! Donc il faut savoir être raisonnable pour nos bébés ! [...] Voilà, donc je crois que le médecin généraliste doit bien mettre en garde les parents par rapport à ça !

D : Bon, le problème c'est que trop d'information tue l'information... Mais je réponds aux parents sans problème s'ils ont des questions. Je crois qu'il faut simplifier les choses ! [...] La grossesse, ce n'est pas une maladie, c'est une évolution normale... Et bien le bébé, c'est pareil. Faut pas se prendre la tête ! [...] Donc je crois qu'il faut dédramatiser les choses, c'est naturel, donc il ne faut pas vouloir se priver ou contrôler trop de choses. Et c'est pareil pour le suivi du nourrisson. Mais ça c'est une sagesse qui vient probablement avec l'âge.

2.1.2 Les compétences du médecin généraliste

→ Tous les médecins généralistes interrogés se sentent compétents pour assurer le suivi des nourrissons.

L : Je me sens compétent pour détecter, en tout cas, une anomalie évidente. Oui, je pense que tout généraliste l'est.

→ La moitié des médecins interrogés estiment que leur formation initiale était de qualité, leur apportant les connaissances nécessaires pour suivre convenablement un nourrisson.

- Certains d'entre eux parlent de leur formation théorique, mais concernant uniquement des thèmes figés, n'étant pas modifié au fil du temps.

D : On se rend compte que certaines choses n'ont pas changé. L'examen du nourrisson, il n'a pas évolué, il n'a pas changé, on cherche les mêmes choses depuis 50 ans.

F : Après, je pense que la formation initiale est pas trop mal faite. [...] Sur tout ce qui est développement, on a une formation initiale qui est bien [...] Et puis ça, ça ne change pas.

- D'autres en revanche évoque davantage l'importance des stages hospitaliers.

B : Euh, moi j'ai appris beaucoup de choses pendant les premières années par rapport aux nourrissons. J'en ai examiné des tonnes, en tant qu'externes, internes et puis après en médecine générale aussi.

J : Ca dépend comment on a géré ses études. [...] Si on a fait les bons stages en tant qu'externe et en tant qu'interne dans les bons services, on peut avoir la formation qui est nécessaire pour bien suivre un bébé.

→ Pour certains, il s'agit de se faire une expérience pour être à l'aise.

- Pour certains l'expérience professionnelle permet de prendre de l'assurance au fil des années.

A : mais une fois qu'on a les connaissances, il suffit juste d'entretenir un petit peu. Mais c'est vrai, si on ne voit jamais de nourrissons, on peut être mal à l'aise. Mais quand on en fait régulièrement, ben c'est de la routine... de l'automatisme...

B : On en voit énormément en garde dans la maison médicale, on voit 30 ou 40 % de pédiatrie, c'est énorme, on ne les a jamais vu, il faut les examiner dans des situations aigües donc ça donne beaucoup d'expérience.

D : Mais bon, je vis sur mes réserves, et à force on finit aussi par avoir de l'expérience

K : Et y'a la pratique aussi ! [...] je crois qu'au bout de vingt-cinq ans, avec l'expérience, on connaît bien le sujet ! [...] quelqu'un qui démarre, je pense qu'effectivement, il ne manie pas

bien la pédiatrie, donc c'est vrai qu'il faut l'expérience derrière ! C'est essentiel. Avec le temps, on dépiste facilement les choses, on a un œil bien averti.

- *D'autres disent utiliser leur expérience personnelle de parents. Cette expérience leur permet d'être plus attentif, plus à l'écoute en comprenant davantage les questions posées et leur permet notamment de rassurer les parents.*

F : Ouais, mon expérience personnelle, je l'utilise plus pour des petites anecdotes qu'autre chose, pour rassurer les parents. [...] et c'est vrai que le fait d'avoir été maman moi-même, c'est des questions que je me suis posée, que je ne me pose plus, que j'ai résolues, et donc c'est vrai que ça m'aide dans ce cadre-là. Disons que je comprends mieux les questions des parents.

G : mon expérience personnelle de maman ? Oui, tout à fait. Y'a des parents qui parfois ont des comportements, peut-être un peu trop à l'écoute de l'enfant, ou des parents stressants pour les enfants, et j'essaie gentiment de mettre le doigt là-dessus. [...] et ce genre de conseils, je les donne plus facilement grâce à ma propre expérience de maman.

H : Je crois que le fait d'être une femme, ça joue aussi. [...] J'ai eu des enfants, des petits-enfants. C'est vrai qu'il y a plein de choses qui m'interpellent. Je vais plus m'en servir dans l'ouverture d'esprit, la capacité d'écoute que je peux avoir et surtout la compréhension des questions qu'on peut me poser.

I : et ça je le vois par rapport à d'autres doctresses qui sont pas maman, y'a beaucoup de choses où elles ne font pas attention ou alors elles ne savent pas répondre parce que y'a des trucs qu'on ne trouve pas dans les bouquins ni dans les stages et qu'on acquiert en fait avec nos enfants !

J : Ben c'est sûr qu'en pédiatrie, quand on est une femme, et qu'on a une femme en face de soi qui est dans une situation un peu dépassée,... ben on essaie de la rassurer en lui disant qu'on est un peu toutes passées par là ! [...] De toute façon, dans la vie, tout est expérience, donc automatiquement, ce que l'on a vécu nous influence dans notre façon d'exercer !

K : Ben disons que quand on a été parents, on connaît un petit peu la façon dont il faut gérer un enfant. On comprend mieux certaines choses, les questions...

- Pour beaucoup d'entre eux, l'acquisition de compétences nécessaires au suivi du nourrisson et la qualité de ce suivi dépendent de l'intérêt porté au sujet.

F : après moi je dis ça parce que c'est un centre d'intérêt que j'ai particulièrement.

G : Si on aime ça et que l'on s'y intéresse, on le fait bien.

H : Après si on s'y intéresse, forcément, on va progresser dans ce domaine-là [...] le suivi du nourrisson, c'est un peu chacun fait comme il peut ou plutôt comme il veut, suivant la formation qu'il a eu, suivant l'intérêt qu'il porte au sujet.

K : [...] y'a des médecins qui n'aiment pas du tout la pédiatrie et qui ne veulent pas suivre d'enfants. Moi j'aime bien parce que j'aime bien la diversité, la variété et j'aime bien voir les enfants donc je me forme moi-même.

→ La majorité des médecins interrogés considère leur travail de suivi du nourrisson identique à celui du pédiatre.

B : Parce que c'est vrai qu'il y a des pédiatres dans le coin [...] parce qu'ils font du suivi, comme moi.

I : Non parce que le pédiatre de ville... Ben on fait un peu la même chose donc on va pas demander son avis...

J : Les pédiatres, ça a toujours été un peu dans la compétition [...] Je ne vais pas envoyer sur un pédiatre de ville, on fait à peu près le même boulot !

K : Je ne vois pas l'intérêt d'envoyer à un pédiatre de ville, je ne vois pas ce qu'il ferait de plus que moi, on fait à peu près la même chose.

2.1.3 Le système de soins actuel

2.1.3.1 La démographie médicale

→ Au cours des entretiens, tous les médecins soulignent le problème que pose l'évolution de la démographie médicale avec la diminution voire la disparition des pédiatres libéraux.

A : Mais dans le coin, y'en [des pédiatres] a de moins en moins.

D : encore que , là les pédiatres [...] ça devient un peu difficile parce qu'il y en a un qui est parti à la retraite l'année dernière et il y en a qu'une autre, mais qui travaille qu'à mi-temps donc c'est un peu compliqué.

E : On a plus de pédiatre dans le coin.

F : Ici, on a quand même très peu de pédiatres, donc très peu de pédiatres interviennent.

M : Bon c'est vrai que y'a un pédiatre qui est parti à la retraite donc on en récupère un peu quand même.

2.1.3.2 Le coût des soins

→ Un seul médecin interrogé fait part de la différence de coût de soin entre un pédiatre et un médecin généraliste.

G : Les pédiatres sont chers (ils sont majoritairement en secteur 2 à Saint-Maur), donc c'est difficile pour les parents quand il faut payer 50 ou 60 euros la consultation.

2.1.3.3 Les acteurs du suivi du nourrisson

Les médecins interrogés évoquent d'autres intervenants pouvant participer au suivi du nourrisson.

→ La Protection Maternelle et Infantile, évoquée par tous les médecins interrogés, est un intervenant important dans ce suivi.

H : y'a des nourrissons que je suis moi, et beaucoup sont suivis à la PMI, parce qu'on a une PMI dans le quartier.

- La plupart des médecins évoquant les suivis explique ce choix des parents pour des raisons financières.

A : la PMI, moi je la suggère à des patients car je suis en secteur 2...bien que je ne refuse pas les CMU... S'ils ont la CMU, je les voie, mais s'ils n'ont pas de CMU et/ou de petits moyens, je les oriente sur la PMI qui est gratuite.

B : La PMI [...] où il y a des puéricultrices, où il y a des enfants avec des situations sociales particulières ; alors ils font du suivi et c'est vrai que nous, on insiste un peu pour qu'il fasse du suivi d'enfant avec des problèmes d'accès aux soins...

D : elle a l'avantage de ne nécessiter aucun investissement financier de la part des parents.

G : La PMI, je pense que c'est un aspect financier parce qu'il n'y a pas d'avance de frais.

I : Après, y'a des gens qui ont des difficultés financières, qui préfère aller en PMI.

- Certains médecins ont recours à la PMI pour effectuer les vaccins, surtout la réalisation du BCG qui n'est plus obligatoire.

B : Et alors la PMI notamment, on leur fait faire quelque chose de particulier qu'est le BCG... C'est-à-dire qu'en fait, on a eu des cas de BCGite, nous, dans notre pratique, parce qu'on ne faisait plus assez souvent le BCG depuis qu'il a été arrêté en systématique et du coup, on fait faire toujours à la PMI parce qu'ils ont plus l'habitude. Donc ils les font tous...

C : On a quelque nourrisson qui sont encore en PMI, surtout tout petits pour les premiers vaccins parce qu'à la PMI, ils font les vaccins. Et dans le temps, la PMI faisait aussi le BCG... Nous, on avait arrêté, on n'en faisait plus. J'ai recommencé depuis 6 mois à le faire.

M : En général, je ne vaccine pas pour le BCG, je laisse la PMI le faire.

- Certains médecins considèrent la PMI comme un complément à leur suivi pour permettre aux parents de faire contrôler leur enfant plus souvent.

➤

A : si la mère est angoissée, je peux l'envoyer à la PMI pour faire peser son bébé...en plus de ma consultation mensuelle...

J : y'a aussi la PMI qui est à côté donc il y a des parents qui vont aussi peser, voilà ;

→ Les médecins généralistes partagent également certains suivis avec des pédiatres.

A : y'en a certains qui voient que moi et d'autres qui sont suivis par des pédiatres.

G : alors j'ai certains enfants que je suis entièrement de A à Z. J'en ai d'autres qui sont suivis en PMI et que je vois quand la PMI est fermée. J'ai d'autres patients qui sont suivis par un pédiatre et que je vois quand ils sont malades.

M : La grande majorité des nourrissons qui viennent chez moi sont suivis par un pédiatre. J'en suis très peu moi-même.

2.1.3.4 La place du médecin généraliste dans ce parcours

→ La plupart des médecins ne réalise pas le suivi de tous les nourrissons du cabinet et certains nourrissons sont suivis par d'autres professionnels.

C : Donc, soit ils étaient suivis par ce pédiatre et ici, soit ils étaient suivis par la PMI. [...] Puis, y'a des gamins qu'on voit nous et que personne d'autre ne voit.

F : Après, y'a certains parents qui font les vaccins en PMI : ils préfèrent dissocier par ce qu'ils se disent que l'examen sera après plus facile pour moi si je le vaccine pas. Mais c'est moi qui fais le suivi.

G : Alors j'ai certains enfants que je suis entièrement de A à Z. j'en ai d'autres qui sont suivis en PMI et que je vois quand la PMI est fermée. J'ai d'autres patients qui sont suivis par un pédiatre et que je vois quand ils sont malades parce que le pédiatre ne peut pas les prendre. Je suis ouverte, ça ne me gêne absolument pas !

→ Lorsque les nourrissons sont suivis par d'autres professionnels, les médecins généralistes se donnent uniquement le rôle de médecin d'organicité, de somaticien.

A : Dans ce cas-là, je gère les pathologies aiguës. Vaccin, suivi et tout ce dont on a parlé avant, c'est le pédiatre qui gère.

D : Et si je ne suis pas le seul à intervenir, je ne me donne aucun rôle de suivi. Je fais uniquement ce pourquoi on est venu me voir, c'est-à-dire essayer de faire le diagnostic de la raison de la consultation.

H : Ah ben on fait le complément, c'est-à-dire qu'on gère les urgences, on les voit quand ils sont malades.

→ La majorité des médecins interrogés s'estime d'ailleurs plus disponible que les autres acteurs.

A : La PMI, pas tant que ça parce que, ... je veux dire, leurs horaires, quand on bosse [...] Mais après, pour quelqu'un qui travaille, c'est incompatible avec les horaires de PMI... Tout le monde ne rentre pas à 17h chez soi... Et puis les pédiatres [...] si y'a le moindre souci, la moindre pathologie, ils n'ont jamais de place ! [...] Et y'en a pas mal que je finis par récupérer parce que les délais sont trop longs chez le pédiatre. Ils se disent « Après tout, à chaque fois qu'on veut le joindre parce que le gamin est malade, on ne peut jamais l'avoir donc finalement... »

D : quand leurs enfants sont malades [...] les pédiatres ne sont pas toujours disponibles.

K : Si les parents sont embêtés parce que ce jour-là, ils n'ont pas accès au pédiatre parce qu'il n'est pas disponible [...], je voie l'enfant dès qu'on me le demande, je suis disponible.

2.1.3.5 La coordination des soins

→ La plupart des médecins travaille de manière très isolée et ne travaille pas en partenariat avec d'autres structures.

A : Mais c'est rare que j'ai des soucis assez importants pour envoyer en 2e intention.

C : Ben, il ne faut prendre l'avis que d'une seule personne. Ou moi, ou le pédiatre, ou le médecin de PMI, mais y'a une personne qui dit et on s'y tient... sinon on ne s'en sort pas.

D : Je n'envoie même pas les gens dans ces... j'essaie de répondre à leur question tout seul, comme j'ai toujours fait.

H : Pfff, on est complètement indépendant, on n'a pas la même façon de faire...

