



HAL
open science

**Représentations et attentes des médecins généralistes
concernant la réalisation et la coordination, avec la
Protection Maternelle et Infantile, du bilan de santé
chez les enfants de 3-4ans : enquête qualitative auprès de
médecins généralistes de Sud Gironde**

Emmanuelle Combes

► **To cite this version:**

Emmanuelle Combes. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant la réalisation et la coordination, avec la Protection Maternelle et Infantile, du bilan de santé chez les enfants de 3-4ans : enquête qualitative auprès de médecins généralistes de Sud Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01264891

HAL Id: dumas-01264891

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01264891>

Submitted on 29 Jan 2016

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.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N° 10

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par
Emmanuelle Combes
Née le 5 juin 1986, à Bordeaux (33)

Le 14 janvier 2016

Représentations et attentes des médecins généralistes concernant la réalisation et la coordination, avec la Protection Maternelle et Infantile, du Bilan de santé chez les enfants de 3- 4 ans.

Enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Sud Gironde

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur Mélanie AFONSO
Madame le Docteur Corinne MAYER

Rapporteur

Monsieur le Professeur Gérard Ducos

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY
Monsieur le Professeur Pascal BARAT
Monsieur le Professeur Gérard DUCOS
Madame le Docteur Corinne MAYER
Madame le Docteur Mélanie AFONSO

Président du Jury
Juge
Juge et Rapporteur
Juge
Juge

Remerciements

A mon jury,

A Monsieur le **Professeur Bernard GAY**

Professeur des Universités, Médecine Générale,

Directeur du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux

Médecin généraliste

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements et l'assurance de ma haute considération.

A Monsieur le **Professeur Pascal BARAT**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier, Pédiatre

Je vous remercie d'avoir accepté aussi facilement et de me faire l'honneur de juger cette thèse.

Votre travail, auprès des enfants et pour la prévention contre l'obésité pédiatrique me touche particulièrement.

A Monsieur le **Professeur Gérard DUCOS**

Professeur associé de Médecine Générale à l'Université Bordeaux Segalen

Médecin généraliste

Vous m'avez fait l'honneur d'être le rapporteur de ce travail, tout cela avec une grande disponibilité et de précieux conseils.

Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements et l'assurance de mon profond respect.

A Madame le **Docteur Corinne Mayer**

Pédiatre

Médecin directeur adjoint du service de PMI de la Gironde

Je te remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse, d'avoir eu la patience de corriger mes imprécisions de néophyte, et surtout de toujours m'avoir encouragé, accompagné, guidé y compris dans les moments de doute. Tu m'as soutenu dès mes premiers pas au sein du service. C'est un grand honneur pour moi, d'avoir travaillé à tes côtés. Je te souhaite une excellente « Jubilation ». Sois assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le **Docteur Mélanie Afonso**

Chef de clinique de Médecine Générale

Médecin Généraliste

Je te remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse et d'y avoir apporté ta touche personnelle. Merci pour tes encouragements, ton soutien, ta guidance, tes nombreux conseils avisés. Je me souviendrai longtemps de cette aventure humaine à tes côtés. C'est avec beaucoup d'émotion que je m'appête à travailler en collaboration avec toi.

Sois assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A tous les professionnels ayant participé à mon parcours,

Au **Docteur Ophélie Berger**, pour ton soutien, ton accompagnement et tous tes conseils. Merci de m'avoir transmis ton amour pour ce métier et conforté dans mon choix.

Au **Docteur Dorothee Camou**, tutrice et maître de stage. Merci pour ton soutien et tous tes précieux conseils, pour ton écoute et ta disponibilité.

Au **Docteur Anne- Charlotte Marcotte**, pour ce magnifique stage de découverte à tes cotés. Grâce à toi, j'ai découvert un métier exceptionnel.

Au **Docteur Stéphanie Petit-Carrié**, grâce à toi j'apprends tout les jours à avoir une démarche et un bon positionnement professionnel. Merci pour ton écoute, tous tes conseils, ta disponibilité. Merci pour tous les bons moments de « décompression ».

A **Sandrine, Valérie, Cécile, Christiane et Françoise**, l'équipe de choc de Cenon. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Votre bonne humeur, vos conseils, les moments partagés ensemble resteront un souvenir impérissable.

A **Anne Marie Thuilier**, pour ton soutien, tous tes précieux conseils. Ce fut une très belle rencontre, tant sur le plan professionnel, que sur le plan humain. Profite bien de cette retraite bien méritée.

Aux **Docteurs Carine Foucaud et Johanne Jenn**, aux **Docteurs Véronique Cressot et Arnaud Decamps** neurologue et médecin gériatre du SSR X .Arnozan, pour tous les merveilleux moments passés auprès de nos patients et en votre compagnie. Pour votre soutien, votre écoute et votre empathie. Pour votre guidance vers la médecine générale.

Aux **Docteur Mantoulan, Docteur Vieussan** médecins généralistes. Vous m'avez appris la rigueur de la démarche médicale et nous avons partagé ces moments forts qui jalonnent l'exercice de la médecine. A **Francine**, secrétaire médicale, mon amie. Pour ton soutien, ta bonne humeur et tous ces repas des chasseurs.

Au **Docteur Magot**, pour ce soutien sans faille qui m'a permis d'appivoiser le logiciel Nvivo et de bénéficier du temps nécessaire à mes analyses.

A mes proches,

A **mes parents**, merci de m'avoir donné les clefs du bonheur. Merci papa de m'avoir tant soutenu, de m'avoir écouté et conseillé. Merci pour ton éducation, ta philosophie de vie. Merci pour tout cet amour. On y est arrivé. CARPE DIEM

A **mon Amour**, ma moitié, merci de me rendre si heureuse. A notre longue et heureuse vie, où qu'elle nous mène.

A **ma famille de cœur**, ma famille d'adoption, pour tout cet amour depuis vingt huit ans. Merci de m'avoir choisi.

A **mes oncles, tantes, et cousins**, pour tout ce chemin parcouru à vos cotés. Je me souviendrai encore longtemps des leçons de mathématique ou de français récitées en ta compagnie mon Yoyo. Merci aussi pour toutes tes prouesses culinaires.

A **mes étoiles**, parties bien trop tôt, je pense tellement à vous. Je vous aime. Rendez vous dans une soixantaine d'années.

A **ma belle famille**, qui m'a si bien accueillie.

A mes Amis,

A mes amis d'enfance:

Amélie et Maximilien, mes amours, mes frères! Nous avons partagé tant de choses ensemble. Vous êtes essentiels à ma vie. A notre très longue vie commune et notre beau voyage.

A **mon Titi**, qui me comble de bonheur. Marraine sera toujours là pour t'épauler!

Virginie, Elsa, Marine et Julie, mes poupettes. Les souvenirs restent et d'autres se construisent. Je vous aime fort.

A la bande de la fac:

Magali, Audrey, Virginie, Julien, Nicolas et Miguel mes amis et collègues de « galère ». Sans vous mes années d'études médicales auraient été bien monotones. Nous y sommes arrivés ensembles. Que notre chemin soit beau, long et rempli de bonheur.

LISTE DES ABREVIATIONS

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DDASS : Direction Départementale des Actions Sanitaires et sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

DMP : Dossier médical partagé.

DPS : Direction de la Promotion de la Santé

HAS : Haute Autorité de la Santé

HSPT : Hôpital Santé Patient Territoire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique

ITEP : Institut Technique Educatif Pluridisciplinaire ou pédo-psychologique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapés

MSP : Maison de santé Pluridisciplinaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SESSAD : Service Education Spécialisée et Soins à Domicile

SFSP : Société Française Santé Publique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TDHA : Trouble de Déficit de l'Attention

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 - Récapitulatif des moyens de dépistages recommandés par l’HAS, à mettre en œuvre à trois et quatre ans.	15
Tableau 2 - Description de l’échantillon (n=13)	33
Tableau 3 - Répartition de la population étudiée en fonction du sexe et de l’âge (n=13)	34
Tableau 4 - Répartition de la population étudiée en fonction des modalités et lieux d’exercice (n=13)	34
Figure 1 - Evolution 2004-2012: taux de couverture des dépistages	20
Figure 2 - Evolution du nombre d’enfants à voir	21
Figure 3 - Les résultats des dépistages en 2011	22
Figure 4: Les résultats des dépistages en 2012	22

TABLE DES MATIERES

I.INTRODUCTION	10
II. CONTEXTE.....	11
2.1HISTORIQUE DE LA PMI	11
2.2LES BILANS.....	12
2.2.1 Historique des bilans	12
2.2.2 La naissance des premiers dépistages.....	13
2.2.3 Les recommandations de l’HAS dans le cadre du suivi des enfants de 0-6ans	14
2.2.4 Le bilan des 3-4 ans réalisé actuellement en Sud Gironde	16
2.2.5 Quelle est la place des parents dans ce bilan?	18
2.2.6 Les chiffres du dépistage 2012 et 2013 en Gironde ²	20
2.3 LES MEDECINS GENERALISTES ET LA PREVENTION	23
2.3.1 Rôle du médecin généraliste en matière de prévention ¹⁶	23
2.3.2Des missions de Santé Publique pour les médecins généralistes ²⁰	24
2.3.3L’opinion des médecins généralistes sur leur démarche préventive.....	26
III. REPRESENTATIONS ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTE DU SUD GIRONDE CONCERNANT L’EXAMEN DE PREVENTION CHEZ LES 3-4 ANS	28
3.1. JUSTIFICATION ET CONTEXTE	28
3.2 QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	28
3.2.1 Question de recherche	28
3.2.2 Objectifs de l’étude	29
3.3. MATERIELS ET METHODE	29
3.3.1 Type d’étude.....	29
3.3.2 Population étudiée.....	29
3.3.3 Matériel utilisé pour l’étude.....	30
3.3.4 Déroulement de l’enquête	31
3.3.5 Analyse des données	32
3.4 RESULTATS.....	33
3.4.1Caractéristiques de l’échantillon.....	33
3.4.2 Pratique déclarée des médecins généralistes du Sud Gironde, lors des consultations de prévention/ dépistage chez les enfants de 3-4 ans.....	35
3.4.3 La vision du bilan de santé des 3-4 ans par les médecins généralistes.....	41
3.4.4 L’approche d’une collaboration inter-professionnelle.....	43
3.4.5 L’environnement professionnel du médecin généraliste.....	50

IV. DISCUSSION.....	52
4.1 DISCUSSION AU SUJET DE LA METHODE	52
4.1.1 Le choix de l'étude qualitative	52
4.1.2 L'échantillon	52
4.1.3 Le recueil des données	53
4.1.4 L'analyse du recueil des données.....	54
4.2 DISCUSSION DES RESULTATS.....	55
4.2.1 Une pratique préventive de la médecine générale.....	55
4.2.2 La vision du bilan de santé des 3-4 ans	57
4.2.3 La collaboration	59
4.2.4 Les conditions d'exercice du médecin généraliste	60
4.2.5 La place des parents dans ce bilan	62
4.3 PERSPECTIVES.....	63
4.3.1 Une expérimentation au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.....	63
4.3.2 Le carnet de santé, un outil à revaloriser dans l'examen des enfants de 3-4 ans.	64
4.3.3 Améliorer la communication entre les professionnels	65
V. CONCLUSION	66
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	67
VI. ANNEXES	72
ANNEXE 1: LES RECOMMANDATIONS HAS CONCERNANT LE DEPISTAGE DES ENFANTS	72
ANNEXE 2: DEFINITION EUROPEENE DE LA MEDECINE GENERALE (WONCA 2011)	77
ANNEXE 3: LE GUIDE D'ENTRETIEN	78
ANNEXE 4: LES ENTRETIENS	80

I.INTRODUCTION

Au cours de mon internat, à l'occasion de quelques jours de stage hors cabinet, j'ai pu découvrir le service de Protection Maternelle Infantile (PMI). Etonnée et très intéressée par ce qu'ils proposaient, j'ai décidé de réaliser un stage de 6 mois au sein d'une de leur équipe. J'ai alors découvert les différentes missions du service de PMI dont le bilan de santé des 3-4 ans. Cette démarche de promotion de la santé, est souvent méconnue par les professionnels de santé.