L : Oui je suis le seul sauf en cas d'anomalie détectée. [...] Quand je demande l'avis d'un pédiatre, c'est que vraiment ça va mal !

→ D'ailleurs, en dehors du réseau bronchiolite évoqué par seulement trois médecins, aucun d'entre eux ne travaillent avec l'aide de réseaux de soins. Certains ne les connaissent pas, d'autres estiment ne pas en avoir besoin.

C : De pédiatrie ? Ah ben je ne sais pas... Ah ben j'ai pas le temps moi... Non, je fais pas appel aux réseaux moi, ni en pédiatrie, ni en cancérologie ou autres... Y'a beaucoup de réseaux oui. Enfin, c'est très bien tout ça, mais en même temps quand on a un souci avec un

patient, on appelle nos correspondants hospitaliers ou on envoie un mail et ça va très très vite...

D : Pfff, je suis trop vieux pour ça. Comme vous voyez, j'ai une informatisation absolument remarquable et à la pointe du progrès... (il n'en a pas...) ! Moi je reviendrai volontiers aux signaux de fumée... J'ai un téléphone, c'est déjà pas mal. Mais je suis trop vieux pour ça, j'ai jamais travaillé comme ça. Je n'envoie même pas les gens dans ces... j'essaie de répondre à leur question tout seul, comme j'ai toujours fait.

G : Euh non... enfin je ne sais pas. En tout cas, je ne les utilise pas.

H : on a le réseau bronchiolite, on a la fiche avec le numéro dans la salle d'attente. Et les autres, moi, je ne les utilise pas en tout cas.

I : Ben y'a le réseau bronchiolite qu'on utilise parce qu'il y a la publicité dans le cabinet donc j'en parle et j'oriente les gens. Mais sinon, je ne connais pas.

K : Non pas en pédiatrie. Je pourrais, mais je n'ai pas d'information dans ce domaine-là.

L : Pour les nourrissons jamais non. Moi j'ai horreur des réseaux, des partis politiques, de tout ce qui est encadré. Je dis pas qu'il n'y en a pas qui sont intéressants... mais je n'aime pas.

→ Lorsqu'ils ont besoin de l'avis d'un spécialiste, la plupart des médecins préfère orienter les nourrissons, d'emblée vers un service pédiatrique hospitalier.

E : Si j'ai besoin d'un autre avis, j'envoie à l'hôpital, c'est plus spécialisé.

G : J'adresse directement à l'hôpital parce que je me dis que je ne sais pas si le pédiatre de ville pourra faire mieux que moi.

J : Quand je fais appel à des pédiatres c'est dans un milieu médical, c'est dans un CHU ou des centres hospitaliers très spécialisés.

K : Sinon, quand j'ai un problème majeur, j'envoie directement dans le secteur hospitalier.

L : Oui je suis le seul sauf en cas d'anomalie détectée. Et dans ce cas-là, je demande l'avis d'un pédiatre très spécialisé, hospitalier ou spécialisé.

M : Ben au pédiatre. C'est souvent à l'hôpital parce qu'en ville ils ne sont pas disponibles.

→ Parfois, les médecins orientent les nourrissons vers des pédiatres sur-spécialisés exerçant en ville.

C : On a maintenant cardio-, endocrino-, neuro-, et gastro-pédiatrie en ville. C'est génial non ? [...] Là maintenant, on a des spécialistes en ville...Ça vient de sortir...

H : Alors on a des gastro-pédiatres, cardio-pédiatres, [...]. Mais c'est vrai que très souvent, on fait beaucoup en ville. [...] Sur Créteil [94], y'a un centre pédiatrique avec une neuro-pédiatre, une gastro-pédiatre, une cardio-pédiatre, une endocrino-pédiatre. On travaille beaucoup avec eux, ils prennent assez vite, sont assez efficaces.

K : Je travaille beaucoup avec un gastro-pédiatre parce qu'il y a beaucoup de souci de cet ordre-là, digestif.

2.2 Le suivi du nourrisson en médecine générale

2.2.1 L'organisation du cabinet

2.2.1.1 Les conditions de consultations

→ La majorité des médecins interrogés consulte sur rendez-vous. Deux médecins proposent des plages horaires de consultations sans rendez-vous, mais un consulte les nourrissons uniquement lors de rendez-vous.

C : Normalement, les rendez-vous au départ, c'était que pour les nourrissons. Et comme tout le monde veut un rendez-vous, c'est rendez-vous pour tout le monde maintenant !

E : sur rendez-vous, pas en consultation libre.

→ La majorité des médecins programme la consultation suivante lors de chaque consultation, mais laisse les parents prendre le rendez-vous afin de leur laisser la possibilité de choisir de revenir consulter ou non.

D : Non, je ne marque jamais de rendez-vous à 1 mois par exemple. Je dis aux parents qu'il faut faire un examen le mois suivant, en tout cas jusqu'à 4 mois, après c'est plus la peine, mais je laisse les parents appeler. C'est pas moi qui prends le rendez-vous.

F : Et à chaque fin de consultation, je dis aux parents de reprendre rendez-vous pour le mois prochain ou pour le prochain mois nécessitant un examen.

G : Je ne pousse pas à la consommation, donc je leur dis de venir en consultation quand il y a des vaccins ou si besoin, mais sinon les parents ont le droit de vouloir venir ou pas. [...] Je pense qu'en tant que médecin, on n'a pas le droit de forcer les gens à venir en consultation.

→ La majorité des médecins libère un temps plus long pour les consultations de nourrissons. Certains programment ce temps plus long sur leur agenda, d'autres ne le programment pas mais prennent « le temps qu'il faut » et prennent du retard.

A : Bah je mets systématiquement une double consultation

B : Oui, 1/2h contrairement à mes consultations habituelles de 1/4h-20min. On double, les gens le savent et la secrétaire aussi...

C : Alors mes consultations sont de 20 minutes, mais les nourrissons en prennent le double. Enfin, c'est très fréquent qu'ils en prennent le double. [...] Pour les nourrissons, je prends le temps qu'il faut et c'est tout. Les premiers nés, c'est très longs.

G : Donc je prends le temps qu'il faut, je ne regarde pas l'heure en fait. C'est vrai que la plupart du temps c'est plus long que 1/4h.

J : Pour les enfants de moins de 2 ans, je prends 1/2h, enfin pas quand c'est de l'infectieux mais quand c'est une visite de contrôle. Pour les autres, c'est 1/4h.

2.2.1.2 Le contexte de consultation

→ Nous l'avons vu précédemment dans l'analyse, les médecins interrogés voient les nourrissons dans différentes situations : le suivi, les pathologies aiguës.

H : Euh, dans plusieurs types de situations mais disons que globalement, les nourrissons qu'on voit dès la naissance, on fait tout le suivi complet (vaccination, alimentation, suivi, croissance, etc...). Après on va voir aussi les nourrissons dont les pédiatres ne sont pas disponibles, et pour qui les parents veulent consulter plus vite, donc là on ne fait que les consultations quand ils sont malades... Euh voilà...

→ La majorité des médecins considère que les consultations de suivi sont à dissocier des autres consultations. La durée de la consultation est la principale raison qu'il invoque pour expliquer cette dissociation.

E : Oui, c'est mieux de les dissocier. [...] Pfff, je sais pas... A chaque consultation, sa raison...

H : Ah oui, ce ne sont pas les mêmes hein ! C'est beaucoup plus rapide quand on voit un nourrisson ou un enfant de moins de 2 ans pour des pathologies hivernales ou autre que pour un suivi ou effectivement on va passer plus de temps. Mais quand même, les nourrissons de moins de 1 an, c'est toujours plus long parce que, là, malgré tout, quoi qu'il arrive, on les pèse, on les mesure, on explique des trucs. Même dans ce cas-là, je ne consacre pas forcément 1/2h mais au moins 20 min.

J : Normalement, elle doit être dissociée alors ça veut dire que les gens qui me connaissent, savent que, quand ils prennent rendez-vous pour une consultation de suivi, il faut bloquer 2 rendez-vous donc ils le disent au secrétariat.

L : Oui, indéniablement. Quand on voit l'enfant, il y a le suivi et le reste.

→ Un seul ne dissocie pas ces consultations et évalue l'enfant au cours d'une consultation pour une pathologie aigüe par exemple.

M : Euh, non, c'est pareil, on peut faire les deux [...] Les parents viennent rarement pour une consultation de suivi mais viennent pour une autre raison, une pathologie quelconque et j'en profite pour évaluer un peu l'enfant.

2.2.1.3 Le rythme de consultation

→ La majorité des médecins respectent un calendrier de suivi assez structuré au cours des 2 premières années pour assurer le suivi du nourrisson. Ils les voient tous les mois jusqu'au 6^e mois, puis au 9^e mois, 12^e mois et 24^e mois. Certains font même l'examen du 8^e jour du fait de la diminution des durées d'hospitalisation.

A : Ben, les nourrissons, bah de toute façon, les visites jusqu'au 6e mois, bah c'est tous les mois. [...] De toute façon, du 1er au 6e mois, je les pèse systématiquement [...] donc ça fait 0 à 6 mois, 9 mois, 12 mois et après c'est rare, enfin pas fréquent de ne pas les voir jusqu'à 24 mois parce qu'ils ont toujours une rhino ou un truc qui fait qu'ils viennent consulter

B : Elles sont surtout distinctes pour les 6 premiers mois et ensuite les 9 mois et les 2 ans pour les examens obligatoires. Voilà, y'a un suivi du petit nourrisson, la première année, qui

est assez structuré. [...] Il m'est même arrivé de faire le 8e jour avec des mamans qui accouchaient à domicile.

C : Euh, une fois par mois jusqu'à 6 mois, à 9 mois, à 1 an et 2 ans.

- Un seul médecin estime qu'un suivi mensuel est inutile et considère qu'un examen aux périodes « charnières » du développement est suffisant.

I : Ben, au 8e jour, au 6e mois, et au 9e mois, mais après y'a des parents plus inquiets qui viennent tous les mois mais je ne vois pas l'intérêt de les voir tous les mois...

- Un autre au contraire, préfère les voir plus souvent et programme des consultations tous les mois au cours de la première année.

H : Pour le suivi, une fois par mois. [...] Pendant la première année, et après on espace un petit peu.

→ Pour certains, la réalisation des vaccins structure et rythme le suivi et assure un suivi minimum.

B : les vaccins nous contraignent aussi à une régularité assez stricte.

G : Je ne pousse pas à la consommation [...] s'ils viennent au moins pour les vaccins obligatoires, c'est très bien.

M : et bien pour les vaccinations c'est en fonction du nouveau calendrier. Et sinon, c'est le rythme des consultations obligatoires de 2, 9 et 24 mois.

→ Malgré un suivi structuré, la majorité reste très souple quant à la fréquence des consultations et se tient à la disposition des parents pour des consultations supplémentaires si besoin.

B : ensuite, ça dépend de l'enfant, de la confiance des parents.

C : Ah ben c'est comme ils veulent... Euh, c'est-à-dire qu'il y a des mères extrêmement angoissées qui me les amènent tous les quatre matins, mais sinon c'est une fois par mois normalement.

G : après les parents me les amènent tous les 2-3 mois en fonction de leur envie.

→ Pour la plupart des médecins interrogés, le suivi du nourrisson doit s'effectuer dans le temps. Ce suivi régulier permet d'examiner l'enfant différemment en fonction de son humeur et de sa disponibilité le jour de la consultation, mais aussi d'aborder des choses différentes au fur et à mesure, et de reprendre des thèmes déjà abordés auparavant et posant problème.

C : Et en même temps, comme je les vois plusieurs fois, j'ai le temps, en plusieurs fois de parler de choses différentes.

E : Ou alors, c'est eux qui demandent et après je leur demande s'ils n'ont plus de questions... de toute façon, ça se fait petit à petit, de consultation en consultation...

F : Alors, c'est l'intérêt de les voir tous les mois parce qu'effectivement, si on passe sur quelque chose, soit parce que l'enfant ne se laisse pas examiner pour x ou y raisons, soit parce que la maman a une question particulière qui prend un peu plus de temps sur la consultation, on peut reprendre ce que l'on n'a pas fait, la fois suivante. [...] Après ça dépend de l'enfant, s'il hurle parce que ce jour-là il n'est pas bien luné, je vais abandonner des choses parce que je sais que je vais pouvoir le faire la prochaine fois.

H : On discute de tout ça à chaque fois. C'est vrai qu'au début, on aborde des trucs différents tous les mois.

I : Parce que des fois, on voit que la croissance n'est pas normale, que y'a quelque chose un peu bizarre, et du coup je pense que c'est important de pouvoir les revoir plusieurs fois.

2.2.2 L'examen du nourrisson

2.2.2.1 Généralités

→ Certains médecins organisent leur consultation de suivi en mettant l'enfant en position centrale.

A : je ne pose pas de questions aux parents assise au bureau [...] Je profite de l'examen, et pendant l'examen, souvent la mère est à côté, et de plus en plus en souvent, y'a le père qui est là maintenant.

C : Tout est organisé autour de l'enfant donc on est autour de l'enfant, déshabillé sur la table. [...] Y'a toujours un temps de discussion avant et après. ..Un peu avant et surtout après... Parce que déjà, il faut que je le voie. Tant que je ne l'ai pas dans les yeux, moi je ne sais pas. J'aime bien que les parents me présentent leurs questions, et me disent ce qui leur

pose problème, mais j'aime bien avoir l'enfant dans les yeux [...] Donc la discussion est plutôt après, pour réellement orienter la discussion sur ce bébé.

→ Tous font déshabiller les nourrissons et tous font des pesées sans la couche.

A : Bon je le déshabille entièrement. Ça, je trouve que c'est indispensable ! Pas question de garder quoi que ce soit sur lui, sauf la couche que j'enlève en dernier pour ne pas être arrosée.

B : Je fais déshabiller l'enfant systématiquement

F : oui et je le pèse sans la couche. Et parfois, c'est moi qui déshabille l'enfant, parce que certains parents ne sont pas très à l'aise...

→ Tous les médecins interrogés considèrent le carnet de santé comme un outil indispensable, qu'ils remplissent systématiquement. Le carnet de santé est un dossier médical qui fait le lien entre tous les intervenants.

B : quand c'est un examen systématique oui, je le remplis systématiquement. Je ne le remplis pas quand les enfants viennent pour un rhume ou autres pathologies aigües banales.

C : Le carnet de santé, je l'utilise à chaque consultation, systématiquement, même si j'ai rien à dire. Suivi ou pathologies aigües, je marque toujours, si je vois quelque chose. [...] Je mets toujours quelque chose dans le carnet.

G : Et ensuite, je remplis le carnet de santé systématiquement. D'ailleurs, je ne suis pas contente quand les parents ne l'ont pas.

I : Oui toujours. Je le remplis, ça fait partie du suivi parce qu'on a aussi tout ce qui se passe depuis le début, donc oui, c'est important.

J : Ben c'est le seul outil qu'on a d'un cabinet à l'autre ! [...] Dans l'urgence, ça nous arrive de prendre en catastrophe des enfants qui ne sont pas bien, et si on n'a pas les carnets de santé... Moi j'estime que c'est indispensable ! Même si on met trois mots !

2.2.2.2 Un rôle de dépistage

→ Pour tous les médecins interrogés, le suivi permet de faire un point sur l'évolution du bébé et de dépister des anomalies pour pouvoir les prendre en charge précocement.

L : C'est le moment [...] où on détecte éventuellement des pathologies.[...] C'est uniquement un examen qui permet de repérer un retard ou une anomalie quelconque.

→ Pour tous, le paramètre le plus important à surveiller est l'évolution staturo-pondérale. Il s'agit, pour eux, du paramètre permettant d'évaluer l'état général de l'enfant.

B : la surveillance poids-taille ? Non mais ça en fait partie évidemment, et qui est essentielle et souvent un critère majeur de la bonne santé de l'enfant, c'est sûr...

E : surveillance poids taille, ça c'est important...

F : Déjà avoir le suivi courbe croissance/poids

M : Ben je le pèse, je le mesure...

- Seulement quelques médecins déclarent remplir les courbes staturopondérales sur le carnet de santé dans un souci de dépistage d'anomalies de la courbe et pour rassurer les parents.

F : Ben [...] la cassure de la courbe de croissance...

I : les courbes de poids-taille, c'est important, les parents, ils aiment bien être dans les courbes, qui ait un suivi, que ce soit bien tracé donc ça, ça fait partie... enfin, faut toujours l'écrire quoi...

- Seulement deux médecins déclarent calculer l'IMC.

D : je calcule même l'IMC.

K : D'ailleurs je calcule l'IMC à partir de un an.

→ Lors de ces consultations, la majorité des médecins apprécie également la motricité et évaluent le développement psychomoteur. Cependant, aucun n'évoque le dépistage de l'autisme.

F : [...] voir s'il y a des anomalies du développement psychomoteur [...] Et puis après tout ce qui va être un peu neuro : position assise, debout, la tonicité, est ce qu'il se retourne, utilise ses mains

I : Je vais gérer le développement psychomoteur du bébé en premier lieu, ça veut dire vérifier qu'effectivement, il a un développement correct. [...] Et puis souvent quand je les mets sur la balance, ils ont toujours un truc pour s'occuper et ça m'aide à voir s'ils prennent bien, s'ils tiennent bien assis, s'ils ont une bonne stabilité. De toute façon, chaque fois que je fais un truc, j'ai une idée en tête. Mais je le fais automatiquement !

- Ces médecins ajoutent que leur méthode d'évaluation du développement psychomoteur s'adapte en fonction de l'âge du nourrisson.

B : Oui oui y'a des grilles, en fonction de leur âge [...] on a des nourrissons tout petits où l'examen est bien différent de l'examen à 1 mois, 2 mois, etc... [...] y'a des grilles non formalisées mais que j'essaie de me remettre en tête en fonction des âges...

G : Evidemment, j'adapte mon examen à l'âge de l'enfant puisque je ne recherche pas les mêmes choses à chaque fois et m'adapte aux étapes de son développement.

- Seulement un médecin utilise des jouets (cubes) pour analyser le développement psychomoteur de l'enfant.

J : [...] j'ai des jeux, j'ai des cubes, j'ai des machins, voilà, j'ai des trucs pour voir s'ils prennent bien [...] Alors, ce ne sont pas forcément des choses qui sont faites pour ça

- Certains médecins s'aident du carnet de santé et des repères chronologiques qu'il apporte dans le développement psychomoteur de l'enfant.

F : Sur tout ce qui est développement, on a une formation initiale qui est bien, en plus on a le carnet de santé. Et puis ça, ça ne change pas.

H : Ben pour le développement psychomoteur, j'utilise le carnet de santé. Je fais les examens qui sont marqués dans le carnet de santé.

→ La moitié des médecins interrogés évalue les interactions sociales précoces du nourrisson.

B : On cherche les acquisitions en fonction de l'âge [...] le suivi du regard [...] si on le redresse un petit peu, il regarde mieux.

C : euh... bah deux choses : le nourrisson tout seul [...] D'abord, c'est le regard, l'interaction « lui et moi ». Le regard de l'enfant, c'est quand même...

G : Ça me permet de participer, de parler à l'enfant, de le regarder, de lui faire des sourires, et ça me permet déjà d'évaluer son contact par un premier contact avec lui. Au départ, c'est vrai, que je suis un visage qu'il ne connaît pas et c'est vrai que j'essaie d'accrocher son regard et son contact.

- Dans le cadre de ces interactions sociales, un médecin évoque l'importance de l'évaluation de la relation mère-enfant, qui est la relation privilégiée et qui influe sur le développement du nourrisson...

C : et puis la relation mère-enfant. Ça c'est quelque chose qui manque toujours beaucoup : donc la mère et l'enfant : comment elle se débrouille avec cet enfant, comment elle le vit, comment elle dort, comment elle s'organise, à qui elle fait appel, est ce qu'il y a un père, est ce qu'il y a des aidants autour d'elle... J'ai quand même eu 2 psychoses puerpérales, ce qui est beaucoup pour un seul médecin généraliste...

- Certains s'intéressent au bien-être et l'état physique et psychique de la mère afin de dépister des dépressions du post-partum.

H : si c'est un bébé qui vient de naître je demande à la maman, comment s'est passé sa grossesse, comment elle a accouché, comment ça se passe, comment elle se sent, si elle a le moral, si elle est fatiguée [...] est ce que le papa est présent, est ce que y'a des grands-parents, est ce que y'a des copines qui passent.

J : Je leur pose des questions sur l'alimentation, le sommeil, comment ils vont, comment va la maman.

→ Moins de la moitié des médecins évoquent le dépistage d'anomalies sensorielles :

- Le dépistage d'anomalies de la fonction visuelle, comme le strabisme à 4 mois, l'amblyopie, ou des malformations ou pathologies congénitales est évoqué par quelques médecins seulement.

B : On cherche les acquisitions en fonction de l'âge, [...] le suivi du regard, les lueurs pupillaires...

C : [...] les yeux, s'il y a un strabisme.

F : Ben le strabisme à 4 mois par exemple [...] pfff y'a tellement de choses, c'est très vaste.

G : au niveau des yeux, j'essaie de vérifier qu'il n'y ait pas d'amblyopie, alors pas au premier mois mais quand ils sont plus grands, pour le dépister, parce que plus on le découvre tôt, mieux c'est.

- Seulement un médecin utilise des cubes de jeux de couleur pour dépister des troubles de la vue. Les autres médecins évoquant le dépistage des troubles visuels utilisent leurs otoscopes.

J : Alors, oui, j'ai des jeux, j'ai des cubes, j'ai des machins, voilà, j'ai des trucs pour voir s'ils prennent bien, s'ils voient bien, [...] J'ai des trucs colorés. Maintenant, la lumière, je n'ai pas un truc particulier, je me sers de mon otoscope et je les fais suivre du regard.

- Quelques médecins reconnaissent qu'ils ne font pas de dépistage visuel particulier, les grosses pathologies étant facilement visibles.

H : Le dépistage des troubles visuels, franchement on ne le fait pas. Après, les gros trucs, on va les voir tout de suite : le gamin qui a les pupilles dilatées, qui n'a pas l'air de suivre (mais souvent les parents vous l'ont déjà signalé ça en général !), dès que y'en a un qui louche ou quoi, tout de suite on l'envoie chez l'ophtalmo.

K : Ça fait partie du suivi des premiers mois, le suivi visuel, suivi du regard, et le suivi auditif. C'est vrai qu'on ne le fait pas de manière approfondie, d'une part parce qu'on n'a pas le matériel adapté, mais parce que l'on n'a pas eu la formation pour ! C'est vrai que du coup, dès que j'ai un doute, je demande un avis, je préfère trop que pas assez !!

- Le dépistage de troubles de la fonction auditive est également réalisé par certains médecins. Un médecin utilise du matériel qui fait du bruit mais qui n'est pas la boîte de Moatti, les autres médecins n'utilisent pas de matériel particulier et font du bruit eux-mêmes.

G : j'essaie de faire des petits bruits pour vérifier qu'il tourne bien la tête et qu'il entende bien.

H : L'audition, c'est pareil, on va dire qu'il tourne la tête quand il y a un bruit, après c'est quand même assez vague ! C'est de la médecine générale !

J : [...] si quand je fais du bruit ils réagissent, des choses comme ça. [...] j'ai pas la vache par exemple, mais j'ai un truc qui claque donc voilà...

→ Quelques médecins évoquent le dépistage des anomalies orthopédiques, en particulier le contrôle des hanches, ainsi que d'autres anomalies morphologiques et certaines pathologies du nourrisson.

A : Ben c'est déjà sur le plan physique, [...] chercher les petites pathologies [...] je vérifie les hanches...

D : Ce sont des consultations classiques du nourrisson : poids, taille, réflexe archaïque, auscultation, les hanches, les palpations des fémorales etc... enfin bon, c'est une consultation classique du nourrisson.

I : Au niveau de la bouche, les mugets, les trucs comme ça, qui passent toujours un peu à l'as.

→ Quelques médecins observent les parents pendant ces consultations afin d'évaluer leurs méthodes.

B : Alors, dans le suivi du nourrisson, la première chose, c'est de mesurer un peu si les parents ont pris confiance dans leur rôle de parents. Donc de la façon dont ils rentrent dans le cabinet, déjà, on voit un petit peu s'ils arrivent à prendre leurs enfants en considération. [...] Ensuite, j'observe la façon dont ils le prennent, dont ils l'habillent, le déshabillent et puis aussi la façon dont ils viennent avec des questions ou pas...

E : ah oui, déshabillage complet et je laisse les parents faire pour voir un peu comment ils se débrouillent et parce que je pense que c'est à eux de le faire. C'est important je pense.

K : C'est ce qui me paraît le plus important. [...] si les parents s'adaptent bien et voir s'ils sont harmonieux avec l'enfant. Savoir si tout se passe bien...

→ Enfin, certains recherchent des signes de maltraitance au cours de l'examen.

E : Ben on surveille les téguments, parce qu'on ne sait jamais, on recherche des traumatismes ou autres, je pense que c'est important, on ne sait pas ce qui peut se passer dans une famille...c'est important...

G : Ne serait-ce que pour vérifier qu'il n'ait pas de coups, de chocs, qu'il ne soit pas un enfant battu...

2.2.2.3 Un rôle de promoteur de santé publique

→ Tous les médecins interrogés réalisent les vaccins des nourrissons selon le dernier calendrier vaccinal paru. Pour la plupart, ce sont les vaccins qui rythment le suivi de l'enfant.

C : Ah oui, il y a des choses qui font partie du temps normal, standard, comme les vaccins par exemple. La vaccination, oui, et puis c'est bien réglé et c'est moins lourd qu'autrefois...

D : et puis je les vaccine parce que dès le 2e mois... enfin encore que maintenant, ça a changé, puisqu'on fait moins de vaccins qu'il y a 2 ans.

F : Après on parle des vaccinations, mais ça, c'est moi qui en parle, en plus le calendrier est maintenant bien simplifié pour nous et pour les parents.

M : quand ils arrivent, on regarde le carnet de vaccination et on voit ce qu'il faut faire.

Un des médecins ayant refusé de me rencontrer m'a signalé qu'il ne faisait pas de suivis ni de vaccins aux nourrissons, considérant ces consultations comme chronophages et envoyait les nourrissons en PMI.

→ Quelques médecins profitent de ces consultations de suivi pour rappeler certains messages de prévention ou repérer de mauvaises habitudes.

➤ Certains s'intéressent au mode de couchage du bébé.

A : Et puis après, [...], comment se passe les nuits, être alerté, par exemple si la mère met souvent le nourrisson dans son lit parce qu'il passe des mauvaises nuits... enfin, voilà...

B : Le rythme de l'enfant [...] savoir le mode de couchage, s'il dort avec les parents dans le lit, sous l'édredon, sous le coussin.

K : Comment ça se passe à la maison, le mode de couchage, est-ce qu'ils mettent l'enfant dans le lit la nuit ? Je sais que c'est difficile mais il faut faire attention à ça.

➤ D'autres font le point sur la conduite à tenir en cas de fièvre.

A : [Sur les thèmes abordés] la gestion de la fièvre (quand donner du doliprane ?), est-ce que l'advil est dangereux ?

I : je rappelle souvent pour la fièvre parce que ça, c'est vrai que dans les carnets de santé, y'a un petit rappel sur les conduites à tenir en cas de fièvre ou en cas de soucis particuliers. C'est vrai que je peux être amenée à les rappeler surtout dans un contexte de virose.

2.2.2.4 Un rôle d'accompagnant

→ Les médecins interrogés accordent une grande importance à la relation et à l'échange avec les parents, ce qui leur permet de les accompagner dans leur rôle de parents.

F : Dans les consultations pédiatriques, ce n'est pas l'enfant qui pose problème le plus souvent, mais plutôt les parents. Les enfants, eux, ils grandissent, se développent à leur rythme si on leur laisse le temps... c'est souvent les parents et leurs questions et inquiétudes qu'il faut gérer...

I : Et après, y'a les parents, qui font partie de la consultation, [...] donc c'est vrai que la consultation va se faire aussi avec les parents.

K : [...] c'est notre rôle d'être formateur pour les parents.

→ Leur position de médecin de famille et cet échange leur permet mieux de connaître le contexte et l'environnement familial.

E : Bon après, comme le plus souvent, je connais la famille, s'il y a des pathologies connues... Ça permet de faire un peu de dépistage aussi... mais c'est vrai que le plus souvent, je connais déjà l'environnement, les parents...

J : Ça dépend surtout des situations. C'est sûr qu'un bébé issu d'une F.I.V. ou d'une grande prématurité, ne va pas être dans un même contexte familial qu'un bébé né à terme, tranquille, qui est un bon pépère, qui dort bien... Voilà !