Pourtant le bilan de santé des 3-4 ans existe depuis l'après-guerre. Créé en 1945, la surveillance médico-sociale des enfants du deuxième âge était insuffisante¹. Progressivement une démarche de promotion de la santé plus générale s'est construite.

Actuellement, ce bilan de santé est organisé par le Département (anciennement Conseil Général). Les médecins de PMI le réalisent seul, au sein des écoles maternelles. Au sein de la ville de Bordeaux, une convention a été signée entre le Département, la Mairie et certains médecins salariés qui les réalisent également. La médecine scolaire prend le relais et commence à suivre les enfants à partir de l'âge de 5- 6 ans (grande section de maternelle).

On constate une augmentation du nombre d'enfants à dépister ainsi que du nombre d'anomalies mises en évidence, associée à un taux de couverture de dépistage en baisse².

De ce constat, une interrogation est née : Comment améliorer cette démarche préventive ?

Par ailleurs, la médecine générale est une spécialité à part entière qui a beaucoup évolué ces dernières années. Le médecin généraliste a un rôle primordial dans la prise en charge globale de la population car il est le médecin de premier recours, le médecin de famille, celui à qui le patient va faire part, le plus souvent en premier, de ses problèmes.

Il est aussi le médecin traitant de chaque patient, qu'il doit prendre en charge dans son contexte familial, social, culturel. Il est garant de la prévention par son action de santé publique, et doit intégrer dans ses prises en charge les dimensions physiques, psycho-sociales, culturelles et existentielles rendant la relation médecin malade plus approfondie, basée sur la confiance et la continuité des soins.

C'est donc tout naturellement, qu'une collaboration entre les médecins généralistes et le service de PMI semble nécessaire voir indispensable.

Afin de recueillir les perceptions des médecins généralistes concernant les pratiques préventives mais aussi la possibilité d'établir une collaboration étroite avec la PMI pour la réalisation du bilan de santé des 3-4 ans, nous avons réalisé des entretiens auprès de médecins généralistes du Sud Gironde.

Avec ce travail, nous espérons pouvoir sensibiliser les différents acteurs de santé sur l'importance des bilans de santé et sur l'intérêt d'une collaboration efficiente, garantissant à tous les enfants de 3-4 ans une prise en charge optimale.

II. CONTEXTE

2.1 HISTORIQUE DE LA PMI

Afin de comprendre le dispositif actuel et aboutir aux différentes actions du service de PMI, il convient de revenir brièvement sur l'histoire de sa mise en place.

L'ordonnance du 2 novembre 1945³, sur la PMI est le texte fondateur de la création des services de PMI. Ce texte précise l'organisation, les missions et les compétences des nouveaux services de PMI qui doivent assurer la protection des mères et des enfants de moins de 6 ans. Cette politique de santé s'appuie sur :

- Une action conjuguée des Médecins et Assistantes Sociales
- Le certificat prénuptial (instauré sous le régime de Vichy. Il n'est plus obligatoire depuis le 1er juillet 2008)
- Des consultations prénatales et postnatales gratuites
- La surveillance médicale des enfants jusqu'à l'âge de six ans
- L'éducation des mères
- L'utilisation d'un carnet de santé

La même année sont créés : la Sécurité Sociale et le Service d'Hygiène Scolaire, puis les Prestations Familiales en 1946.

De 1945 à nos jours, l'organisation et les missions des services de PMI ont beaucoup évolué. Comme l'aborde Laurine Duffour dans sa thèse, ce dispositif ancien, créé en 1945, a connu des évolutions considérables⁴.

Actuellement les Articles L 2112.2 et R 2112.3 du Code de Santé Publique du 5 mars 2007 régissent les missions, les compétences et l'organisation départementale des services de PMI⁵.

«Le président du Conseil Départemental a pour mission d'organiser:

- Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes ;
- Des consultations et des actions médico-sociales en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;
- Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse ;
- Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes, notamment d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurée à la demande ou avec l'accord des intéressés en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;
- Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés et en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers, pour les parents en période postnatale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations;

- Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations;
- L'édition et la diffusion des supports d'informations sanitaires destinés aux futurs conjoints;
- Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leur tâche éducative, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue;
- De plus le Conseil Départemental doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues(...).

Enfin, La loi n°2007-293 du 5 mars 2007, organise les missions du service en termes de protection de l'enfance⁶.

Elle prévoit la création d'une cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations jugées préoccupantes (CRIP), d'un observatoire de la protection de l'enfance placé sous l'autorité du Président du Conseil Départemental et précise le «secret professionnel partagé» permettant aux personnes soumises au secret de partager entre elles des informations à caractère confidentiel, afin de protéger les enfants.

La loi définit que «la protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs»⁶.

2.2 LES BILANS

2.2.1 Historique des bilans

L'ordonnance du 2 novembre 1945 représente une véritable charte de la PMI dont le but est d'accroître la population de la France en sauvegardant l'existence des enfants qui viennent au monde. C'est une véritable: «mesure de salut public» ayant une portée générale: la protection sanitaire et sociale touchera toutes les futures mères, les mères ainsi que les enfants du premier âge (jusqu'à 2 ans), et tous ceux du deuxième âge (jusqu'à six ans). A six ans l'enfant est alors pris en charge par les services d'hygiène scolaire¹.

Les dispositions prises par l'ordonnance furent codifiées en 1953 dans le Code de Santé Publique.

Cependant la surveillance médico-sociale des enfants du deuxième âge, prévue dans les textes depuis 1945, reste insuffisante. Dès 1969 de nouvelles dispositions furent prises dans ce sens.

La Directive Générale n° 105 du 25 mai 1969 sur l'organisation d'un service unifié de l'enfance au sein de la DDASS, est définie ainsi: « Considérer l'enfant dans son tout biologique, psychologique et affectif; les mesures le concernant doivent être dans bien des cas proposées en équipe, où chacun apporte des données techniques, et de son analyse. Suivre l'enfant sans rupture dans la continuité.»

L'instruction générale n°106 du 12 juillet 1969, relative aux missions du Service de Santé Scolaire et aux modalités d'exécution du contrôle médical scolaire définit un autre axe. L'objectif n'est plus seulement de dépister les déficiences organiques mais aussi d'apprécier les aptitudes de l'enfant à la vie scolaire sous tous ses aspects. L'enjeu du bilan de santé est de mettre en place un « fond d'action santé » pour prendre en charge financièrement les frais induits lors des bilans pour des lunettes, soins dentaires, ORL et orthophonie. Aux puéricultrices et aux médecins de PMI, selon les départements, s'offre alors un champ d'exploration, d'expérimentation et de recherche et d'action extraordinaire ¹.

Dans les années 1980, avec la décentralisation et le passage de la compétence PMI aux départements, les bilans de santé en école maternelle, comme l'ensemble des missions de la PMI, font l'objet d'un texte d'orientation qui en définit le sens et les finalités. Ce texte émane du ministère de la santé de l'époque sous la signature de Jack Ralite. Il situe cette action dans le cadre des actions médico-sociales de portée générale visant à réduire les inégalités sociales devant la santé qui, selon les termes de la circulaire, sont particulièrement marquées chez les enfants⁷.

Il définit deux impératifs :

- Offrir un service de qualité à l'ensemble de la population et agir de façon renforcée et spécifiquement adaptée pour les familles les plus défavorisées. Les objectifs assignés à ce bilan sont de permettre un examen de santé entre deux et six ans à un moment où la surveillance systématique de l'enfant se relâche.
- Il insiste également sur l'importance de sensibiliser le réseau de médecins libéraux, de s'inscrire dans une continuité avec le service de santé scolaire, d'impliquer les élus et les associations de parents.

La loi du 18 décembre 1989 inscrit comme mission obligatoire l'action des services de PMI en école maternelle. Le service doit « Organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles. ».

Enfin en 2007 dans le cadre de la Loi de Protection de l'enfance ⁵, la généralisation des bilans est affirmée.

2.2.2 La naissance des premiers dépistages

Avec les débuts des bilans, tout est à inventer et à découvrir ⁸:

- Quels tests utiliser pour le dépistage ?
- Comment conduire le dialogue avec les parents pour encourager leur participation ?
- Comment accompagner la mise en œuvre des suites du bilan ?
- Comment se situer avec justesse auprès des enseignants ?

S'agissant d'une tâche nouvelle, la question des moyens humains qui lui sont alloués est bien évidemment centrale. Variable selon les départements, les bilans sont tout d'abord initiés par les

médecins; puis il faut mobiliser les puéricultrices afin d'équilibrer progressivement la couverture territoriale des écoles.

Quels que soient les aspects du développement de l'enfant pris en considération, il reste à concevoir une réelle mobilisation préventive articulant le domaine sanitaire au domaine scolaire, une mobilisation plus large prenant en compte le plan culturel, éducatif, social, environnemental, économique, familial, affectif. Celle-ci suppose une démarche plus globale et un décloisonnement des pratiques et des savoirs.

L'examen de santé des trois-quatre ans, est l'un de ces examens médicaux préventifs obligatoires qui doivent être pratiqués en dehors de toute maladie par un médecin exerçant en libéral, à l'hôpital ou à la PMI. Il peut avoir lieu au cabinet du médecin, au centre médico-social et, le plus souvent, il est proposé à l'école en petite ou moyenne section de maternelle, organisé par le service de PMI. Comme en Gironde, dans la plupart des départements français, les Conseillers Départementaux en ont fait une priorité de santé publique. Si le Département a l'obligation de l'organiser, celui-ci est loin d'être exhaustif. Depuis 2010, le nombre d'enfant à dépister ne cesse d'augmenter et la couverture des dépistages de diminuer. Le manque de moyens humains, et l'accumulation de travail pousse à se poser cette question : Comment garantir cette démarche de promotion de la santé à tous les enfants ?