→ Les médecins s'intéressent à l'organisation et au fonctionnement du foyer du bébé. Ils peuvent ainsi adapter leur prise en charge en orientant leurs conseils ou comprendre mieux les comportements de l'enfant.

- Certains s'interrogent sur la présence et l'investissement du père et quelques-uns apprécient même de voir les deux parents en consultation.

B : c'est moi qui dis que ce serait bien de voir les deux parents, surtout quand je vois qu'il y a une discordance entre un enfant qui va très bien et une grande inquiétude. J'aime bien faire venir l'autre pour voir qui est le générateur d'inquiétude. [...]

E : Quand il y a les deux parents, on voit en plus qui s'occupe plus de l'enfant et qui est le plus à l'aise, ça aussi ça peut être important.

- Certains se préoccupent du mode de garde, dans un souci d'adaptation de la prise en charge (vaccinale par exemple).

B : et souvent, je pose aussi dès le début de quel est le projet pour l'enfant [...] parce que ça veut dire que l'enfant va être probablement en crèche plus tôt et que y'a intérêt à pas traîner sur les vaccins... et qu'il soit en forme quand ça démarre...

G : [...] le mode de garde (une mère a la maison est plus détendue car a plus de temps qu'une mère qui travaille et qui est plus speed et stressée, mais la mère qui travaille peut être plus heureuse, car a des contacts avec d'autres...)

→ Tous les médecins accompagnent les parents dans les différentes étapes de l'évolution de leur nourrisson.

Cet accompagnement porte sur divers thèmes abordés lors des consultations. Certains thèmes sont abordés systématiquement par les médecins, d'autres sont à la demande des parents.

- Le thème le plus important pour tous les médecins est l'alimentation, qu'ils abordent systématiquement. Ils accompagnent les mères qui ont choisi l'allaitement maternel, aident sur le choix et les quantités de lait à donner, et accompagnent les parents dans la diversification.

F : Pour les plus grands, on reprend la diversification : les stades d'introduction des aliments, je vois si ça se passe bien.

J : L'alimentation, la diversification, le nombre de repas, [...] enfin oui tout ça c'est des choses que j'aborde de façon systématique. D'ailleurs, c'est dans toutes mes consultations.

K : L'alimentation qui est parfois très anarchique chez les parents. On essaie de cadrer.

L : Avant douze mois, c'est surtout l'alimentation, la croissance.

- D'autres thèmes sont moins systématiques et sont abordés plutôt selon la demande des parents. Les thèmes les plus fréquemment évoqués par les médecins sont le sommeil, les pleurs, le transit.

F : Y'a aussi le sujet du sommeil qui revient un petit peu de temps en temps. [...] La nutrition et les vaccins, c'est moi, je l'aborde systématiquement. Par contre, après, pour les autres choses, c'est plutôt les parents. « Il crie, est-ce normal ? » par exemple.

H : Ben [...] faire un point sur tous les problèmes qu'il peut y avoir, parler de l'alimentation, du sommeil, ... On discute de tout ça à chaque fois.

→ Ce rôle d'accompagnant est particulièrement important pour les premiers nés d'une famille.

A : Souvent, c'est pour les premiers enfants qu'ils sont assez demandeurs. Pour le deuxième, c'est plus cool...

C : Pour les premiers nés, j'ai une liste. Un premier enfant dans une famille, c'est un évènement alors il y a une liste, forcément...

2.3 Les niveaux de difficultés

Lors des entretiens, les médecins décrivent certaines situations compliquant la prise en charge des nourrissons.

2.3.1 L'organisation des soins

→ Un médecin souligne la difficulté pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste ou dans une structure hospitalière ou non, lorsqu'ils ont besoin d'un avis.

H : Dans le temps, j'envoyais des enfants pour des suivis à l'interco, mais de moins en moins... c'est de plus en plus compliqué, c'est de plus en plus long pour avoir un rendez-vous....[...] On n'est pas assez entouré. On devrait avoir des correspondants qui sont là, qui prennent les enfants assez vite, vraiment nous aider dans le suivi. On ne peut pas le faire ça.

M : C'est souvent à l'hôpital parce qu'en ville ils ne sont pas disponibles

→ Un autre déplore le manque de communication entre les différents intervenants.

J : C'est compliqué quand on a des enfants qui ont des grosses pathologies, qui sont suivis en parallèle à l'hôpital et hyper médicalisés et qu'on est la énième roue du carrosse, qu'on n'a pas forcément tous les comptes rendus...

2.3.2 Les compétences

→ Quelques médecins reconnaissent leurs limites dans leurs compétences pour suivre des nourrissons nécessitant des suivis spéciaux, comme les prématurés ou devant une pathologie importante.

J : Je pense que les grands prématurés par exemple, nous les passer tout de suite en suivi direct en sortie d'hôpital, bah ce n'est pas bien ! [...] on n'est pas à même d'évaluer toutes les conséquences de réanimation qu'il peut y avoir

K : Bon, j'ai mes limites, tout le monde a ses limites ! Si je vois qu'il y a un problème majeur, je n'hésite pas à passer la main !

→ Un autre médecin constate qu'au fil du temps, ses compétences diminuent, notamment pour le diagnostic et la gestion des grosses pathologies.

H : Mais de toute façon, on perd énormément je trouve ! [...] franchement à la fin, c'est de la médecine a minima. Ce qu'on fait après en médecine de ville, ça n'a plus rien à voir. De toute façon, dès qu'on a un truc qui sort de l'ordinaire, on l'envoie aux urgences ; dès qu'on a un petit doute sur un gamin, on ne prend aucun risque, faut qu'il passe par les urgences, mais bon, c'est comme ça.

→ Certains évoquent les changements de recommandations fréquents et réguliers, contraignant à se former régulièrement.

A : Et c'est vrai que ça a tellement changé : je veux dire, moi, au début de mon installation, à 3 mois on diversifiait ; après, marche arrière toute, attention aux allergies, donc on fait rien jusqu'à 6 mois, et maintenant, hop ! on est revenu à 4 mois, parce qu'on dit que soi-disant, si on introduit les aliments allergisants trop tard, ben c'est pire... Pfff!!! C'est vrai, c'est comme j'ai connu... on dort sur le dos, on dort sur le ventre, on dort sur le dos... Euh, y'a beaucoup de choses qui varient.

D : enfin encore que maintenant, ça a changé, puisqu'on fait moins de vaccins qu'il y a 2 ans. [...] Pas vraiment, enfin en dehors de l'alimentation mais qui est assez simple dans la mesure où à l'heure actuelle, on a tendance quand même à donner une alimentation uniquement par du lait jusqu'à 5 mois [...] on est revenu à une sagesse alimentaire.

→ Un médecin évoque la difficulté de dépister des anomalies en tenant compte des variations interindividuelles sans inquiéter inutilement les parents.

I : Bah, déjà ça complique les choses dans le sens où faut être sûr de son coup,... après faut pas trop affoler les parents donc on se laisse des fois un petit peu de temps, on les fait revenir. [...] Moi j'en rediscute avec mes collègues pour être sûre de ne pas affoler tout le monde et ne pas me tromper parce qu'après c'est vrai que les bébés, c'est un peu particulier, des fois ça va et y'a des phases où ça va pas bien, surtout que des fois, ils mangent moins bien et on ne sait pas pourquoi.

2.3.3 L'éducation des parents

→ Pour quelques médecins interrogés, il est parfois compliqué de gérer certains parents inquiets, ou trop informés par les médias ou internet qui les *abreuvent de conseils.*

A : Et les gens vont de plus en plus sur internet aussi. Et oui, on a droit à « j'ai lu qu'on pouvait faire ça, etc... ». Ça, ça n'existait pas avant...

B : mais quand vous voyez la pression qu'ont les parents pour la nourriture, c'est ahurissant : ils changent 15 fois de lait, sur des critères d'une suggestivité incroyable [...] Voilà, donc je crois que le médecin généraliste doit bien mettre en garde les parents par rapport à ça !

C : Et puis de toute façon, ils sont abreuvés de conseils les parents !

D : Oui, mais enfin bon, les parents sont au courant parce qu'ils regardent beaucoup la télé et que les médias font leur travail. Bon, le problème c'est que trop d'informations tue l'information...

F : Dans les consultations pédiatriques, ce n'est pas l'enfant qui pose problème le plus souvent, mais plutôt les parents. [...] c'est souvent les parents et leurs questions et inquiétudes qu'il faut gérer...

2.4 La formation

2.4.1 La formation initiale

→ Comme nous l'avons présenté dans un chapitre précédent, la moitié des médecins estime que leur formation initiale était de qualité et leur avait apporté les connaissances nécessaires pour suivre un nourrisson. L'autre moitié, en revanche, considère à l'inverse, que la formation est insuffisante et n'est pas adaptée à la pratique de médecine générale.

F : Après, je pense que la formation initiale n'est pas trop mal faite, mais si on veut se spécialiser, c'est sûr que ce n'est pas suffisant. Oui, donc je peux dire qu' en pédiatrie, on n'est pas suffisamment formé, mais par exemple, moi, faut pas me demander trop de gériatrie.

H : Oui, je pense qu'elle est insuffisante et puis, si on ne s'y intéresse pas un petit peu, elle reste insuffisante en médecine générale. Après si on s'y intéresse, forcément, on va progresser dans ce domaine-là.[...]

I : La pédiatrie qu'on peut voir en médecine de ville, c'est totalement différent de ce que j'avais appris à l'hôpital, de ce que j'avais appris dans les bouquins... Je pense que pour la formation... Faut plus de pratique en fait ; dans les bouquins, il manque beaucoup beaucoup de choses : trop de cadres, trop de pathologies qui sont rares pour nous, quand on veut être médecin généraliste !

→ Un seul médecin interrogé a fait une formation complémentaire sur le suivi du nourrisson à la fin de son internat.

H : Alors moi, j'ai l'attestation de puériculture, j'ai fait la première année du certificat ou spécialité de pédiatrie. Je ne l'ai pas notifié sur ma plaque mais bon. Je ne pouvais pas être pédiatre par contre. Ça me donnait la possibilité d'être pédiatre en PMI. Et j'ai fait ma première année d'internat en pédiatrie.

2.4.2 Les moyens de formation

La majorité des médecins interrogés assure leur formation continue, de manière différente, et pas seulement en pédiatrie.

→ La majorité assure sa formation à travers la lecture de revues principalement. Un médecin est abonné à des revues pédiatriques comme « Médecine et enfance », mais la majorité reçoit des revues généralistes.

A : Oui, quand j'ai le temps le soir, bah je lis des revues médicales.

B : On lit aussi des revues, comme Prescrire, ou Exercer, des revues indépendantes de l'industrie pharmaceutique.

D : Et y'a la littérature, on lit... oui, je suis abonné à la revue du praticien mais c'est à peu près tout.

G : J'aime bien m'informer, je lis la revue « médecine et enfance ».

K : Par de la lecture... je lis le panorama du médecin, le quotidien, des revues générales où je pioche les sujets qui m'intéressent.

→ Seulement quelques médecins disent utiliser Internet pour s'informer des nouvelles recommandations et assurer une formation continue.

E : Bah disons qu'on reçoit des informations, parce que je suis abonné avec d'autres médecins, on s'envoie des informations [...] oui, des recherches sur internet par exemple.

J : Je me balade un peu sur internet et sur des sites spécialisés.

L : Maintenant, je prends ma tablette et je tape ce que je veux ! [...] Et même en consultation, ça arrive d'aller sur internet pour trouver des images, des informations ! [...] Pour moi, c'est ça la formation.

Cependant, aucun médecin n'a connaissance de sites spécialisés en pédiatrie et pouvant être un outil pour le suivi du nourrisson en termes de repères ou de prescription.

→ Moins de la moitié des médecins ont pris connaissance des recommandations de l'HAS publiées en 2005 sur le suivi du nourrisson et un seul pense avoir une pratique se rapprochant des recommandations.

H : Oui je les ai lues mais franchement, c'est un peu utopique. On est des médecins généralistes. On ne peut pas tous faire !

J : Oui, et je pense que je m'en rapproche assez dans ma pratique. Je ne suis pas leurs recommandations à la lettre mais je n'en suis pas loin !

→ Un médecin participe à un groupe de pairs. Il peut ainsi échanger avec ses confrères sur ses consultations et ses méthodes.

B : on discute avec ses collègues, en groupe de pairs aussi on parle beaucoup.

→ Ce même médecin est également maître de stage et considère que le contact avec les jeunes médecins lui permet de revoir régulièrement ses connaissances.

B : je suis maître de stage, et on se forme aussi auprès de nos internes de médecine générale en confrontant nos expériences et nos connaissances.

→ Deux médecins interrogés considèrent que les visiteurs de laboratoire leur apportent des informations pouvant améliorer leurs pratiques.

F : C'est souvent les labos qui me les ramènent mais comme c'est des papiers officiels, y'a pas de soucis... Ça arrive aussi que les labos donnent leurs propres informations.

H : Après je reçois un peu les visiteurs médicaux mais je suis en train d'arrêter.

→ Enfin, la majorité des médecins participe de temps en temps à des EPU (Enseignement post Universitaire), des soirées de formation, ou des conférences organisées par des laboratoires.

C : Après, à Créteil [94], y'a une formation continue pour les médecins généraliste, très active depuis toujours, enfin depuis très longtemps. Donc il y a des cycles tous les 3 mois. C'est assez sympa, on va dans les services hospitaliers. [...]

D : On organise des EPU (Enseignement Post Universitaire), pas vraiment par rapport aux nourrissons, mais enfin il y en a de temps en temps en pédiatrie. [...] Par l'intermédiaire d'un labo qui veut bien nous financer, on fait venir un spécialiste de Paris ou d'ailleurs, pour nous parler de tas de sujet, y compris la pédiatrie.

G : Après c'est sur le terrain, je vais régulièrement aux conférences « médecines et enfance ». J'aime bien m'informer.

→ Cependant, le manque de temps des médecins interrogés est le principal frein à leur formation.

A : Déjà qu'on fait de plus en plus de choses et que ça nous prend de plus en plus de temps.

D : mais on peut pas tout faire... déjà qu'on bosse 12h par jour... Si en plus de ça, on passe des soirées ou des jours de formation qui n'en finissent plus...

2.4.3 Des propositions de formation

→ Une partie des médecins pense que la formation des médecins généralistes sur le suivi du nourrisson pourrait être améliorée.