2.2.3 Les recommandations de l'HAS dans le cadre du suivi des enfants de 0-6ans

La Haute Autorité de la Santé (HAS) a publié dans un argumentaire une proposition de dépistage individuel chez les enfants de huit jours à six ans⁹. La demande initiale était l'élaboration de propositions sur le dépistage individuel chez l'enfant et l'adolescent. Elle répondait aux attentes émanant de la Direction Générale de la Santé, de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et des Sociétés de Médecine Générale. (Annexe 1)

Les objectifs de ces propositions étaient d'identifier chez l'enfant et l'adolescent :

- les affections susceptibles d'être dépistées précocement et pour lesquelles des mesures correctrices pouvaient être appliquées ;
- les âges clés pour le dépistage de chacune de ces affections ;
- la ou les méthodes de dépistage adaptées.

Les tests de dépistage recommandés devaient être réalisables en médecine de ville (médecins généralistes, pédiatres), par les médecins de l'Éducation Nationale, les médecins scolaires ou les médecins exerçant en PMI.

Les propositions portaient sur le dépistage individuel des affections suivantes:

- les troubles psychologiques et psycho-comportementaux :
 - les retards de développement,
 - l'autisme et les troubles envahissants du développement,
 - les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention ;
- les troubles du langage;
- l'obésité;
- les troubles de l'audition;
- les troubles de la vision;
- le saturnisme.

A partir de la synthèse de revue de la littérature, un groupe de travail multidisciplinaire a rédigé des propositions, en particulier concernant le choix des âges et des tests de dépistage. Ci-dessous le tableau décrit les moyens de dépistage recensés en 2006 par l’HAS.

Tableau 1 - Récapitulatif des moyens de dépistages recommandés par l’HAS, à mettre en œuvre à trois et quatre ans.

Dépistage	Test à réaliser
Trouble psychomoteur	
<ul style="list-style-type: none"> Retard du développement 	Test de Brunet-Lézine, Test Denver Examen Carnet de Santé: Consultation 3ème et 4ème année; 4 champs à explorer: posture, coordination oculomotrice, langage, sociabilité/autonomie ¹⁰
<ul style="list-style-type: none"> Autisme 	Questionnaire
<ul style="list-style-type: none"> hyperactivité 	Symptômes à repérer, pas de diagnostic avant 7ans
Langage	A 3ans: Questionnaire: Fait-il des phrases? Conjugue-t-il les verbes? Utilise t-il des prépositions ? A 4ans: ERTL4
Obésité	Mesure au minimum deux fois par an, du poids de la taille, et calcul de l’IMC Réalisation des courbes de corpulence sur le carnet de santé
Audition	Recherche des antécédents familiaux Examens des oreilles à l’otoscope Réalisation d’une audiométrie vocale et tonale
Vision	Recherche d’antécédents familiaux Examen de l’œil externe, examen de la lueur pupillaire et du reflexe photomoteur Mesure de l’acuité visuelle de près et de loin à l’aide d’un otoptype Estimation de la vision stéréoscopique : Test de Lang
Saturnisme	Recherche systématique à l’aide d’un questionnaire

2.2.4 Le bilan des 3-4 ans réalisé actuellement en Sud Gironde

2.2.4.1 Méthode de dépistage de référence

Le bilan de santé est organisé différemment selon les Départements. En Gironde le médecin de PMI le réalise seul, au sein des écoles maternelles.

Les médecins de PMI contactent les directeurs et enseignants des écoles du secteur du médecin de PMI afin de récupérer les listes des enfants à dépister. Un courrier informatif à destination des parents est ensuite envoyé via l'école afin de récupérer leur consentement au bilan. Le médecin de PMI est ensuite amené à dépister tous les enfants de petite ou moyenne section de maternelle. C'est un dépistage systématique de masse.

Ce dépistage s'intéresse à l'enfant dans sa globalité. Il englobe:

- la santé physique: examen bucco-dentaire et ORL au moyen de l'otoscope et de l'examen visuel de la cavité buccale.
- l'intégrité sensorielle: le dépistage auditif (comprenant examen auditif des tympans et audiométrie tonale grâce à un appareil de Jouve-Medioni) tandis que l'examen visuel étudie l'aspect oculaire, recherche l'existence d'un strabisme et mesure l'acuité visuelle de loin en binoculaire et monoculaire en utilisant le Cadet image.
- le développement psychomoteur: au moyen de test moteur (monter les escaliers, observation de la marche, et saut à pied-joint et cloche-pied), le repérage spatio-temporel (image situant un chien par rapport une niche), la copie par l'enfant de différentes formes géométrique, et la réalisation d'un bonhomme.
- le langage, grâce à un imagier.
- son comportement: son adhésion et sa participation à l'examen, mais aussi son attention et sa capacité de concentration
- le bien être, le rythme de l'enfant, le sommeil et l'alimentation ¹¹.

Il est réalisé actuellement sans la présence des parents. Les enfants sont dépistés deux par deux à l'école maternelle. En Gironde les médecins ne disposent pas du carnet de santé de l'enfant.

Au terme de ce bilan une synthèse est faite et un courrier est adressé aux parents. Une orientation éventuelle vers d'autres spécialistes peut être proposée et un rendez-vous avec le médecin de PMI peut être pris.

Concernant le matériel utilisé par les médecins de PMI, le Département fait appel à différents fournisseurs.

Le coût du matériel actuellement utilisé:

- Un audio testeur : 993,6 €HT
- Un otoscope : 61,67 €HT
- Un cadet image : 137,9 €HT
- Test de lang : 99 €HT
- Lunette : 91,97 €HT
- Un pèse-personne : 37,66 €HT
- Un stadiomètre : 55,59 €HT
- Une valise à roulettes pour le transport du matériel: 60 €HT

Le coût total du matériel se chiffre donc à 1537,39 €HT par médecin.

2.2.4.2. Expérimentation réalisée dans le Sud Gironde en 2015

En 2013, une étude sur le service apporté aux personnes par la Protection Maternelle et Infantile a été faite pour la direction qui s'appelait alors Direction des Actions de Santé. Il a été souligné que la PMI apparaissait comme un service de proximité pertinent permettant de répondre aux besoins des populations.

Malgré une approche de la santé qui s'inspire des principes de la promotion de la santé, l'étude a montré que le service ne disposait pas suffisamment d'éléments permettant d'objectiver si les réponses apportées aux populations sont en adéquation avec les besoins qu'elles expriment. Un défaut de lisibilité et de visibilité de la PMI a été également mis en évidence. Il a donc été recommandé de poursuivre l'étude pour analyser les besoins des populations et objectiver ce qu'apporte le service de PMI en matière de promotion de la santé ¹².

Suite à la réorganisation territoriale «Solidarité 2013», la Direction des Actions de Santé est devenue la Direction de la Promotion de la santé. Le projet de service a donc été retravaillé ¹³. Un des axes prioritaires de ce projet est de «refonder l'offre de PMI pour l'enfant deux à six ans en l'inscrivant plus nettement dans une approche de promotion de la santé et des partenariats.»

En début d'année 2014, en réponse à ces constats, un groupe de travail sur «l'offre de service de la PMI auprès des enfants de deux à six ans» a vu le jour. Au fil des réflexions, de nombreux projets et expérimentations ont été développés. Une enquête auprès des parents est apparue nécessaire afin de connaître leur place au sein du dispositif, les moyens pour les informer et leurs attentes en matière de suivi de la santé de leurs enfants de deux à six ans.

En parallèle, les acteurs territoriaux (médecins, puéricultrices) ont mis en place de nouvelles expérimentations sur l'année 2014-2015.

En Sud Gironde, le bilan est réalisé par quatre médecins de PMI. Il est centré sur le dépistage des anomalies visuelles et auditives, afin de couvrir un nombre d'enfants plus important. Les modalités initiales de prise de contact avec les professionnels des écoles ne diffèrent pas. Nous demandons aux parents de fournir les carnets de santé sous enveloppe.

Durant cette expérimentation nous avons pu noter de nombreux points positifs:

- Meilleure couverture en matière de nombre d'enfants dépistés.
- Offre d'un gain de temps très important: passage de 45 minutes à 10 minutes par bilan.
- L'accès au carnet de santé permet de pouvoir prendre en charge dans sa globalité les antécédents et les vaccinations. Nous bénéficions également d'une meilleure clarté quant à nos missions vis-à-vis des parents. Nous pouvons tracer notre consultation dans le carnet de santé ce qui améliore la collaboration avec nos confrères libéraux.

Cependant certains points négatifs sont aussi constatés:

- Perte d'intérêt à réaliser un bilan partiel dans cette démarche de promotion de la santé
- Impression de réaliser un travail à la chaîne, n'offrant plus la satisfaction d'une prise en charge globale.

Actuellement, la réflexion est en cours au sein des différents pôles du département et cette expérimentation sera probablement renouvelée l'année prochaine.

2.2.5 Quelle est la place des parents dans ce bilan?

En Gironde, les parents ne sont pas conviés au bilan dans les écoles. Or ils sont les principaux acteurs de la santé de leurs enfants. Ainsi leurs attentes doivent être au centre de nos réflexions. Doivent-ils être présents? Qu'attendent-ils de ce bilan?

La présence des parents pendant ce bilan fonde une véritable démarche de promotion de la santé. Elle permet une juste appréciation des difficultés de l'enfant ¹⁴.

Leur présence inspire la recherche diagnostique. L'écoute des parents qui ont des inquiétudes permet d'orienter l'examen médical systématique à la recherche de petits signes qui auraient pu passer inaperçus. Ce temps d'examen permet également de montrer aux parents les éléments préoccupants et de justifier une orientation vers certains spécialistes.

Dans son travail, Pauline Horras définit la place des parents par rapport à la santé de leurs enfants; mais également les moyens pour les informer et leurs attentes en matière de suivi de la santé de leurs enfants de deux-six ans¹⁵.

Elle a rencontré onze familles résidant sur tout le département. Les thèmes abordés portaient sur leur représentation de la santé, le suivi de santé de leur enfant, leurs principaux sujets de préoccupations et leur satisfaction quant au service de PMI.

Concernant leur représentation de la santé, ils considèrent tous la santé comme étant plus que le simple bon état physique ou l'absence de maladie. Ils l'évoquent tous comme étant une «santé globale» résultant d'un ensemble de facteurs.

Concernant le suivi de santé réalisé par les parents, le médecin généraliste est au centre de la prise en charge des enfants. Tous sont suivis par leur médecin généraliste. Les autres professionnels rencontrés sont les spécialistes (pédiatres, otorhinolaryngologistes ophtalmologues, dentistes) mais aussi les professionnels de PMI. Les enfants sont suivis très régulièrement selon les recommandations, jusqu'à deux ans. Par la suite les consultations se résument à des motifs curatifs. Les parents ne sont pas au courant des examens de suivi de prévention obligatoire. Ils attendent d'être mieux informés du suivi de prévention qu'il est possible de faire notamment s'agissant de la fréquence des bilans à effectuer.

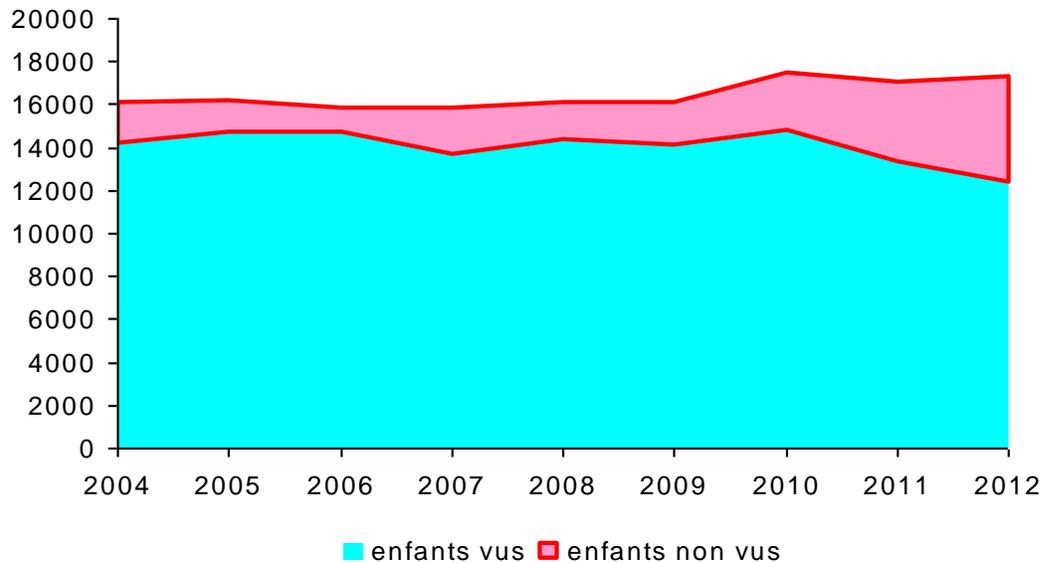
Ils suggèrent qu'il serait intéressant de disposer «d'un calendrier» concernant les dépistages à faire et les dates clés à retenir. Par ailleurs les parents souhaitent une amélioration des liens entre professionnels et le développement d'un travail en réseau.

Concernant le bilan de santé des enfants de 3-4 ans, les points positifs sont nombreux. Les parents apprécient d'être rassurés sur l'état de santé de leur enfant. Il permet de pouvoir discuter avec des professionnels ou d'autres parents au sujet de leur enfant et d'aborder d'éventuelles difficultés. Si la moitié d'entre eux souhaitent qu'il soit réalisé à l'école maternelle, les autres envisagent de le réaliser auprès de leur médecin traitant. La majorité des parents souhaitent également être présents lors de sa réalisation.

Par conséquent il apparaît que la présence des parents lors du bilan soit une piste de réflexion à mener.

2.2.6 Les chiffres du dépistage 2012 et 2013 en Gironde²

Figure 1 - Evolution 2004-2012: taux de couverture des dépistages



En 2012, les bilans effectués par les médecins exerçant en Gironde et les médecins de PMI de la ville de Bordeaux concernaient 17 313 enfants nés en 2008 et scolarisés dans 604 écoles.

Sur 17313 enfants 71,7% ont été vus. Ce qui représente une baisse de 6,6% du taux de couverture de dépistage par rapport à l'année précédente.

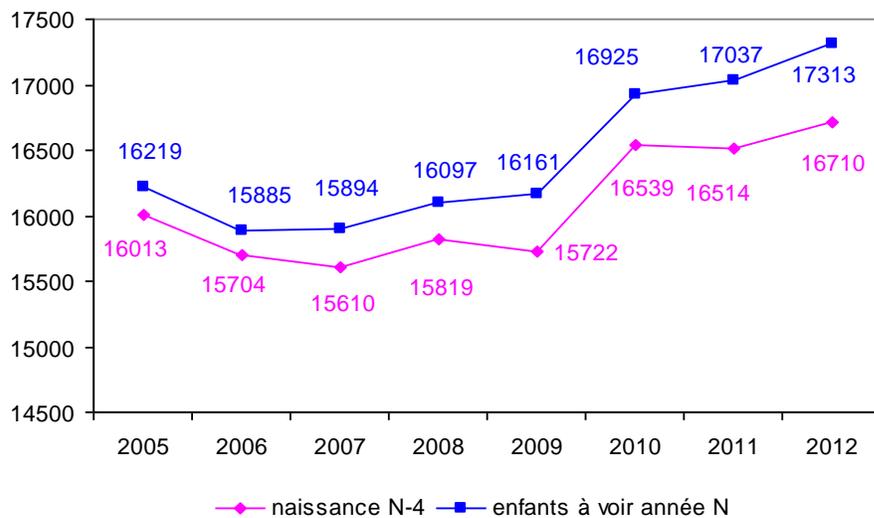
Sur 604 écoles 441 ont été faites soit 73, 5%. Ce qui représente une baisse de 2% en termes de taux de couverture de dépistage par rapport à l'année précédente.

Le taux de couverture pour la ville de Bordeaux est de 98,9%; les bilans étant réalisés par des médecins de PMI spécifiques, salariés de la ville de Bordeaux.

En Gironde, hors Bordeaux, le taux de couverture est plus faible: 67,1% des écoles ont été visitées au sein desquelles 96,4% des enfants ont été vus. Ceci est dû en partie à la vacance de poste de médecin sur certaines circonscriptions.

Depuis 2010 le taux de couverture du dépistage est en baisse.

Figure 2 - Evolution du nombre d'enfants à voir



Les écarts les plus importants ces 5 dernières années : 278 en 2008, 523 en 2011, 603 en 2012

De plus, le nombre d'enfant à dépister augmente, passant de 16925 à 17313 entre 2010 et 2012 soit une augmentation de 388 enfants en deux ans.

Figure 3 - Les résultats des dépistages en 2011

Etat de santé des enfants vus au bilan des 3-4 ans en 2011

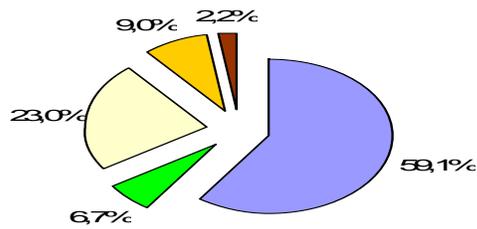
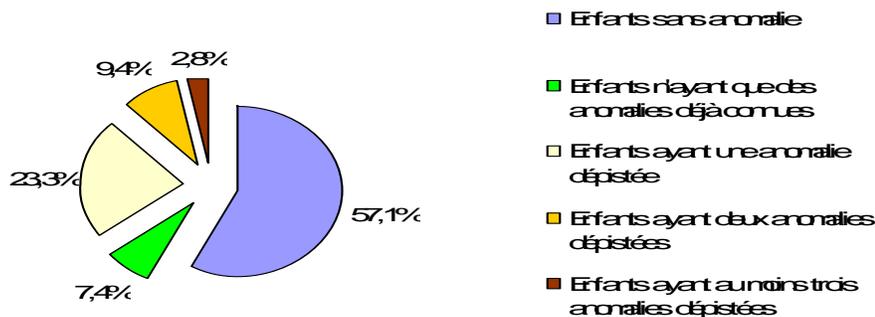


Figure 4: Les résultats des dépistages en 2012

Etat de santé des enfants vus au bilan des 3-4 ans en 2012



Le taux d'enfants sans anomalies a diminué de 59 en 2011 à 57% en 2012.

Le nombre d'enfants ayant une, deux voire trois anomalies dépistées est en augmentation, 40,9% en 2011 versus 42,9% en 2012.

En 2011 les enfants ayant une, deux ou trois anomalies dépistées est de 34,2%. En 2012 il est de 35,5%.

Par conséquent, le nombre d'enfants dépistés au bilan est en nette augmentation.

On constate une augmentation du nombre d'enfants à dépister ainsi que du nombre d'anomalies dépistées, associés à un taux de couverture de dépistage en baisse. Il convient donc de trouver des solutions afin d'améliorer l'efficacité du dépistage en Gironde, or Bordeaux.

2.3 LES MEDECINS GENERALISTES ET LA PREVENTION

2.3.1 Rôle du médecin généraliste en matière de prévention¹⁶

La médecine générale se définit comme : « Une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires »¹⁷.

Selon l'OMS, la déclaration d'Alma Alta 1978 et la définition Européenne de la médecine générale WONCA, actualisée en 2011 (Annexe 2), il apparaît nécessaire de définir les caractéristiques de la médecine générale plutôt que les tâches professionnelles du médecin généraliste.

Celles-ci sont les suivantes:

- Premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
- Approche centrée sur la personne, orientée sur l'individu, sa famille et sa communauté.
- Processus de consultation personnalisée qui établit dans le temps une relation médecin/patient à travers une communication adaptée.
- Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.
- Utilisation efficiente des ressources du système de santé à travers la coordination des soins, le travail avec d'autres professionnels dans le cadre des soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités.
- Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
- Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient. Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies pouvant requérir une intervention rapide.
- Développement de la promotion et de l'éducation de la santé par des interventions appropriées et efficaces.
- Action spécifique en matière de santé publique.
- Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.
- Promeut l'empowerment du patient

Ces caractéristiques sont intégralement reprises dans l'article L. 4130-1 du Code de la Santé Publique¹⁸ suite à la Loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)¹⁹.

La prévention en médecine générale occupe une place de plus en plus importante.

Même si la demande de soins de la part des patients reste la plus fréquente en consultation, l'évolution de la société les poussent à rechercher une démarche préventive : « je suis en bonne santé et je souhaite (ou je veux) y rester ».

Cette évolution de la pratique médicale oblige à modifier non seulement les compétences et les savoirs de la médecine générale mais également la teneur de la relation médecin – patient. Nous rappellerons essentiellement quelques définitions et grands principes épidémiologiques concernant la prévention.

La Prévention a pour but d'éviter les maladies ou de limiter leurs conséquences. Elle s'appuie sur les données épidémiologiques concernant les conditions d'apparition et de progression des maladies. Trois niveaux de prévention sont décrits :

- la prévention primaire : vise à éviter l'apparition d'une maladie et à réduire le nombre de nouveaux cas (l'incidence de la maladie). Elle agit sur les facteurs de risque par l'éducation pour la santé.
- la prévention secondaire : vise la réduction de durée d'évolution d'une maladie (la prévalence de la maladie). Elle repose sur le diagnostic précoce de celle-ci grâce au dépistage.
- la prévention tertiaire : vise à limiter les conséquences et les séquelles de la maladie, et à prévenir les récurrences. Elle diminue la prévalence des incapacités et des handicaps secondaires à une pathologie aiguë ou chronique.

Ces démarches de prévention peuvent être individuelles ou collectives. Elles demandent une forte implication des individus et vont souvent conduire à d'importants changements dans leur vie, nécessitant une approche éthique reposant sur un principe de bienveillance. Elles confrontent également une information scientifique éclairée du médecin aux savoirs de la population. La réalisation de telles démarches est facilitée en pratique quotidienne par l'utilisation du dossier médical (le plus souvent informatisé)¹⁶.