A : Oui oui, parce que apparemment, ce n'est pas si fréquent que ça, les médecins généralistes qui consultent les nourrissons ou en tout cas, pas autant que moi.

F : Oui. Pfff, après moi je dis ça parce que c'est un centre d'intérêt que j'ai particulièrement, tout en ne voulant pas être pédiatre.

H : Mais c'est vrai que j'ai fait des formations avec des médecins qui n'y connaissaient rien en pédiatrie, j'étais hallucinée !! [...] Donc c'est clair qu'il faudrait améliorer la formation [...]

I : Oui, elle pourrait être améliorée mais je ne vois pas comment, en fait...

L : Formation, oui, pendant des études un peu plus prolongées, effectivement ça c'est certain. Surtout que maintenant, avec la disparition bienheureuse de certaines spécialités, votre destination à vous sera la pédiatrie, la gynécologie, beaucoup plus que dans les générations précédentes, après nous.

→ Seulement un médecin pense qu'au contraire, il est inutile d'augmenter la formation des médecins généralistes sur ce sujet. Il estime que l'examen du nourrisson n'est pas modifié dans le temps, est bien maîtrisé par les médecins et que l'abondance des informations que reçoivent les parents par le biais des médias suffit à les orienter.

D : L'examen du nourrisson, il n'a pas évolué, il n'a pas changé, on cherche les mêmes choses depuis 50 ans. Donc ça ne sert à rien d'aller voir un mec qui vous dit « faut examiner un nourrisson comme ça... ». Donc on apprend plus grand-chose... [...] Oui, mais enfin bon, les parents sont au courant parce qu'ils regardent beaucoup la télé et que les médias font leur travail.

→ Un médecin pense qu'il est inutile d'améliorer la formation, mais que chaque médecin doit pouvoir se former lui-même en fonction de ses affinités de pratique.

J : Après bon ben voilà, on lit, on va regarder, on voit comment sont composés les laits, je ne sais pas, on n'est pas obligé d'être « formé ».

→ Quelques thèmes de formation sont proposés par les médecins. L'alimentation est le thème le plus cité, puis la gestion des pathologies aiguës, les intolérances alimentaires...

E : ouais, c'est plutôt les pathologies ou sur le développement, après y'a aussi les intolérances alimentaires, les troubles digestifs...

F : l'alimentation, c'est quand même un point important quoi.

H : Oh, c'est énorme ! Y'a pas de thèmes moins importants que d'autres...La vaccination, c'est super important, l'alimentation,... y'a tellement de thèmes...., les antibiotiques, les infections ORL...

→ La meilleure méthode de formation d'après les médecins interrogés est l'organisation et la participation à des EPU, en soulignant que la condition est bien sûr que les médecins se déplacent, ce qui n'est pas évident d'après eux.

C : Ecoutez, moi je pense que si tout le monde allait en FMC, et bien ça changerait beaucoup la donne... parce qu'à mon avis, tout le monde n'y va pas. [...] si on fait ce qui est proposé, c'est déjà beaucoup. Et déjà pas mal.

D : Y'a des moyens, mais à partir du moment où les gens veulent bien venir et se déplacer. [...] c'est toujours les mêmes qui viennent. Y'a un noyau de 5 ou 6 médecins, et ce ne sont pas les plus jeunes, au contraire...

H : Ah ! Qu'est-ce que je propose ? Ben je ne sais pas, je trouve que les FMC sont très très bien. [...]. Moi je trouve que c'est très bien et en plus c'était un week-end par an et on apprend tellement plus que les soirées tous les mois. Ça, je trouve que c'était très formateur.

→ Un médecin considère que la formation des médecins généralistes ne doit pas se faire par le biais de l'université qui est trop lointaine de la pratique de ville, mais doit se faire par les pairs.

B : Mais je ne vais pas me former à l'université, non. Je pense qu'il ne faut pas se former à l'université auprès des pédiatres pour faire de la médecine générale... Je pense que quand on est généraliste, il faut se former auprès de généralistes. C'est pour ça, je pense plus que le groupe de pairs et les formations faites par des médecins généralistes sont plus intéressantes, pour moi en tout cas !

2.5 L'organisation du système de soin

La plupart des médecins considère que l'organisation de la pédiatrie française est convenable et aucun n'exprime le besoin de modifier certaines choses.

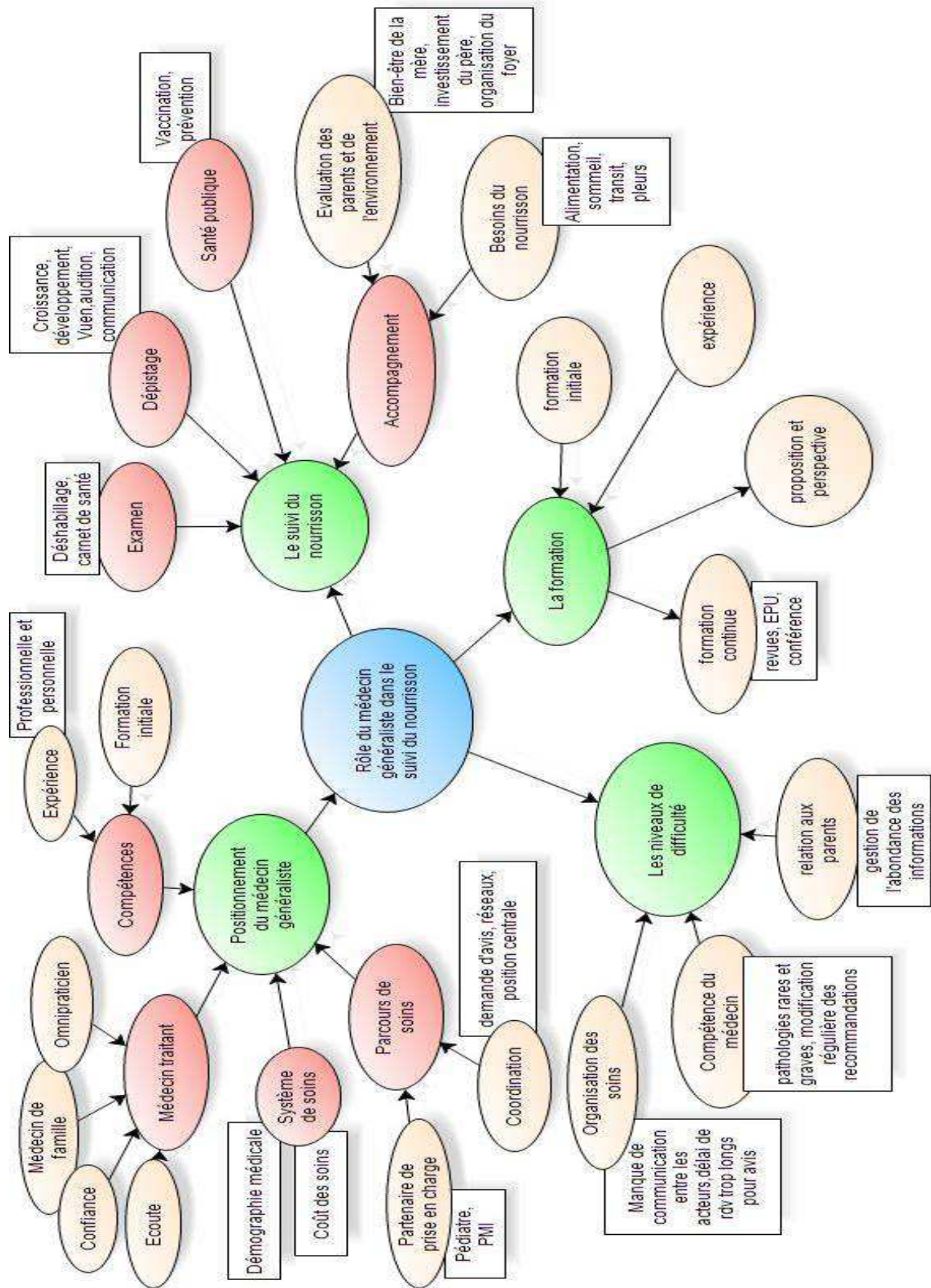
La plupart d'entre eux pensent que la réforme du médecin traitant pour les enfants ne modifiera rien au fonctionnement actuel du système, mais permettra peut-être de redéfinir les rôles, qui sont flous.

C : Ca m'est égal ! C'est quand même déjà un peu comme ça que ça se passe ! Mais au moins, ça permettra de ne pas être plusieurs à faire la même chose !

D : Ouais... des réformes encore des réformes...si ça peut rétablir les missions de chacun : les généralistes font de la pédiatre générale et les pédiatres se contentent d'assurer la pédiatrie plus spécialisée...

F : Pfff, je pense que ce n'est qu'une histoire de papiers car dans la réalité, de toute façon, y'a quasiment plus de pédiatres en ville et donc on est les médecins traitants de nos nourrissons même sans déclaration !

3. Schéma synoptique des résultats



Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Forces de l'étude

Mon étude traite d'une prise en charge qui est actuellement au cœur de l'actualité. En effet, le changement de la démographie médicale et la baisse des pédiatres libéraux, ainsi que le projet de loi sur l'assurance maladie de 2015 qui propose un médecin traitant pour les enfants, orientent le suivi du nourrisson vers les médecins généralistes. Il était donc intéressant de faire un point sur le rôle que se donnent ceux-ci dans ce suivi et sur leurs pratiques parfois très différentes.

Au cours de l'inclusion, nous avons veillé à respecter une parité homme-femme prévenant ainsi l'apparition d'un biais de sélection.

L'ensemble des médecins interrogés s'est montré intéressé par le sujet et a pris le temps de répondre à mes questions. Cette participation lors des entretiens vient peut-être de mon mode d'inclusion. En effet, j'ai contacté quelques médecins par le biais des pages jaunes au début de mon étude. A la suite des premiers entretiens, les médecins, que je venais d'interroger, m'orientaient vers des collègues réalisant beaucoup de suivis de nourrissons et qui seraient certainement intéressés par ce sujet. J'ai donc interrogé en grande partie des médecins concernés par ce sujet et investis dans ce suivi.

1.2 Limites de l'étude

Mon étude comporte plusieurs biais.

L'échantillon n'est pas représentatif de la population générale de médecins généralistes français.

D'abord, la moyenne d'âge estimée des médecins interrogés, arrondie à la décimale supérieure, était de 53.8 ans, ce qui est supérieur à la moyenne d'âge des médecins généralistes en activité, déclarée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2014, et s'élevant précisément à 51.6 ans. [32] Ce biais est lié au mode d'inclusion ne permettant pas de connaître l'âge du médecin avant l'entretien.

Ensuite, il est composé davantage de médecins exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural. Il est évident que mon panel manque de diversité sur le plan de la répartition géographique. Exerçant mon activité professionnelle en Ile-de-France, en zone très urbanisée, et face à une contrainte de temps, puisqu'il me fallait conjuguer mes rendez-vous d'entretiens avec mon activité, il m'était difficile d'organiser et de coordonner des entretiens avec des médecins

ruraux, très éloignés. J'ai pu interroger des médecins ruraux lors d'un passage dans la région bordelaise durant des vacances.

Ainsi, cet échantillon n'étant pas représentatif, on ne peut donc pas généraliser les résultats de l'étude à l'ensemble des médecins généralistes français.

Par ailleurs, les conditions d'entretien avec les médecins n'étaient pas toujours identiques, ce qui induit inévitablement un biais dans l'étude. J'ai eu la chance de m'entretenir avec de nombreux médecins qui étaient intéressés par mon sujet et qui étaient donc disponibles. Cependant, les entretiens n'ont pas tous été menés dans les mêmes conditions. Alors que certains médecins m'ont reçu en fin de consultation, voire à leur domicile pour deux d'entre eux, afin d'être totalement disponibles, d'autres m'ont reçu entre deux consultations voire même lors d'une consultation libre. Il s'imposait alors une réelle contrainte de temps pour ne pas retarder l'ensemble des consultations suivantes. Certains entretiens ont été interrompus par des appels téléphoniques, interrompant les médecins dans leurs réflexions, et m'obligeant à les recentrer sur l'échange, après qu'ils aient raccroché. Tous ces paramètres ont probablement affecté le recueil de mes données par une moindre disponibilité de la part des médecins interrogés.

Enfin, la réalisation d'une étude qualitative induit certains biais.

D'une part, la réalisation des entretiens nécessitait de mettre de côté mes prérequis, présents par mon expérience et mes recherches bibliographiques avant la mise en route de l'étude. Il me fallait garder une objectivité et une neutralité face aux réponses des interviewés, et dans mes relances, afin de ne pas orienter les entretiens. [33] Etant novice dans la réalisation d'entretiens de ce type, il m'a parfois été difficile de garder cette neutralité. Il en résulte un conflit d'intérêt dont je dois tenir compte dans les résultats.

Aussi, il me fallait diriger l'entretien en veillant à recadrer le médecin dans le sujet de l'étude pour l'empêcher de s'éparpiller dans des réponses s'en éloignant, tout en le laissant s'exprimer librement et ne pas l'interrompre. J'ai veillé à respecter la trame de mon guide d'entretien et les grands axes de ce guide mais les réflexions différentes des médecins, m'ont contraint à moduler différemment chaque entretien, ce qui, de ce fait, ne permet pas d'obtenir une reproductibilité de ces entretiens.

D'autre part, des biais peuvent également venir de l'enquêté, puisque la qualité de l'information dépend de : [29]

- la capacité de réflexion de la personne interrogée (associations d'idées, capacité de penser, etc.)
- l'esprit de synthèse de l'enquêté.
- la participation psychologique des propos.
- des mécanismes de défense que l'interrogé déploie (fuite, rationalisation, projection, introjection, identification, refoulement, renversement, oubli, etc.).

Mon étude porte sur les pratiques et cette démarche ne mettait pas à l'aise les médecins pour l'entretien par peur d'être jugé sur leur façon de faire. Malgré l'assurance du maintien de l'anonymat, la présence du dictaphone était un frein à leurs réponses qui restaient maîtrisées et stéréotypées. Très souvent, après l'arrêt du dictaphone, ils me demandaient un retour des autres entretiens, et c'est seulement à ce moment-là qu'ils se confiaient plus précisément sur leurs pratiques, et leurs difficultés. Je n'ai pas intégré ces propos à mes entretiens retranscrits mais ai utilisé ces notes pour enrichir mon travail.