2.3.2 Des missions de Santé Publique pour les médecins généralistes²⁰

Selon la définition européenne de la médecine générale (Wonca Europe 2002, actualisée en 2005, puis 2011)¹⁷, comme pour les recommandations de l'OMS Europe 1999, la Santé Publique fait partie intégrante de son exercice :

La médecine générale « [...] a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ». (Annexe 2)

Placé au centre du système par la réforme du médecin traitant, le médecin généraliste a un atout majeur, celui de pouvoir assurer le lien entre l'individuel et le collectif par sa connaissance des individus, ses possibilités d'apprécier l'état de santé d'une population (dont le plus petit dénominateur commun est sa patientèle) au sein de laquelle il travaille. Il relaie, contextualise et personnalise les messages de Santé Publique de dimension collective en messages individualisés, audibles par chacun car émis dans le langage de chacun. Cette position d'interlocuteur de confiance, il donne ainsi à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués.

Pour que les généralistes développent leur pratique de Santé Publique, il s'agit de :

- leur permettre de continuer à pouvoir exercer une médecine fondée sur leur savoir-faire clinique et sur le dialogue avec leurs patients ;
- les aider à apporter des réponses à leurs patients ;
- les amener à mieux connaître et à mieux structurer leur activité: C'est leur permettre d'avoir un regard sur l'état de santé de leur patientèle, sur leur pratique, sur la situation sanitaire du territoire de santé dans lequel ils exercent ainsi que sur leur environnement et participer ainsi à la production de connaissances de Santé Publique. C'est aussi leur permettre de travailler sur un (ou des) territoire(s) donné(s) en coordination et d'y agir en collaboration avec les autres acteurs sanitaires et sociaux.
- leur donner les moyens de mettre en place des programmes coordonnés de recherche en Santé Publique en médecine générale ;
- veiller à ce que la culture « Santé Publique » fasse partie intégrante des objectifs de la formation initiale et continue.

De plus, la Loi du 9 août 2004 dite de santé publique²¹ instaure des consultations de prévention aux différents âges de la vie.

La consultation de prévention est, sur le principe, fondamentalement différente d'une consultation traditionnelle. La première concerne l'offre d'un bilan de synthèse axé sur les questions de prévention, alors que la seconde répond à une demande d'un patient le plus souvent dans une logique de soins.

Les bilans de synthèse annuels sont suggérés pour certaines maladies chroniques dans une logique de prévention des complications de ces maladies et de meilleure organisation de la prise en charge. Il s'agit en effet de s'assurer de la qualité des soins (dont l'observance) mais aussi de la mise en place de la coordination des soins, de la prise en compte de la dimension sociale notamment des aides à la vie quotidienne lorsqu'elles sont nécessaires.

La Société Française Santé Publique (SFSP) recommande donc:

- d'intégrer (après les avoir clairement définies) les missions de santé publique du médecin généraliste dans le référentiel métier de la médecine générale et dans la loi, seul moyen de permettre aux médecins généralistes de s'investir dans ce champ.
- de permettre aux médecins généralistes d'accéder aux données existantes et de leur permettre de produire leurs propres données concernant leur patientèle et/ou les regroupements de leurs patientèles.
- d'organiser une augmentation progressive des activités de Santé Publique.
- de tenir compte des niveaux d'exercice.
- d'adopter des stratégies incitatives en respectant le volontariat.
- d'élaborer un cadre national de référence associé à un cadre régional.
- d'expérimenter un système de financement mixte.
- de changer de gouvernance régionale et nationale.

La médecine en France s'est structurée historiquement depuis la Loi de 1958 autour de l'hôpital, permettant à la France de développer une médecine de haut niveau. Ce cadre a favorisé le développement des spécialités, la Médecine Générale étant définie par défaut. L'organisation actuelle du système de soins Français a deux caractéristiques à savoir, d'une part l'organisation autour et par rapport à l'hôpital et d'autre part l'absence de régulation des recours aux soins.

Or, face au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, à l'accentuation des inégalités sociales en matière de santé et enfin à l'irrésistible croissance des dépenses de santé, ce système de santé dérégulé ne permet pas de répondre aux besoins de santé de la population dans sa globalité.

Dans ce contexte, le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes confie au Professeur Druais le soin de rédiger un rapport visant à «donner au médecin généraliste et au médecin traitant toutes leurs places dans notre système de soins et améliorer le parcours de soins en ville»²².

Dans ce rapport, Druais, énumère et explique les changements nécessaires à un système de santé organisé autour des soins primaires.

«A l'instar de beaucoup de pays européens, le système de santé Français doit se recentrer sur les soins de santé primaires. La hiérarchisation effective des recours médicaux nécessite de replacer la Médecin Générale comme la première étape du parcours de santé du patient, à travers le renforcement du rôle du médecin traitant.

Le médecin généraliste doit être le premier contact du patient avec le système de santé et assurer une coordination des soins efficace. Pour remplir ce rôle, la Médecine Générale doit disposer de moyens appropriés, tant sur le plan budgétaire qu'organisationnel.».

De nombreuses propositions de modifications à la loi Santé 2015 sont préconisées. L'enjeu de cette loi est de donner les bases du système de santé du 21^{ème} siècle en assurant la révolution des soins primaires et le virage ambulatoire.

2.3.3 L'opinion des médecins généralistes sur leur démarche préventive

Dans une étude réalisée en 2009 par l'INPES, de nombreux médecins généralistes déclarent des pratiques de prévention²³. Celles-ci varient selon les médecins.

Tout d'abord, les vaccinations et les dépistages sérologiques sont les plus fréquemment réalisés. Les pratiques liées aux comportements de santé dans le domaine des addictions sont quant à elles variables selon le type d'addiction considéré. Il est abordé au moins une fois la consommation tabagique avec chaque patient (déclaré par 63,2 % des médecins généralistes), contrairement à l'alcool ou au cannabis qui sont abordés principalement avec les patients jugés à risque (respectivement par 72,7 % et 66,5 % des médecins généralistes).

Concernant la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, les médecins déclarent avant tout informer et conseiller (95,3 % le font « systématiquement » ou « souvent »). Moins de la moitié d'entre eux (45,2 %) orientent régulièrement leurs patients vers d'autres intervenants, et un tiers (33,7 %) mettent en œuvre eux-mêmes des activités éducatives.

Les médecins estiment que la prévention relève de leur rôle, notamment pour les thèmes les plus médicalisés comme le risque cardiovasculaire et le tabagisme. Cette déclaration d'un rôle fort en prévention est accentuée chez les médecins ayant suivi une formation en éducation pour la santé ou en éducation du patient et chez ceux qui estiment avoir suffisamment de collaborations avec d'autres professionnels.

Par ailleurs, la déclaration d'un rôle important en prévention dans un thème particulier est en lien avec la facilité à aborder ce même thème. Ainsi, la majorité des médecins s'accordent pour dire qu'il est facile d'aborder avec leurs patients le risque cardio-vasculaire (96,1 %), le dépistage des cancers (95,5 %) ou le tabagisme (89,2 %), contrairement à la vie affective et sexuelle (58,7 %) ou à l'usage de drogues (57,0 %).

Les médecins se sentent moins efficaces en 2009 qu'en 2003 dans l'éducation de leurs patients, notamment asthmatiques (78,7 % vs 87,6 %) et diabétiques (72,4 % vs 78,0 %), champ pourtant plus formalisé et plus médiatisé ces dernières années. Aucune évolution n'est constatée pour l'éducation des patients hypertendus (90,3 %), pour lesquels les praticiens se jugent le plus efficaces.

En 2009, 62,3 % des médecins déclarent utiliser au cours de leurs consultations des *«questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie, comme des tests ou des échelles»*. Ces questionnaires concernent essentiellement le tabac (54,6 % des médecins utilisateurs) et les maladies cardio-vasculaires (34,0 %).

Pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, 91,4 % des médecins souhaiteraient disposer de plus de temps ; 85,0 % estiment que des campagnes grand public et 81,5 % qu'un rôle mieux reconnu en prévention, sont des éléments qui pourraient faciliter ces missions. Une rémunération spécifique est l'élément le moins cité, par tout de même 64,0 % des médecins généralistes interrogés.

Pour les médecins interrogés, la prévention doit être faite prioritairement par eux-mêmes (95,7 %) et moins par d'autres intervenants comme les professionnels paramédicaux (81,6 %), les médecins spécialistes ou hospitaliers (66,4 %), les médias (61,0 %) ou les professionnels de l'enseignement ou du social (59,8 %).

La possibilité de déléguer certaines activités de prévention, évoquée par 73,5 % des médecins pour faciliter leur mission de prévention, est différemment perçue selon l'intervenant : 74,6 % seraient prêts à déléguer des tâches à des infirmiers ou à d'autres paramédicaux, 56,8 % à des médecins spécialistes et 56,2 % à des associations de patients.

Cependant la pratique préventive chez les enfants de 3- 4 ans en médecine générale est peu décrite dans la littérature, ce qui nous pousse aujourd'hui à réaliser ce travail.

III. REPRESENTATIONS ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTE DU SUD GIRONDE CONCERNANT L'EXAMEN DE PREVENTION CHEZ LES 3-4 ANS

3.1. JUSTIFICATION ET CONTEXTE

Le Département (anciennement Conseil Général de la Gironde) est en charge de l'organisation du bilan de Santé des 3-4 ans dans les écoles maternelles, mais celui-ci est complexe à mettre en place de façon systématique, les médecins de PMI ne pouvant pas, actuellement, réaliser l'ensemble des examens. De plus, une réflexion est en cours au sein du service départemental de la promotion de la santé, sur la place des différents acteurs de santé (médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI) pour réaliser ce bilan.

Par ailleurs, la Médecine Générale s'oriente avec la Loi du 21 juillet 2009¹⁹, vers une médecine préventive. Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans la prise en charge globale de son patient. Il est au centre des dynamiques familiales et garantit un suivi régulier tant sur le plan curatif que préventif.

Par conséquent, un travail coopératif avec les médecins généralistes pourrait être un des moyens possible pour améliorer l'efficacité du bilan de santé des 3-4ans.

3.2 QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Devant ces constats, nous avons envisagé un travail coopératif entre les médecins généralistes et le service de promotion de la santé du département, afin d'améliorer l'efficacité du bilan de santé des 3-4ans.

3.2.1 Question de recherche

Notre question de recherche est la suivante: **Quelles sont les représentations et les attentes des médecins généralistes concernant la réalisation et la coordination, avec la PMI, de l'examen de prévention et de dépistage chez les enfants de 3-4ans?**

Nos hypothèses:

- Les services de PMI ne sont pas en mesure de réaliser l'ensemble des bilans et une collaboration avec les médecins généralistes pourrait être un moyen d'améliorer l'efficacité de cet examen préventif.
- Les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la prévention et le dépistage de la population et ils pourraient donc être amenés à le réaliser de façon plus systématique.

3.2.2 Objectifs de l'étude

Notre objectif principal est d'analyser les représentations et les attentes des médecins généralistes du Sud Gironde, concernant la réalisation et la coordination avec la PMI, de l'examen de dépistage et de prévention chez les enfants de 3-4 ans.

Nos objectifs secondaires sont:

- Mettre en évidence les souhaits et les freins des médecins généralistes concernant le dépistage des 3-4ans.
- Identifier une collaboration médecine générale/service de promotion de la santé concernant le bilan de santé des 3-4 ans.

3.3. MATERIELS ET METHODE

3.3.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale qualitative dans une logique hypothético-inductive progressive. Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés au cours du deuxième et troisième trimestre de l'année 2015. Les entretiens ont été définis à partir d'un canevas à questions ouvertes.

3.3.2 Population étudiée

Dans notre étude ont été inclus les médecins généralistes exerçant en Sud Gironde, de sexe, d'âge, de modalité d'installation et d'expériences différentes, afin de disposer d'une population d'étude diversifiée. Ils ont été choisis afin de représenter différents secteurs (ruraux, urbains).

Nous avons sélectionné progressivement une dizaine de médecins, en utilisant la méthode d'échantillonnage raisonné théorique en variation maximale²⁵.

Le nombre a été décidé au fur et à mesure jusqu'à arriver à « saturation » des données, c'est-à-dire lorsque les trois derniers entretiens n'ont plus apporté d'éléments nouveaux.

L'unique critère d'exclusion était donc un lieu d'exercice hors du Sud Gironde.

3.3.3 Matériel utilisé pour l'étude

Les données ont été recueillies par entretiens semi-dirigés. Nous disposions d'un guide d'entretien (Annexe3), élaboré avec l'aide des ouvrages «l'entretien»²⁵ et «initiation à la recherche»²⁷.

Le guide a ensuite été transformé au fur et à mesure des entretiens en y ajoutant des questions ouvertes pour explorer auprès des interviewés ultérieurs les hypothèses issues des entretiens passés et mis en évidence par l'analyse. Ces hypothèses nouvelles étaient intégrées au guide afin d'être testées, dans le respect de l'approche hypothético-inductive progressive ou théorisation ancrée. C'est l'analyse par comparaison constante.

Son introduction pré-rédigée, ou contrat de communication, expose le sujet et les modalités d'enquête ceci notamment pour le recueil d'un consentement oral de l'enregistrement des entretiens.

Le reste du guide se compose d'une trame, d'une question ouverte servant de conducteur et stimulant l'échange, et de thèmes à aborder. «Le guide d'entretien se distingue ainsi du protocole du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours»²⁵.

Les principaux thèmes abordés concernent la pratique actuelle en prévention chez les 3-4 ans et la vision du bilan de santé des 3-4 ans des médecins généralistes, les freins et attentes en matière de dépistages sensoriels, et également les différentes possibilités de collaborations qui pourraient être envisagées. (Annexe 3)

3.3.3.1 Recherche documentaire

La recherche documentaire a permis de réaliser la bibliographie de la thèse et la trame du guide. Elle a été réalisée à partir:

- De base de données internautes:
 - CISMEF: (Catalogue et Index des Sites médicaux de la langue Française)
 - CAIRN info
 - SUDOC: (Système Universitaire de Documentation)
- De sites officiels:
 - SFSP: Société Française de Santé Publique
 - ARS: Agence Régionale de la Santé
 - HAS: Haute Autorité de la Santé
 - Légifrance
 - Conseil National de L'ordre des Médecins
 - Fédération des Maisons Médicales

- De moteurs de recherche non scientifiques:
 - Google
 - Page jaune
- De revues disponibles au centre de documentation du Département:
 - Le journal de pédiatrie
 - Enfance conjugulée

Les mots-clés utilisés en langue Française sont les suivants:

- Bilan de santé 3-4 ans,
- Dépistage sensoriel,
- Santé chez les 3- 4ans,
- Prévention
- Médecine générale
- Maison médicale
- Organisation système de soins

Et en langue Anglo-saxonne:

- Child and mother health;
- Maternal health service
- General practitioners, Doctor

3.3.4 Déroulement de l'enquête

Les médecins généralistes, préalablement contactés par appel téléphonique et/ou par mail afin de leur expliquer les objectifs de l'étude, sont ensuite été interviewés sur leur lieu d'exercice. Le contrat de communication leur a été exposé dans un premier temps au téléphone, puis de nouveau avant l'entretien.

La méthode choisie étant celle des entretiens individuels semi-directifs, nous avons cherché à recueillir des informations via l'utilisation de questions ouvertes, celles-ci étant introduites le plus naturellement possible dans la conversation.

Nous avons utilisé le guide d'entretien dont les thèmes n'ont pas été pas nécessairement abordés dans l'ordre. Il a permis d'effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, après accord des médecins. Il a été assuré aux médecins la garantie de l'anonymat.

Deux interviews exploratoires ont été menées pour tester le guide d'entretien et en améliorer sa conception. Au fur et à mesure des rencontres le guide a évolué en fonction des médecins interrogés. Afin de respecter la libre parole, l'ordre des thèmes n'a ainsi pas été imposé mais a suivi le discours des interviewés.

3.3.5 Analyse des données

Nous avons d'abord retranscrit intégralement les entretiens sur support informatique via le logiciel Word. Toutes les données pouvant nuire à l'anonymat du médecin ont été modifiées ou supprimées. Ce texte, appelé le verbatim, représente les données brutes de l'enquête.

Nous avons ensuite réalisé une analyse du verbatim, selon une approche hypothético-inductive progressive dite *grounded theory* (ou théorisation ancrée). Cela consiste à faire émerger de façon inductive des hypothèses de l'analyse du verbatim d'entretiens, en partant de notre objet de recherche, ici la collaboration avec les médecins généralistes. Elle est dite progressive car il y a tout du long un va-et-vient entre les premiers entretiens, l'analyse des données, l'élaboration de nouvelles hypothèses et les nouveaux entretiens pour les vérifier, jusqu'à saturation des données.

L'analyse des données s'est en effet déroulée parallèlement à la réalisation des entretiens. L'analyse au fur et à mesure du recueil a permis une comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain. L'analyse des données a été réalisée par deux chercheurs, un des directeurs de thèse et moi-même.

Nous avons d'abord réalisé un codage dit «ouvert». Au cours du codage ouvert, chaque segment de phrase contenant une idée, un thème, une information, a été converti en code.

Le codage ouvert a été réalisé par les deux chercheurs de manière indépendante, grâce au logiciel NvivoR.

Au cours de cette première étape de codage ouvert les deux chercheurs ont tout d'abord confronté leurs codes à différents moments, puis ont mis en commun les codes pour lesquels il y avait convergence.

Les codes pour lesquels il y avait divergence ont été sujet à échanges entre nous. Ces moments de confrontation, dits de triangulation, avaient pour objectif d'assurer la validité interne de l'étude.

Les codes ont ensuite été regroupés au cours d'une seconde phase par catégories pour faire émerger des axes thématiques. Il s'agit d'un «codage axial». Celui-ci a été réalisé par les deux chercheurs indépendamment et de deux façons différentes. Nous avons utilisé le logiciel NvivoR. Cette deuxième phase, qui concernait le codage axial, a été réalisée sur le même mode que le codage ouvert, en utilisant la triangulation.

Les axes thématiques ont ensuite été regroupés en concepts principaux.

La théorisation ancrée, par cette approche hypothético-inductive progressive, a permis aux deux chercheurs d'élaborer une théorie explicative en partant des concepts.

3.4 RESULTATS

Nous avons réalisé treize entretiens entre février et juillet 2015. Leur durée varie entre sept et treize minutes. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données c'est-à-dire lorsqu'aucune idée nouvelle n'est plus apparue lors des entretiens. La saturation a été obtenue au 9^{ème} entretien. Les derniers entretiens nous ont permis de maintenir la diversité.

3.4.1 Caractéristiques de l'échantillon

Les treize médecins généralistes du Sud Gironde ont été interviewés par entretiens semi-directifs. Nous avons donc interrogés sept hommes et six femmes.

La description de l'échantillon est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 - Description de l'échantillon (n=13)

Profil	Sexe	Age	Zone d'exercice	Mode d'exercice
Médecin 1	F	50-55ans	Urbain	Cabinet de groupe, avec secrétariat
Médecin 2	H	60-65ans	Urbain	Installé seul, sans secrétariat
Médecin 3	H	40-45ans	Rural	Maison de Santé pluriprofessionnelle
Médecin 4	H	45-50ans	Rural	Maison de Santé pluriprofessionnelle
Médecin 5	F	50-55ans	Rural	Installée seule, sans secrétariat
Médecin 6	F	50-55ans	Urbain	Installée seule, sans secrétariat
Médecin 7	F	45-50ans	Rural	Maison de Santé pluriprofessionnelle
Médecin 8	F	30-35 ans	Urbain	Cabinet de groupe, avec secrétariat
Médecin 9	H	40-45 ans	Rural	Maison de Santé pluriprofessionnelle
Médecin 10	H	60-65 ans	Rural	Maison de Santé pluriprofessionnelle
Médecin 11	H	35-40 ans	Rural	Maison de Santé pluriprofessionnelle
Médecin 12	F	35-40 ans	Urbain	Installée seule, avec secrétariat
Médecin 13	H	40-45 ans	Rural	Installé seul, avec secrétariat

La répartition de la population est également présentée dans le tableau 3.

Tableau 3 - Répartition de la population étudiée en fonction du sexe et de l'âge (n=13)

Sexe/Âge	35-44ans	45-49ans	50-65ans
Féminin (n=6)	2	1	3
Masculin (n=7)	2	3	2

Enfin, leurs modalités et lieu d'exercices sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4 - Répartition de la population étudiée en fonction des modalités et lieux d'exercice (n=13)

Lieux d'exercice/ Modalités d'exercice	Maison médicale pluridisciplinaire (n=6)	Cabinet de groupe avec secrétariat (n=2)	Cabinet avec secrétariat (n=2)	Cabinet seul sans secrétariat (n=3)
Rural (n=9)	6	1	1	1
Urbain (n=4)	0	1	1	2

3.4.2 Pratique déclarée des médecins généralistes du Sud Gironde, lors des consultations de prévention/ dépistage chez les enfants de 3-4 ans.

3.4.2.1 La régularité des consultations chez les 3-4 ans

Les médecins interrogés décrivaient un suivi régulier des enfants jusqu'à deux ans, via les vaccinations et certificats obligatoires.

En effet, Médecin 4 nous a déclaré: « *Jusqu'à 6 mois tous les trois mois, puis jusqu'à 2 ans, enfin bref, jusqu'à 2 ans c'est assez systématique.* » ou encore le Médecin 7:«*Je ne les vois pas forcément régulièrement à 3-4 ans. Je les vois régulièrement jusqu'à 24 mois, après je demande à ce qu'il y ait une visite par an. Ils viennent quand ils ont besoin, en fonction de la pathologie qu'ils présentent.*».