2. Médecin généraliste, médecin traitant

Au cours des entretiens, les médecins interrogés évoquent toutes les caractéristiques qui définissent leur profession de médecin généraliste et qui leur donnent une place dans le suivi du nourrisson. [34]

Dans cette étude, les médecins se caractérisent tous comme les médecins de premier recours, omnipraticien, assumant la fonction d'accueil de tous les consultants et assurant la prise en charge globale de tous les patients et dans tous les contextes. [35] Ainsi, par exemple, certains médecins établissent un contact avec les mères lors du suivi de grossesse. Celles-ci leur confieront ensuite leur nourrisson pour assurer le suivi. De la même manière, certains établissent un contact et un lien avec les nourrissons et leurs parents lors de consultation d'urgence pour pathologies aigües.

Les médecins interrogés évoquent la disponibilité importante des médecins généralistes, par leur durée de travail hebdomadaire entre 55 et 59 heures [36] ainsi que leur proximité géographique. Le coût de la consultation généraliste à 28 euros [37] pour les nourrissons est également un critère mis en avant au cours des entretiens. Le coût de la consultation pour un nourrisson chez un pédiatre est de 31 euros, mais 35% d'entre eux exercent en secteur 2 et pratiquent des dépassements d'honoraires contre 11% chez les médecins généralistes. [38] Tous ces facteurs permettent une meilleure accessibilité aux soins qui peut ainsi rester souple et adaptée aux besoins de chaque parent [39].

Ainsi, par leur caractère d'omnipraticien, par leur disponibilité, leur proximité géographique et leur accessibilité économique, les médecins généralistes deviennent les interlocuteurs de santé centraux de leurs patients et de leur famille pendant de nombreuses années. [39] Ils sont médecins de famille. Pour un médecin, la gynéco-pédiatrie est le socle de l'activité de médecin généraliste dont le rôle de médecin de famille est prépondérant. Selon lui, la famille est principalement représentée par les mères et leurs enfants lors des consultations. C'est donc sur ces consultations de gynéco-pédiatrie que se fonde le rôle de médecin de famille.

Au fil du temps, le médecin de famille construit une relation médecin-patients (les parents dans notre étude), basée sur une communication adaptée. En effet, cette relation, établie sur la durée, inscrit les consultations dans un climat de confiance indispensable au suivi du

nourrisson. Le plus souvent, les familles et parents partagent avec leur médecin, leur intimité, leur vie quotidienne, leur mode de vie. Ainsi celui-ci connaît l'environnement des nourrissons ainsi que les représentations culturelles du milieu dans lequel il évolue. C'est de cette manière qu'il développe une approche centrée sur le nourrisson en prenant en compte toutes ces données afin d'harmoniser sa prise en charge et les conseils donnés aux parents. Cette prise en charge globale, mais centrée sur le nourrisson et ses parents dans leurs dimensions individuelle, familiale et communautaire, pérennise le climat de confiance et permet une meilleure prise en compte de ses conseils.

En 2009 et en 2011, deux travaux de thèse ont été réalisés respectivement par Mme POITRASSON-TIGRINATE Sarah et par Mme PONCHART Pauline. Elles portaient toutes les deux sur les critères de choix et les déterminants conduisant les parents à choisir entre médecin généraliste ou pédiatre. [40,41] Les résultats de ces deux thèses rejoignent et confirment les caractéristiques évoqués par les médecins généralistes interrogés pour justifier de leur rôle dans le suivi du nourrisson. En effet, dans ces deux études, les principaux critères de choix des parents en faveur de leur médecin généraliste sont sa qualité de médecin de famille pour 66% d'entre eux, et la relation de confiance qu'ils ont avec lui pour 65%, ainsi que sa grande disponibilité et sa proximité géographique.

3. Un sentiment de compétence

En règle générale, les médecins généralistes interrogés s'estiment compétents dans le suivi du nourrisson. Cependant, certains médecins reconnaissent leurs limites pour suivre des nourrissons « à risque » comme les prématurés ou pour certains dépistages pour lesquels ils n'ont pas été formés, comme le dépistage des troubles sensoriels.

C'est également ce que montre une auto-évaluation des professionnels, réalisée sur le territoire du «Réseau périnatal des 2 Savoie» en 2013. [42] Soixante-cinq médecins généralistes, 32 pédiatres et 15 médecins de PMI ont répondu à un questionnaire auto-administré. Ce questionnaire évaluait leur sentiment de compétence dans le suivi programmé des nourrissons de moins de 6 mois à l'aide de 9 items (examen du nourrisson, suivi de la croissance staturo-pondérale, suivi du développement psychomoteur, dépistage des anomalies sensorielles, accompagnement de l'allaitement maternel et sevrage, éducation parentale, diversification alimentaire, calendrier vaccinal et pathologies intercurrentes ou aiguës). Plus de la moitié des médecins généralistes se considéraient comme au moins suffisamment compétents dans 8 items sur 9. La fréquence des actions préventives réalisées était également évaluée (report des consultations, sur le carnet de santé, actualisation des courbes de croissance, prévention de la mort subite du nourrisson, prévention des risques du bébé secoué, abord de la conduite en cas de pleurs, conseils en cas de tabagisme parental, vaccinations, rattrapage vaccinal chez les parents, prévention de la transmission virale) : Plus de la moitié des médecins généralistes pratiquent et abordent au moins régulièrement 7 items sur 8.

Ces compétences, ils les ont acquises lors de leur formation initiale que la moitié juge de qualité et qui leur a apporté les connaissances nécessaires pour suivre convenablement un nourrisson. C'est également ce qui ressort du rapport Sommelet, puisque les médecins généralistes considèrent que leur formation initiale et continue leur suffit pour faire face au diagnostic et au traitement dans les situations jugées banales et repérer les cas de doute ou de gravité potentielle. Ils disent pouvoir assurer les dépistages sensoriels et des apprentissages et contribuer à des actions individuelles et collectives d'éducation pour la santé, notamment en liaison avec les médecins scolaires et les travailleurs sociaux. [9]

Cependant, une partie des médecins interrogés regrette que la formation initiale pédiatrique soit trop orientée sur des pratiques et prises en charge hospitalières inadaptées au suivi du nourrisson en ville. C'est également le constat de l'ISNAR-IMG qui propose, en octobre 2014 une modification de la maquette du DES de médecine générale permettant une formation des internes plus orientée sur l'ambulatoire notamment pour la médecine de la femme et de l'enfant. [43]

Les médecins interrogés assurent leur formation continue par différents moyens : journée de formation, presse médicale plutôt généraliste, internet (pour seulement deux d'entre eux), participation à des groupes de pairs... Peu ont pris connaissance des recommandations de la HAS. Beaucoup les considèrent trop lointaines de leurs pratiques et seulement un médecin essaie de s'en rapprocher dans sa pratique.

Cependant, les médecins interrogés considèrent que leur meilleure formation est l'expérience. Selon eux, leur expérience professionnelle leur permet d'être de plus fins observateurs et de repérer les anomalies plus facilement. Certains, particulièrement les femmes interrogées, mettent également en avant leur expérience personnelle qui les rend plus empathiques, plus compréhensives à l'égard des parents et de leurs questions et inquiétudes. En effet, le référentiel professionnel du médecin généraliste de MG Form stipule bien que l'expérience nourrit la compétence. [16] Tout en entretenant son savoir par des formations continues, l'expérience du professionnel lui apporte aisance, assurance et empathie optimisant ainsi sa prise en charge.

4. Un suivi régulier

Les médecins interrogés suivent un calendrier de suivi assez structuré, au moins au cours de la première année : Ils prévoient des consultations mensuelles jusqu'au 6^e mois puis au 9^e mois, et au 12^e mois. Certains médecins évoquent la consultation du 8^e jour qu'ils sont amenés à réaliser de plus en plus souvent du fait de la baisse de la durée d'hospitalisation en maternité.

En revanche, ils espacent nettement le rythme des consultations au cours de la seconde année et, pour la plupart, n'organisent pas de consultations de suivi systématique entre le 12^e et le 24^e mois.

Alors que les médecins respectent bien le calendrier de suivi prévu par la loi et préconisé par l'HAS au cours de la première année, ils s'en éloignent davantage au cours de la deuxième année puisqu'aucun ne réalise de consultations de suivi entre 12 et 24 mois.

Les résultats de l'année 2012, publiés en 2014 par la DRESS sur la couverture des certificats du 8^e jour, 9^e mois et 24^e mois, montrent également une diminution des consultations au cours de la deuxième année puisqu'on observe une baisse significative du nombre de certificats remplis au 24^e mois. [21,22,23]

Par ailleurs, dans notre étude, aucun des médecins interrogés n'a insisté sur le caractère indispensable de ces trois examens obligatoires, et aucun n'a fait référence à leur rédaction au cours des consultations. Même si les chiffres de la DRESS montrent effectivement un net désinvestissement de ces certificats par les professionnels de santé, ils sont malgré tout moins catégoriques que nos résultats puisqu'ils montrent que la moitié des certificats des 9 et 24 mois remplis, l'ont été par des médecins généralistes. [30][33]

5. La consultation de suivi

Les médecins décrivent tous un déroulement de consultation identique et la majorité des médecins libèrent un temps plus long. En se libérant de la contrainte de temps, ils peuvent être disponible et à l'écoute des parents, et offrir une ambiance calme lors de l'examen de l'enfant. Ces résultats sont différents des résultats de l'étude de la DREES, en 2007, sur la typologie des consultations pédiatriques en médecine générale puisqu'on observe que dans 41% des consultations de prévention, elles durent moins de dix minutes. [3]

Ils respectent d'abord un temps de parole initial autour du bureau pour permettre aux parents d'énoncer les problèmes et les questions, refaire un point sur les antécédents, reprendre le carnet de santé que tous les médecins utilisent de façon systématique, puis la discussion se poursuit autour du nourrisson déshabillé.

Un des rôles du médecin généraliste est de surveiller et d'accompagner le développement staturo-pondéral et psychomoteur de l'enfant. Les rôles de prévention, de dépistage précoce et d'information sont prépondérants. [16, 19] C'est ce qu'exposent les médecins au cours des entretiens.

5.1 Un rôle de dépistage.

Le suivi de la croissance staturopondérale est le premier paramètre évoqué spontanément par tous les médecins. Tous contrôlent systématiquement la taille, le poids et le périmètre crânien. En revanche, ils ne reportent pas tous les mesures sur les courbes du carnet de santé et seulement deux médecins déclarent calculer l'IMC. C'est également ce qui est constaté au cours de l'évaluation du nouveau carnet de santé en juillet 2010, où 35% des

médecins inclus calculent l'IMC et 25% seulement le reportent sur les courbes de corpulence. [20] Pourtant, en 2005, l'HAS préconise de calculer de l'IMC dès l'âge de un an et de le reporter sur la courbe de corpulence afin de dépister un éventuel rebond d'adiposité précoce. [14]

La surveillance du développement psychomoteur de l'enfant est le deuxième paramètre évoqué quasiment systématiquement par l'ensemble des médecins. La plupart d'entre eux adapte leur examen à l'âge de l'enfant et certains utilisent les repères chronologiques donnés par le carnet de santé. D'ailleurs, l'étude de 2010 évaluant le nouveau carnet de santé montre que 71% des médecins généralistes jugent les items proposés utiles et 60% les utilisent pour dialoguer avec les parents. [20] Aussi, seulement un médecin interrogé possède des cubes de jeux utilisés au cours de l'examen.

L'échelle de Brunet-Lézine révisée apporte des tests intéressants pour évaluer le développement de l'enfant. Elle classe les acquisitions selon 4 axes (posture, coordination, langage, sociabilité). [17] La plupart des médecins de l'étude évoque le développement postural et moteur (tonus, maintien assis, marche, préhension), qu'ils évaluent sans l'aide de matériel adapté. En revanche, seulement la moitié fait référence spontanément à l'évaluation de la sociabilité de l'enfant.

Aucun d'entre eux n'aborde le dépistage de l'autisme. Il est vrai que la plupart des médecins recherchent le suivi du regard précoce dès les premiers mois, cependant le dépistage de l'autisme doit rechercher d'autres signes [14]. Les quatre questions préconisées par l'HAS sont intéressantes pour évaluer rapidement l'enfant : Votre enfant a-t-il déjà utilisé son index pour pointer ? Votre enfant joue-t-il à faire semblant? Votre enfant vous imite-t-il? Votre enfant répond-il au sourire?.

Malgré les plans nationaux de 2006 et 2010 et le rapport de la HAS en 2012 [24] indiquant des échelles d'évaluation disponibles, la prise en charge de l'autisme souffre encore de nombreuses lacunes et l'âge du diagnostic reste encore trop tardif. Notre étude alimente ce constat puisque aucun médecin n'aborde ce sujet durant les entretiens.

Le dépistage des anomalies sensorielles est moins systématique que les deux paramètres précédents puisqu'il est abordé par seulement un quart des médecins interrogés.

Selon eux, l'examen de la fonction visuelle consiste à évaluer la lueur pupillaire, le suivi du regard, rechercher un strabisme, et une amblyopie (pour un seul des médecins). Pour cela, ils utilisent la lampe de leur otoscope et un seul utilise des cubes de couleurs. Trois médecins reconnaissent ne pas faire ce dépistage par manque de formation, et de temps.

Pour l'examen de la fonction auditive, un des médecins possède des jeux qui font du bruit (mais non calibrés), et la plupart teste l'audition des nourrissons en claquant des doigts ou en évaluant la réaction à la voix. C'est ce que propose l'HAS au 4^e, 9^e, et 24 mois. [14]

Les conclusions de l'étude sur l'application des recommandations en matière de développement visuel et auditif par les médecins généralistes en Maine-Et-Loire rejoignent celles de notre étude. [25] En effet, elle montre que l'examen clinique des médecins généralistes n'est pas systématique et reste assez sommaire alors qu'il demanderait davantage de rigueur dans sa réalisation. Dans l'autoévaluation des professionnels par le réseau périnatal

des 2 Savoie, les médecins généralistes reconnaissent d'ailleurs leurs limites et leurs manques de compétence pour ce dépistage des anomalies sensorielles. [42] Pourtant, une prise en charge précoce des troubles sensoriels dans les deux premières années de vie assure une amélioration significative voire une disparition des troubles visuels dans la majorité des cas, et surtout, prévient un retentissement scolaire et professionnel. Il est donc important d'assurer un dépistage efficace et systématique de ces anomalies. [18]

5.2 Un rôle d'information, d'accompagnement et de prévention

La plupart des médecins dégagent un temps plus long pour ces consultations. Cette disponibilité permet d'ouvrir un espace de parole avec les parents et le nourrisson, indispensable notamment pour le premier enfant d'une famille. [16,19]

La position de médecin de famille prend alors tout son sens, puisque le médecin connaît le plus souvent le contexte et l'environnement familial, ainsi que le fonctionnement socio-culturel du foyer. Ils peuvent ainsi plus aisément comprendre certaines conduites, angoisses et questions pour les accompagner et les conseiller en prenant en compte leur contexte de vie. [16,34]

Les médecins abordent divers thèmes au cours des consultations :

→ L'alimentation est le sujet abordé systématiquement par tous. Allaitement maternel et accompagnement des mamans, ou allaitement artificiel avec aides sur le choix des laits et quantités des biberons, diversification sont des items récurrents... Notre étude n'avait pas pour but d'évaluer la qualité des conseils donnés, et nous pouvons juste conclure que l'alimentation est un sujet que les médecins considèrent comme indispensable.