Les médecins généralistes interviewés organisaient le suivi préventif des enfants jusqu'à 2 ans, puis le nombre de consultations variaient selon les attentes des parents. Les médecins 6 et 12 illustraient ces informations:

Médecin 6: « Jusqu'à un an je les vois tous les mois, ensuite en général sur le plan pratique ce qu'il se passe c'est que je les vois à chaque fois qu'ils sont malades, donc ça veut dire plusieurs fois par an ».

Médecin 12: « Alors je dirais déjà qu'on les voit moins. A 3-4 ans ils sont à l'école et les parents ont moins d'attentes, ils sont moins inquiets car ils sont plus grands ».

Après 24 mois, les parents venaient consulter principalement pour des pathologies aiguës.

Médecin 4 : « (..)la plupart du temps, comme on les voit pas très souvent, quand c'est sur des consultations pour les pathologies aiguës (...).On a une période de creux c'est clair.».

Médecin 10: « (..)les parents ne viennent pas consulter mis à part pour des pathologies aiguës.».

Selon les médecins interrogés, les 3- 4 ans étaient examinés une à deux fois par an.

Médecin 4 (...): « Les parents aiment bien qu'on les voit une fois par an, ces enfants là; même si il n'y a pas de vaccination.».

Les médecins interrogés ne faisaient pas revenir les parents pour « des consultations dédiées prévention » à cet âge là.

Médecin 8: « Cependant je ne fais jamais revenir les parents pour une consultation purement prévention. Jamais. »

Médecin 7: « Je ne fais pas de consultation dédiée dépistage chez les 3-4ans.».

Comme pouvait le décrire le Médecin 12, le manque d'habitude en était l'une des causes : «*Je ne demande pas aux parents de revenir pour une consultation «type» prévention. Je devrais peut être, mais j'en ai pas l'habitude.*».

Enfin comme nous l'exprimaient les médecins 11 et 13, les 3-4 ans ne semblaient représenter qu'une infime partie de leur patientèle, difficile à mesurer de façon précise :

Médecin 11: «C'est très compliqué de te répondre, car je construis actuellement ma patientèle jusqu'à la retraite de mon beau-père. Je dirais approximativement 10% de moins de 16 ans.».

Médecin 13: «Précisément je ne sais pas trop. Peut être 20% de ma patientèle, mais je vous dis ça vraiment au hasard. C'est peut être plus, peut être moins.».

3.4.2.2 Leur pratique déclarée et leur représentation de la prévention et du dépistage

Les médecins généralistes ne pensaient pas réaliser de prévention «spécifique» pour cette tranche d'âge. Le Médecin 12 nous l'exprimait clairement: *«La prévention chez les 3-4 ans... J'en fais, mais pas de prévention spécifique à cette tranche d'âge.».*

Par ailleurs certains médecins, comme le Médecin 5, profitaient de consultations dites «curatives» pour proposer quelques conseils: *«Pour moi les enfants de 3-4 ans, je les suis de la même façon que je suis les enfants de 0 à 3 ans, puis de 4 à 6 ans voire après. Je veux dire, nous les voyons quand les parents les amènent pour les maladies occasionnelles, pour les vaccins, donc on se permet de donner quelques conseils. Après on ne fait pas une prévention spécifique pour cette tranche d'âge.».*

Les médecins interrogés décrivaient leur démarche préventive. Celle-ci portait principalement sur les vaccinations, le conseil vaccinal et la réalisation d'une biométrie. Elle ne dépendait pas de leur âge, leur sexe, ou même leur modalité et condition d'exercice.

Médecin 2: «Bon moi je m'attache surtout à vérifier que les enfants aient bien reçu toutes les vaccinations prévues. Après 3-4 ans, en principe ils sont scolarisés. Je demande donc aux parents si ça se passe bien, si il n'ya pas de soucis particuliers. Voila en gros, moi la prévention elle tourne autour des vaccinations essentiellement.».

Certains des interviewés complétaient la consultation par un état des lieux orthopédique et des conseils hygiéno-diététiques.

Médecin 7: «... Quand ils viennent je fais une grosse visite, je vérifie le poids et la taille, je discute pas mal avec les parents au niveau alimentation sommeil, je vérifie les pieds, je leur prends la tension.».

Médecin 9:« (...) Je réalise le conseil vaccinal, les conseils d'hygiène en général, que ce soit alimentaire, corporel, hygiène de sommeil, jeux électroniques.».

Médecin 13: «J'essaie de faire des points informations pour les parents à chaque consultation sur l'alimentation et l'hygiène.».

Ils se concentraient également sur le comportement des enfants au cabinet, leur autonomie. Le langage pouvait être évalué à l'aide de petites images.

Médecin 1: «Au niveau de la prévention moi, je ne fais pas grand-chose. J'essaie de faire quand même une prévention sur le langage, dépistage sur les troubles du langage oral. Voire un petit peu le comportement au cabinet, donc ça c'est assez facile, avec les livres, les jeux. Voilà. Son comportement.».

Des médecins interrogés réalisaient à 9 mois le test Moatti, mais aussi la voie chuchotée.

Médecin 12: «A 9 mois de toutes façons on fait le test de Moatti et à la naissance ils ont le test à la maternité. On a une petite idée du coup.».

Médecin 3:«Pour le dépistage auditif je fais globalement en lui parlant à l'oreille ou pour qu'il se retourne ou des choses comme ça, mais ce n'est pas des tests particuliers si vous voulez.».

Concernant les dépistages sensoriels, les médecins semblaient également se baser sur le ressenti des parents et des enseignants.

Médecin 2: «Après, c'est le ressenti des parents. Les parents me disent ... voilà ce qui se passe, comment vont les choses, si l'enfant s'alimente bien, s'il est colérique, s'il dort bien. Voilà.»

Médecin 6: «Sur le plan visuel, je demande aux parents si l'enfant s'approche de la télévision, des choses comme ça, mais pour les 3-4 ans je ne sais pas vraiment comment faire. Je n'ai pas d'instrument pour le faire. »

Médecin 7: «Si je les vois très souvent pour des maladies récurrentes ou que les parents m'interpellent en disant la maîtresse nous a dit qu'il fallait répéter, ou qu'il y a une baisse au niveau de scolarité ou quelques troubles du langage, à ce moment là je fais, mais pas systématiquement.»

Médecin 12: «Je n'ai pas de petit imagier ou de diapason. Généralement ce sont les parents qui m'alertent. (...)La maitresse nous a dit qu'il n'entendait pas bien» ou « il se rapproche de la télévision pour écouter (...). Là, s'ils l'abordent je recherche les antécédents: surdité, port de lunette...

Par ailleurs, les médecins ne pensaient pas disposer d'un matériel «adapté».

Médecin 3: « Audition, je fais avec un diapason ça m'arrive, et pour la vision je demande en fait, car je n'ai pas d'échelle 3-4 ans, ils ne disent pas, mais je n'ai pas d'échelle avec des animaux. Ça je n'ai pas (...) Mais il y a toute une partie sur l'audition et la vision que je ne remplis pas car je n'ai pas le matériel. Je fais avec ce que j'ai. Donc je ne fais pas tout, ce n'est pas complet. L'audiogramme je ne fais pas. La vision non plus. Je n'ai pas le matériel.».

D'autre part, le manque de temps et de pratique restaient les causes principales du défaut de réalisation de ces tests, évoquées par le Médecin 9 « *Je ne m'amuse même plus à leur faire faire les petits tests : voix chuchotée ou autre. On ne peut pas dire qu'avec nos moyens on soit cohérent dans les prises en charge de ce côté-là. Dépistage auditif avec les moyens que l'on a et le peu de pratique, c'est compliqué et peu cohérent. (..) Ce sont des choses que tu fais bien quand tu les pratiques régulièrement. Tu ne peux pas improviser avec un dépistage auditif tous les mois et dire que tu maîtrises. Comme tous les gestes il faut les pratiquer régulièrement pour être à l'aise.*».

Certains remettaient en question le dépistage de masse, ce d'autant qu'il est réalisé à 3-4 ans.

Médecin 4 : « Alors, on n'est pas systématique dans le sens ou on n'a pas d'appareil, donc ce que l'on va faire c'est plutôt un dépistage ciblé, non pas un dépistage systématique. ».

Médecin 10 : « A 3- 4 ans c'est déjà fait normalement sinon c'est déjà presque un peu tard. ».

Médecin 5 : « Non je ne réalise pas de dépistage auditif et visuel. En général pour le dépistage visuel, quant j'ai un doute à l'examen avant 9 mois au à 9 mois (..) En général je le fais avant deux ans. ».

En cas de doute ou d'éventuelles anomalies, les médecins interviewés orientaient les enfants vers les spécialistes, ORL et ophtalmologues.

Médecin 4: « On fait un dépistage ciblé, donc si on a des troubles du langage chez cet enfant-là, on va adresser à un ORL pour qu'il fasse un tympanogramme et éventuellement un audiogramme. ».

Médecin 8: « Après ça peut venir dans une conversation. A ce moment-là je recommande d'aller voir un ophtalmologue. Je crois que les ophtalmologues veulent les voir dès 6 mois. ».

Médecin 11 : « On oriente aussi à l'orthophoniste pour le langage. On a la chance de l'avoir pas loin et ça c'est pratique. On les adresse très facilement pour un bilan orthophonique. Dès que l'on a un doute sur la vision aussi on les oriente vers l'ophtalmologue de façon assez systématique, même sans antécédent à partir de 9 mois. Par contre je ne les oriente pas vers un ORL de façon systématique. »

Enfin le carnet de santé représentait, pour certains d'entre-deux un outil essentiel dans la prise en charge globale de l'enfant. Il était décrit spontanément par le médecin 4, comme un outil de lien entre les professionnels : «*Après aujourd'hui c'est le carnet de santé qui fait ce lien là.*».

Mais aussi comme outil de support au suivi de l'enfant.

Médecin 13: « Je remplis le carnet de santé aussi. Cela est très important. ».

Médecin 4 : « (...)que ce bilan des 3-4 ans soit déterminé pas qu'avec des pédiatres qui pondent ce qu'il faut mettre dans le carnet de santé. C'est un petit peu ça aujourd'hui un carnet de santé. Il faut se rapprocher de la réalité de notre pratique».

Le carnet de santé était aussi décrit comme un outil «repéré» par les parents. Ainsi le médecin 3 nous a dit:« *Et le carnet de santé quand même, les parents sont demandeur de cette visite à 3ans et 4ans. Ils demandent beaucoup, il faut que ça soit rempli pour eux.*»

3.4.2.3 Les parents: attentes, ressentis et visions de la santé de leurs enfants décrits par les médecins

Comme nous l'exposait le Médecin 3, les parents attendaient que les médecins généralistes réalisent une pratique préventive : poids taille, vaccinations : « ...Les parents sont demandeurs de cette visite à 3 ans et 4ans. Ils demandent beaucoup, il faut que ça soit rempli pour eux. Ils le demande. Ils veulent qu'on le fasse. On le fait mais on le fait à minima. ».