Dans sa thèse, Hélène Clamadieu-Thomas s'est intéressé aux pratiques et conseils des médecins généralistes du Puy-De-Dôme en les comparant aux recommandations actuelles. Elle conclut dans son étude que seulement 1/3 des médecins maîtrise les trois thèmes principaux de l'alimentation (allaitement maternel et artificiel et diversification) et qu'une formation plus importante semble nécessaire pour permettre aux médecins de rester cohérents avec les recommandations. [26]

→ Les sujets abordés ensuite de façon non systématique, mais plutôt en fonction de la demande des parents sont le sommeil (7 médecins sur 13), les pleurs (2 médecins sur 13), le transit (2 sur 13).

→ D'autres messages de prévention ont également leur place dans ces consultations : le mode de couchage et la prévention de la mort subite (2 médecins sur 13), la gestion de la fièvre (1 médecin sur 13).

Aucun médecin n'aborde les risques domestiques et les règles de sécurité à respecter au fur et à mesure de l'élargissement du champ d'investigation de l'enfant. [16] Il est vrai que le contexte médiatique actuel permet aux parents d'avoir de nombreuses informations par ce biais. L'INPES a d'ailleurs publié une brochure préventive à l'attention des parents pour les inciter à adapter leur environnement. [44]

5.3 Un rôle de promotion de santé publique par les vaccinations

Tous les médecins interrogés assurent les vaccinations des nourrissons. En effet, la DREES publie, en mars 2015, un rapport sur les pratiques des médecins généralistes en matière de vaccination qui montrent que 97% des médecins sont favorables aux vaccinations malgré des pratiques vaccinales hétérogènes selon les différents vaccins (ROR ou méningocoque C). [45]

6. Une diversité dans les pratiques, qui reste isolée malgré tout

L'analyse des entretiens montre que les médecins généralistes ont bien conscience de leur rôle dans le suivi du nourrisson en matière de prévention, de dépistage et d'éducation. Cependant, il existe une grande hétérogénéité dans leur prise en charge. Alors que tous les médecins évoquent le suivi staturopondéral et le réalise régulièrement, les autres items ne sont pas abordés de manière systématique. Aussi, notre étude met en évidence des lacunes dans ce suivi par les généralistes : Le rythme de suivi standardisé respecté au cours de la première année et trop espacé au cours de la deuxième année, un examen parfois grossier notamment l'examen psychomoteur, un dépistage de l'autisme et des anomalies sensorielles trop souvent oubliés, des informations délivrées aux parents parfois un peu éloignées des recommandations.

Ainsi, on retrouve un écart entre ce que préconisent les recommandations, et ce que réalisent l'ensemble des médecins généralistes interrogés, aux formations et aux pratiques très variables. D'ailleurs, un d'entre eux l'exprime : « *Le suivi du nourrisson, c'est un peu chacun fait comme il peut ou plutôt comme il veut, suivant la formation qu'il a eu, suivant l'intérêt qu'il porte au sujet* ». C'est également le constat qui est fait dans le rapport Sommelet [9] qui souligne le problème de l'hétérogénéité des acteurs dans la prise en charge de la pédiatrie en France, et de la formation des médecins généralistes insuffisante en pédiatrie.

Pourtant, la plupart des médecins assurent seul le suivi du nourrisson et estiment que l'intervention d'autres acteurs ou d'autres structures n'est pas nécessaire la plupart du temps.

Certains évoquent parfois l'intervention des services de PMI pour certaines raisons qu'ils expriment : Son accessibilité économique permet un accès aux soins facile aux familles ayant des difficultés financières. Certains médecins y ont recours pour la réalisation des vaccins, en particulier le BCG. Enfin, de par son accès illimité et gratuit, la PMI assure un suivi

complémentaire, entre les consultations systématiques au cabinet, pour rassurer et accompagner les parents si besoin, surveiller le poids du bébé particulièrement pendant les premières semaines, et surtout assurer des suivis rapprochés d'enfants évoluant dans des environnements difficiles et à risques (milieu socio-économique bas, suspicion de négligence-maltraitance). Ces raisons correspondent bien aux missions des PMI. En effet, placé sous l'autorité du président du conseil général, le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Dans cet objectif, il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Il joue également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants puisqu'il instruit les demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalise des actions de formation, surveille et contrôle les assistantes maternelles ainsi que les établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans. Cependant, l'évolution de la société actuelle avec la précarisation de plus en plus de familles et l'augmentation des enfants en danger mobilise les services de PMI sur les situations d'urgence, le suivi du nourrisson devenant ainsi un rôle secondaire. [9,46]

Aucun des médecins interrogés ne travaillent en partenariat avec les pédiatres de ville. En effet, lorsqu'ils ont besoin d'un avis, ils se tournent tous vers les pédiatres hospitaliers ou vers des pédiatres surspécialisés installés en ville, qui sont souvent surchargés. Seulement, ils évoquent en parallèle le problème des délais de consultations trop longs, qui complique la prise en charge. C'est également le constat qui est fait dans le rapport Sommelet. Les médecins généralistes orientent leurs patients de cette manière car ils considèrent que leurs compétences sont égales à celles des pédiatres de ville non surspécialisés. [9]

Il existe en Ile-de-France, et en Aquitaine, un réseau de santé en périnatalité. Ce réseau propose des consultations aux âges clés (9 mois, et 24 mois) réalisés par un médecin pilote ayant reçu une formation adaptée. L'existence de ces réseaux est une aide précieuse dans la prise en charge des nourrissons à risque. Pourtant, aucun médecin interrogé n'a connaissance de ces réseaux. Un seul médecin, intéressé, m'a questionné sur les pratiques de ce réseau et a exprimé un intérêt à l'utiliser.

C'est également ce que conclut le rapport Sommelet ainsi qu'une étude réalisée en 2009 sur l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité qui conclut: « Peu de médecin connaissent ce réseau et leur adhésion est donc très faible malgré leur sentiment d'isolement et leur demande d'échanges accrus avec les autres professionnels de la petite enfance ». [9,28]

7. L'organisation de notre système de santé

Les médecins considèrent le suivi du nourrisson comme faisant partie intégrante de leurs missions. En effet, ce rôle de prévention, de dépistage, d'éducation pour la santé et de communication est au cœur des compétences du métier de généraliste. Cependant, notre étude montre une variabilité des pratiques et certaines lacunes dans cette discipline. [16,19]

En avril 2012, le Pr Pierre-Louis Druais expose le problème d'un système réunissant toutes les compétences pour une prise en charge efficiente de l'enfant mais dans lequel les missions de chacun ne sont pas définies. Il décrit d'ailleurs le rapport entre pédiatre de ville et médecin généraliste comme concurrentiel et non complémentaire. Pour lui, il en résulte une perte d'efficacité, une mauvaise utilisation des compétences, une inégalité d'accès dès les plus jeunes âges et le gaspillage des ressources financières. [27]

C'est également le constat du rapport Sommelet, qui affirme que la multiplicité des acteurs entraîne des inégalités d'accès, ou de qualité de prise en charge. Ces inégalités compromettent l'efficacité de notre système de soin et peuvent aboutir à la survenue de situations, pouvant être évitées par une prévention efficace. [9]

Trois modèles de prise en charge primaire existent en Europe. Le système pédiatrique dans lequel 75 % des enfants sont suivis, au moins jusqu'à 6 ans par des pédiatres : c'est le cas de la Grèce, de l'Italie, de l'Espagne, de la Suisse, de la Hongrie. A l'inverse au Royaume Uni, au Danemark et aux Pays Bas, l'absence de pédiatres de ville fait reposer sur les généralistes la prise en charge primaire des enfants. Un système mixte existe en France, en Allemagne, en Belgique et au Luxembourg ; dans ces trois derniers pays, le pourcentage d'enfants suivis par les pédiatres de ville est en moyenne de 50 % de 0 à 15 ans, mais il peut s'élever à plus de 90 % chez les enfants de moins de 2 ans pour s'abaisser ensuite chez les enfants plus âgés. En France, 20 % des enfants sont régulièrement suivis par un pédiatre et seulement 50-60 % des enfants âgés de moins de 2 ans. Seulement, selon Mme Sommelet et le Pr Druais, ce système mixte et libre est en partie responsable des insuffisances de prise en charge pédiatrique en France. [9,47]

Devant la mise en évidence de ces lacunes et après avoir fait le constat de dysfonctionnement de la pédiatrie française, plusieurs propositions ont été faites :

Le Pr Pierre-Louis Druais propose de redéfinir les missions de chacun (médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires). Ainsi, il faut réorganiser le système avec ces différents acteurs et communiquer cette nouvelle organisation au grand public par les médias, et les acteurs d'amont. La mise en place du médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans s'intègre parfaitement à cette proposition. Selon le Pr Druais, les missions doivent être définies en fonction des formations et des expériences de chacun. Ainsi, le médecin généraliste libéral doit être l'intervenant de premier recours. Le pédiatre doit recouvrir sa fonction de spécialiste, consultant, devenant alors l'intervenant de 2^e recours. Ce partenariat transformerait la confrontation opposant ces deux intervenants, en collaboration raisonnée et efficiente. Les structures hospitalières deviennent, quant à elles, dans ce système, des intervenants de 3^e recours ou surspécialisés, non surchargés.

Cependant, ces propositions portent sur la réorganisation du système de santé mais pas sur l'optimisation et l'amélioration de l'examen des nourrissons.

En 2006, un groupe de réflexion formé de pédiatres propose quelques solutions pour améliorer les prises en charge. [47] La réalisation de certains examens psychomoteurs ou sensoriels demande beaucoup de temps qui manque parfois aux médecins. Ce groupe de réflexion suggère que certaines tâches, comme le dépistage des anomalies auditives ou visuelles, certains tests de développement ou la délivrance de conseils diététiques chez l'enfant exempt de pathologie, soient réalisées par exemple, par une puéricultrice ayant un diplôme spécifique d'assistante médicale pédiatrique. Ainsi, tous les nourrissons bénéficieraient de tests plus complets et de qualité, répondant à un contenu précis. Il propose également que les consultations aux âges-clefs, en particulier les consultations obligatoires (8^e jour, 9^e mois, 24^e mois), étapes importantes dans le développement du nourrisson, et nécessitant un examen approfondi, soient réalisées par un pédiatre.

Au cours de notre étude, les médecins étaient globalement satisfaits de leur prise en charge et peu d'entre eux ont exprimé le souhait de modifier le mode de prise en charge du nourrisson en France. Peu d'entre eux ont exposé leur avis sur le projet de loi de santé de 2015 et sa réforme du médecin traitant pour les enfants.

Pourtant, les propositions, citées ci-dessus, semblent intéressantes pour assurer une meilleure prise en charge des nourrissons au sein de notre système de santé français et pour combler les lacunes mises en évidence dans notre étude.

Conclusion

Pour les médecins généralistes, le suivi du nourrisson de moins de vingt-quatre mois relève indiscutablement de leur mission. Disponibles, accessibles économiquement, les médecins généralistes intègrent ce suivi dans une prise en charge globale de la famille. Ces médecins de famille construisent et entretiennent, au fil du temps, une relation de confiance avec les parents. Ils peuvent ainsi assurer leur rôle d'information et d'accompagnement en respectant les principes, valeurs et croyances de leurs patients.

Les rôles de dépistage, d'information et de prévention sont prépondérants dans ce suivi. Ainsi, les médecins assurent la surveillance du développement staturopondéral, du développement psychomoteur, et parfois, des fonctions visuelles ; ils réalisent les vaccinations et délivrent des informations, notamment sur l'alimentation. Les médecins généralistes, forts de leur formation initiale, des formations continues mais surtout de leur expérience professionnelle et personnelle, se sentent globalement compétents pour cette prise en charge.

Cependant, notre étude a mis en évidence une diversité des pratiques des médecins dans ce suivi. Alors que la moitié d'entre eux jugent la formation initiale insuffisante et inadaptée en pédiatrie de ville, la réalisation de formations complémentaires sur ce thème dépend essentiellement de l'intérêt que les médecins y portent, induisant ainsi cette variabilité des pratiques. Il en résulte certaines lacunes ne permettant pas une prise en charge optimale des nourrissons. En effet, le calendrier de suivi établi par l'HAS n'est respecté qu'au cours de la première année, et le suivi au cours de la deuxième année est souvent négligé. Aussi, peu ou pas équipé avec du matériel adapté, certains examens réalisés, comme l'évaluation du développement psychomoteur ou le dépistage des anomalies sensorielles, semblent un peu sommaires et grossiers.

Pourtant, les médecins généralistes semblent satisfaits de leur prise en charge et peu expriment la nécessité d'améliorer leurs formations sur ces points. Tous ont une activité isolée, sans collaboration avec les pédiatres libéraux qu'ils considèrent comme leurs égaux en termes d'activité.

Devant ces lacunes et l'évolution de la démographie médicale, certaines propositions ont été faites par médecins généralistes ou pédiatres, rejoignant l'objectif du projet de loi de santé, qui est d'améliorer la prise en charge médicale des enfants. Il est évident que les médecins généralistes ne sont pas des spécialistes de l'enfant, qu'ils manquent certainement de temps et de connaissances pour réaliser des examens très approfondis aux âges-clefs des nourrissons, ne permettant pas toujours un dépistage et une prise en charge précoce d'anomalies. Dans cette démarche d'amélioration, il serait donc intéressant de redéfinir les rôles de chacun et ainsi réorienter les formations initiales et continues.

Cette étude s'est intéressée au rôle que les médecins généralistes se donnent dans ce suivi. Dans ce système mixte et libre, il serait intéressant de réaliser cette même étude auprès de pédiatres libéraux ou de médecins de PMI afin de pouvoir comparer et d'évaluer les représentations et les pratiques de chacun. Cependant, rappelons que ce travail ne représente pas l'ensemble de la population de médecins généralistes français et permet seulement une approche globale des pratiques. Notre étude a mis en évidence une variabilité des pratiques et certaines lacunes dans certains examens (sensoriel ou psychomoteur par exemple). De nouvelles études quantitatives pourraient les évaluer de manière plus précise.

Aussi, une étude quantitative, à grande échelle, réalisée à l'aide d'un questionnaire, distribué auprès de médecins généralistes, pédiatres libéraux et médecins de PMI, permettrait de déterminer les pratiques de chacun des intervenants. A l'aide d'une étude de ce type, il serait ainsi plus aisé de redéfinir les rôles de chacun et orienter les formations pour chacun des professionnels.

Bibliographie

1. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Evolution et structure de la population : Composantes de la croissance démographique ; Janvier 2015 [Internet] [consulté le 15/04/2015].
Disponible sur :
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02151
2. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Population : Natalité – Fécondité ; 2015 [Internet] [consulté le 15/04/2015].
Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4507
3. Franc C, Leveillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : Une typologie des consultations et visites. Etudes et résultats. Direction de la Recherche des Etudes de l’Evaluation et des Statistiques (DREES); Août 2007 ; 8 [Internet] [consulté le 10/03/2015].
Disponible sur :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>
4. CNAMTS. Point de conjoncture n°7 : La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans ; Novembre 2002 [Internet] [consulté le 16/04/2015].
Disponible sur :
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Point_conjoncture_07.pdf
5. Griot E. Les consultations d’enfants en médecine générale. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires. Société Française de Médecine Générale. 1995 [Internet]
Disponible sur :
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/187/fichier_enfantsegbe182.pdf
6. Attal-Toulbert K, Vanderschleden M. La démographie médicale française à l’horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats. Direction de la Recherche des Etudes de l’Evaluation et des Statistiques (DREES); Février 2009 ; 8 [Internet] [consulté le 16/04/2015].
Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
7. Sicard D. Les médecins: estimation au 1er janvier 2013. Direction de la Recherche des Etudes de l’Evaluation et des Statistiques (DREES); Avril 2013 ; 150 [Internet] [consulté le 16/04/2015].
Disponible sur :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat179.pdf>

8. Ministère de la Santé et des Sports. Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS); Novembre 2009 ; 10 [Internet] [consulté le 18/04/2015].
Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf
9. Sommelet D. Besoins de santé de l'enfant et l'adolescent. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et l'adolescent. Ministère de la santé et des solidarités; 28 octobre 2006 ; 950 [Internet] [consulté le 10/02/2015].
Disponible sur :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282.pdf>
10. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Dossier de presse. Projet de la loi de santé : Changer le quotidien des patients et des professionnels de santé ; 15 octobre 2014 [Internet] [consulté le 15/01/2015].
Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf
11. Allodocteurs.fr. Un médecin référent pour l'enfant ?; France 5 ; 2014 [Internet] [consulté le 10/04/2015].
Disponible sur :
<http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-un-medecin-referent-pour-l-enfant-13670.html>
12. Roy S. Le médecin traitant pour les enfants fâche les pédiatres [Internet]. Le Figaro.fr Santé ; Juin 2014 [consulté le 15/04/2015].
Disponible sur :
<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/06/19/22501-medecin-traitant-pour-enfants-fache-pediatres>
13. Prise en charge de la santé de l'enfant Travaux et conclusions de la commission présidée par le Professeur Yvon Berland. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS); Mars 2013 [Internet] [consulté le 13/02/2015].
Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_mars_2013.pdf
14. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires ; Septembre 2005 [Internet] [consulté le 20/08/2014].
Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-lenfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires

15. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Examens systématiques de dépistage chez l'enfant. Troubles mentaux – Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent ; Les éditions Inserm ; 2002 ; 878 : 855–70 [Internet] [consulté le 11/02/2015].
Disponible sur :
[www.inserm.fr/content/.../Texte+intérial+troubles+mentaux+\(2002\).pdf](http://www.inserm.fr/content/.../Texte+intérial+troubles+mentaux+(2002).pdf)
16. MG Form, Conférence des présidents. Référentiel professionnel du médecin généraliste. Des compétences pour un métier [Internet] [consulté le 07/04/2015].
Disponible sur:
http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF
17. Echelle de brunet et Lézine révisée [Internet] [consulté le 05/03/2015].
Disponible sur :
<http://mg.liens.free.fr/Pediatrie/BLR.pdf>
18. De Broca A. Audition et dépistage de la surdité, Vision et dépistage. Le développement de l'enfant - Aspect Neuro-psycho-sensoriels. Elsevier Masson SAS. 2012 ; 298 : 33–58.
19. Bismuth M, Escourrou B, Boyer P, Oustric S, Tauber M. Rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective - L'enfant - Prévention et croissance de l'enfant, De la naissance à la puberté Rôle du Médecin Généraliste ; 2008-2009 [Internet] [consulté le 20/07/2015].
Disponible sur:
<http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/POLYCOPIE%20Role%20MG%20Prevention%202009.pdf>
20. Duburq A, Courouve L, Vanhaverneke N. Evaluation du carnet de santé N°CERFA 12593*01 (Modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006). Direction Générale de la Santé; Juillet 2010 ; 47 [Internet] [consulté le 05/03/2015].
Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_professionnels.pdf
21. Collet M, Vilain A. Le premier certificat de santé de l'enfant [certificat au 8ème jour (CS8)] – 2012. Document de travail, Série sources et méthodes, n°46. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); Août 2014 ; 187 [Internet] [consulté le 10/02/2015].
Disponible sur:
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-sources_et_methodes-46.pdf
22. Collet M, Vilain A. Le deuxième certificat de santé de l'enfant [certificat au 9ème mois (CS9)] – 2012. Document de travail, Série sources et méthodes, n°47. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); Août 2014 ; 137 [Internet] [consulté le 10/02/2015].
Disponible sur:
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-sources_et_methodes-47.pdf

23. Collet M, Vilain A. Le troisième certificat de santé de l'enfant [certificat au 24ème mois (CS24)] Validité 2012 Document de travail, Série sources et méthodes, n°48. Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques (DREES); Août 2014 [Internet] [consulté le 10/02/2015].
Disponible sur:
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-sources_et_methodes-48.pdf
24. Haute Autorité de Santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Mars 2012; 60 [Internet] [consulté le 26/03/2015].
Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf
25. Colineau-Méneau C, Neveur M-A, Beucher A, et ali. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. 2008 ; 20(3):259–68. [Internet] [consulté le 26/03/2015].
Disponible sur :
http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2008/3/259_268.pdf
26. Clamadieu-Thomas H. Alimentation de l'enfant de 0 à 24 mois : évaluation des pratiques en médecine générale dans le département du Puy-de-Dôme ; Clermont-Ferrand ; 2008.
27. Renard V, Druais P-L. Audition du Collège de la Médecine Générale. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS); Avril 2012 [Internet] [consulté le 13/02/2015].
Disponible sur:
http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/ONDPS_Commission_sant%C3%A9_enfant_CMGF_CNGE_120411.pdf
28. Vendittelli F, Brunel S, Veillard J-J, Gerbaud L, Lémery D. Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Novembre 2009 ; 38(7):559–73.
29. Revillard A. Aide-mémoire : préparer et réaliser un entretien. Ecole normale supérieure de Cachan. Département de Sciences sociales; 2006 [Internet] [consulté le 07/07/2014] Disponible sur :
<http://www.issit.tn/userfiles/downloads/Aide%20memoire%20entretien.pdf>
30. Glaser B, Strauss A. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine Transaction ed. Chicago; 1967.
31. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1-1.Lille 2009; 38 [Internet] [consulté le 05/01/2015].
Disponible sur :
<http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>

32. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013 [Internet] [consulté le 20/02/2015].
Disponible sur:
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf
33. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. 2001; 32(2):117–21.
34. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille ; 2002 ; 52 [Internet] [consulté le 25/02/2015].
Disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
35. Nicodeme R et Deau X. Document de Références en médecine générale à l'usage des Commissions de qualification du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM); 26 juin 2008 ; 7 [Internet] [consulté le 25/02/2015].
Disponible sur:
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentielmg.pdf>
36. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES); Juillet 2009 [Internet] [consulté le 03/02/2015].
Disponible sur :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
37. Assurance Maladie. Les consultations en métropole. Ameli.fr ; Avril 2015[Internet] [consulté le 17/04/2015].
Disponible sur :
<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/les-consultations-des-enfants-de-moins-de-16-ans.php>
38. Assurance Maladie. Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système ; 17 mai 2011 [Internet] [consulté le 17/04/2015].
Disponible sur:
http://www.fnof.org/wp-content/uploads/2010/08/DP_medecins_en_secteur_2_-_vdef.pdf
39. Société Française de Médecine Générale (SFMG). Le patient et son généraliste « médecin traitant ». 2010;13 [Internet] [consulté le 02/03/2015].
Disponible sur :
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_patient-et-generalistef4b78.pdf

40. Poitrasson-Tigrinate S. Déterminants qui conduisent les parents à choisir entre médecin généraliste et pédiatre pour le suivi régulier de leur nourrisson normal gardé en crèche : Etat des lieux et évolution à prévoir ; Aix-Marseille II; 2009.
41. Ponchart P. Suivi médical des nourrissons de 0 à 2 ans : critères de choix et positionnement des parents dans l'offre de soins actuelle. Enquête auprès des parents de l'arrondissement de Haguenau ; Strasbourg ; 2011.
42. Etienne B, Durand C, Lottin A, Abraham L. Suivi du nourrisson de 0 à 6 mois. Rev Prescrire ; Août 2014; 34(370): 620 [consulté le 10/02/2015].
Disponible sur:
http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_ETIENNEbenjamin_Professionnels.pdf
43. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG). Troisième Cycle des Etudes Médicales Propositions de l'ISNAR-IMG Adoptées par le Conseil d'Administration ; Octobre 2014 [Internet] [consulté le 11/04/2015].
Disponible sur :
http://www.isnar-img.com/sites/default/files/141028_isnarimg_propositions_tcem_ca_clermontferrand.pdf
44. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Protégez votre enfant des accidents domestiques [Internet] [consulté le 15/03/2015].
Disponible sur:
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/978.pdf>
45. Collange F, Fressard L, Verger P. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); Mars 2015 [Internet] [consulté le 25/03/2015].
Disponible sur :
<https://www.mesvaccins.net/textes/vaccinationpanAttitudesPratiques.pdf>
46. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). La protection maternelle et infantile (PMI). Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; Janvier 2014 [Internet] [consulté le 20/03/2015].
Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi,1202.html#definitions>
47. Bocquet A, Assathiany R, Caron F-M, Danjou G, Muller J-M, Salinier C, Toursel F, Virey B. Propositions pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants et pour l'avenir de la pédiatrie française. Union nationale des médecins spécialistes confédérés ; 12 mars 2006 [Internet] [consulté le 12/03/2015].
Disponible sur :
http://umespe.com/sites/umespe.com/files/o/umespe_-_dossier_presse_23_janvier_08_-_3_3.pdf

ANNEXES -

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Présentation de l'étude

Présentation du médecin

<u>Questionnement du médecin</u>	<u>Observation dans cabinet</u>
- Age :	- Sexe
- Année d'installation :	- Lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain)
- Nombre d'enfants :	- Condition d'ex (isolés, en groupe...)

- Concernant vos consultations, sont-elles avec ou sans rendez-vous ? Quel temps consacrez-vous à vos consultations ?
- Quel est votre type de clientèle ?
- Combien voyez-vous de nourrisson de moins de 24 mois par semaine, par mois, par an ?
- Avez-vous une autre activité que votre activité libérale au sein de votre cabinet ?
- Quelle est votre formation initiale ? (Stage, externat, internat ?)

Thème n°1 : La consultation du nourrisson

Contexte

- Dans quel contexte êtes-vous amené à consulter les nourrissons ?
- Dissociez-vous les consultations de suivi des nourrissons des autres contextes de consultations ?
- Pour les consultations de suivi, à quel rythme voyez-vous les nourrissons ? Quel en est l'intérêt ?
- Avez-vous une organisation particulière pour réaliser ces consultations de suivi ?
Faire préciser, si pas compris, en terme de TEMPS, PRISE DE RDV et PROGRAMMATION DES RDVS, MATERIEL
Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

La consultation

- Quel est l'intérêt du suivi du nourrisson selon vous ? Quels en sont les objectifs pour vous ?
- Comment s'articulent ces consultations ?
- Concernant votre examen clinique, comment se déroule-t-il ? (ET COMPLETER PAR « que recherchez-vous ? » si pas compris)

- Y a-t-il des points qui vous paraissent indispensables et incontournables lors de ces consultations ?
- Y a-t-il des thèmes qui vous semblent important à aborder avec les parents dans ces suivis ? Et par qui sont-ils abordés ?

FAIRE PRECISER LES THEMES

- Utilisez-vous du matériel particulier au cours de l'examen ?

Thème n°2 : Partenariat et réseau

- Etes-vous le seul à intervenir dans le suivi de vos patients nourrissons ?
Si oui, qui sont-ils ?
Si non, quelles en sont les raisons et quel rôle vous donnez-vous en complémentarité de ces autres intervenants ?
- Question sur la réforme du médecin traitant du projet de loi
- Avez- vous identifier d'autres acteurs ou structures pouvant intervenir dans la prise en charge des nourrissons et vers qui vous pourriez orienter les parents ?
Pour quelles raisons pouvez-vous être amené à orienter l'enfant et/ou ses parents vers ces professionnels ?
- Avez-vous accès à certains réseaux dans votre région géographique?

Thème n°3 : Formation

- Vous sentez-vous compétents dans l'ensemble des items abordés dans les consultations du nourrisson ?
- Avez- vous fait des formations complémentaires sur le suivi des nourrissons ? Si oui, lesquelles ?
- Comment assurez-vous votre formation continue sur le sujet de la prise en charge des nourrissons ?
De quelle manière ?
- Pensez-vous que la formation des médecins généralistes pourrait être améliorée concernant le suivi des nourrissons?
Si oui, sur quel thème et selon quelles modalités ?

Thème n°4 : Le système de soin actuel

1. Faire commenter le système de soin actuel et orienter vers des propositions.