D'autre part, ils souhaitaient dans certaines situations, un conseil plus large, comme l'exprimait le Médecin 12 : « Après il y a certains enfants « fragiles » avec des terrains atopiques que je vois plus souvent. Eux par contre, oui je les vois plus souvent. Et les parents sont très demandeurs de conseils alimentaires, s'ils peuvent faire du sport, manger à la cantine. »

Cependant, certains médecins interrogés pensaient que les parents ne viendraient pas pour des consultations dédiées prévention.

Médecin 8: «...en général, les parents ne viennent pas que pour ça. En général, c'est lors de consultations pour des pathologies infectieuses qu'ils nous disent « tiens au fait Docteur, il n'entend pas bien, ou j'ai un doute sur sa vue car il se rapproche de la télévision ».

Dès lors que leur enfant atteint 3-4 ans, les parents semblaient moins inquiets et avoir moins d'attentes.

Médecin 12: « A 3-4 ans ils sont à l'école et les parents ont moins d'attente, ils sont moins inquiets car ils sont plus grands. ».

Le ressenti des parents semblait être également essentiel pour les médecins dans cette démarche préventive, notamment dans le cadre d'orientation vers les spécialistes :

Médecin 3: «...je demande donc aux parents si ça se passe bien, s'il n'y a pas de souci particulier... Les parents me disent voilà ce qui se passe, comment vont les choses. ».

Médecin 12: «Généralement ce sont les parents qui m'alertent. ».

Médecin 8: «Donc j'oriente à la demande des parents ou des instituteurs. Quand ils me disent : «il n'entend pas bien» ou «il nous fait répéter» j'oriente. Je fais attention aux troubles de l'élocution ou quand il s'exprime pas bien. Cependant en général les parents ne viennent pas que pour ça. ».

Médecin 4: «Généralement ce sont les parents qui m'alertent. (..) Là, s'ils l'abordent je recherche les antécédents(...)».

Certains médecins décrivaient également des parents démunis face à leur enfant.

Médecin 9: «Je trouve que les parents de nos jours sont vraiment pauvres intellectuellement dans la gestion de l'hygiène alimentaire de leur enfant. Je trouve que c'est une catastrophe. ».

Médecin 13:«C'est d'ailleurs très impressionnant le nombre de parents démunis face à l'éducation de leurs enfants. Dès le départ les enfants sont «épargnés» ce sont «des petits rois», il ne faut pas les frustrer. ».

Ce qui semblait compliquer la mise en place d'une démarche préventive adéquate:

Médecin 9: «Quand on te dit « je trouve qu'il est un peu costaud et que tu commences à aborder le sujet, tu te rends compte des tares des parents!! Ce n'est pas les enfants là! Alors tu leur expliques, et ils te répondent mais «on va pas les frustrer» !! Oui mais enfin ce sont quand-même les parents, faut pas rigoler quoi !!(..). Il faut laisser tomber dans ces cas-là, sinon tu ne ferais que t'attraper avec les parents ...Ils ne veulent pas l'entendre !! (..)La prochaine génération va être trop compliquée à gérer.»

Les médecins généralistes déclaraient pratiquer une démarche préventive en matière de vaccinations et de réalisation d'une biométrie régulière. Leur démarche ne dépendait pas de leur âge, leur sexe, ni même de leur modalité ou condition d'exercice.

Le suivi recommandé jusqu'à 24 mois permettait la réalisation de consultations fréquentes. Par la suite la population des 3-4 ans suivie par les médecins généralistes, semblait, dans notre étude, limitée aux consultations pour des pathologies aiguës.

Par ailleurs la part des 3-4 ans dans leur patientèle, était difficilement appréciable par les médecins.

Enfin les motifs de consultation à 3-4 ans étaient majoritairement curatifs.

3.4.3 La vision du bilan de santé des 3-4 ans par les médecins généralistes

Les médecins généralistes ne décrivaient pas de vision précise du bilan. L'organisation, les modalités de réalisation et le contenu du bilan pouvaient être méconnus.

Médecin 5: « A l'école je sais qu'ils font les dépistages auditifs et visuels, mais je ne sais pas qui le fait. La PMI peut-être et la médecine scolaire? ».

Médecin 8 : « Je connais uniquement parce que j'ai un petit garçon qui est passé en petite section et qui a eu droit à ce bilan en maternelle. (..) Après en ce qui concerne le matériel, je ne sais pas exactement ce que vous utilisez. ».

Médecin 10: « Le bilan de santé, mon fils vient de le faire. Ils regardent s'ils mangent bien, s'ils dorment bien. Ils font le poids, la taille et après je crois des tests visuels et auditifs. ».

Médecin 12: Houla!!! Alors j'ai un fils qui vient d'en bénéficier; ça va me sauver car je n'y connaissais pas grand chose avant. Je crois qu'il a eu un dépistage visuel, donc probablement avec des petite images, un dépistage auditif avec un casque. Il m'a raconté que c'était un casque dans lequel chantait un oiseau... (rire). On lui a montré des images aussi pour étudier sa prononciation et les phonèmes. On l'a pesé et mesuré. Voilà, je crois que c'est tout. Le médecin qui l'a réalisé a rempli son carnet de santé et un papier pour me dire que tout allait bien. ».

Médecin 11: « Qui y passe actuellement? Tu y vas toute seule? Pourquoi il faudrait organiser cette collaboration? ».

Certains médecins disaient ne rien en savoir comme le Médecin 10: « Rien du tout. Vraiment je n'en sais rien. Et je n'en ai aucune idée de qui fait quoi. Parfois je reçois des papiers, mais je ne les lis pas. Donc je n'en attends rien du tout. ».

Quand d'autres dépréciaient son évolution à l'instar du Médecin 9: « Je suis d'autant plus surpris car j'ai l'impression que ce c'est ce que l'on faisait il y a vingt ans, alors je ne connais pas bien la médecine scolaire, le nombre d'enfants par médecins, mais il me semble qu'il y a vingt ans on avait des visites et le carnet de santé était complété. Actuellement on ne les voit plus. ».

Parmi les médecins interrogés, les avis restaient partagés, certains allant jusqu'à une remise en question du bilan dans sa forme actuelle :

Médecin 9:« A vouloir prendre en charge tous les problèmes on néglige les gros problèmes! ».

Médecin 4: « Si on le fait en systématique à 3-4 ans on va trouver des choses. Si on fait un dépistage ophtalmologique, à cet âge, effectivement on va trouver des anomalies. Mais est-ce que c'est des anomalies embêtantes, ou est-ce qu'elles vont se corriger spontanément? Moi j'ai plutôt l'impression que dans mon recrutement de patients c'est plutôt quand il ya des petites anomalies, notamment je parle des troubles du comportement, c'est des choses la plupart du temps qui sans prise en charge spécifique, avec beaucoup de rassurance, vont évoluer spontanément favorablement. Je serais très embêté de devoir médicaliser quelque chose qui est de l'ordre du normal. ».

Médecin 10: « A 3- 4 ans c'est déjà fait normalement sinon c'est déjà presque un peu tard. ».

...Quand d'autres semblaient l'approuver:

Médecin 10: « Il est important ce bilan, c'est un dépistage de masse qui permet de ne pas passer au travers d'anomalies chez des enfants que l'on ne voit plus forcément. A 3-4 ans il y a un creux dans les consultations. ».

Médecin 7: «... D'ailleurs je ne sais pas car je ne sais pas s'ils sont très attentifs les enfants. J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de faux positifs, mais bon ça permet au moins de dépister. Mon fils par exemple, répondait à côté car il n'était pas concentré et du coup il a été détecté à tort. Je pense que ça arrive régulièrement mais ça a le mérite d'exister. ».

Par ailleurs, il semblait subsister une confusion entre le médecin scolaire dépendant de l'éducation nationale et le médecin de PMI dépendant du Département, et par conséquent de leurs missions respectives.

Médecin 9: « Après, la médecine scolaire, je n'ai pas la prétention d'en parler car je ne connais pas. ».

Médecin 12: « C'est le médecin scolaire qui les fait ces bilans, c'est ça? Comme pour le bilan des grandes sections de maternelle? Ou c'est la PMI? Je ne sais jamais. ».

Enfin, plusieurs médecins généralistes interrogés attendaient que ce bilan de santé soit réalisé par «les médecins des écoles».

Médecin 4: «Alors moi j'avais la notion en fait, que ce bilan de santé était systématique, et c'était la PMI qui le faisait. C'est souvent ce que je dis aux parents dans la mesure où à l'intérieur du carnet de santé on a un certain nombre d'éléments pour cette visite des 3 ans ou 4 ans».

Médecin 5: «... J'attends que la PMI et la médecine scolaire le réalisent. ».

Médecin 7: « Je sais que les enfants sont vus dans les écoles. Il y a le bilan qui permet de voir l'audition, la vision, le langage et puis après il y a le poids la taille. C'est le médecin scolaire qui fait ça et j'attends qu'il le fasse. ».

Médecin 1: « J'attends que vous le réalisiez dans les écoles, ... une collaboration entre nos deux services. ».

La vision du bilan ne semblait pas être influencée par l'âge ou le genre, ni même par le mode ou le lieu d'installation.

Le contenu, l'organisation et les modalités de réalisation du bilan étaient décrites par les médecins traitants de façon plus ou moins précise.

Certains médecins trouvaient un intérêt à la réalisation du bilan, quand d'autres le dépréciaient et le remettaient en question.

3.4.4 L'approche d'une collaboration inter-professionnelle

3.4.4.1 Concernant le bilan

Dans un premier temps, la majorité des médecins interrogés envisageaient de réaliser un dépistage de masse visuel et auditif en collaboration avec le service de PMI.

- Que ce soit pour diversifier leur activité:

Médecin 8: « Après c'est sûr que c'est très intéressant à faire. Moi ça m'intéresserait, c'est sûr. ».

Médecin 6 : « J'accepterais de les faire, c'est dans la continuité de la prise en charge de mes patients et puis ça ne doit pas durer très longtemps à faire. ».

Médecin 12: « En tout cas moi, cela m'intéresse. Cela peut diversifier mon activité. ».

Médecin 11: « On peut faire ce dépistage, ça ne représente pas beaucoup de temps. Moi ça m'intéresse de faire des consultations dédiées pour le dépistage. On le voit, on passe bien trop souvent de fois à côté d'anomalies qui deviennent définitives. ».

- Ou bien, pour ajouter une plus-value bénéfique à leur patientèle:

Médecin 8: « Je fais beaucoup de pédiatrie et on a énormément d'enfants que l'on envoie chez les ORL, pour des otites séreuses, des troubles auditifs sur otites séreuses avec indications de diabolos etc... C'est sûr que si on pouvait les dépister ça serait toujours un truc de plus. ».

La majorité restait donc volontaire pour réaliser le bilan de santé. Cependant certains médecins moins enclins à le réaliser, évoquaient plusieurs contraintes comme le manque de considération, mais aussi de temps.

Médecin 5: « Oui alors je vous coupe, nous, on ne va pas pouvoir faire tous ça!!! Hein!!! Ca passe vite les 3-4 ans, le temps passe vite. Voilà c'est ça!!! On n'a pas forcément le temps de les voir. Il faudrait s'organiser pour faire que ça, ou se faire aider dans ce cas là! Vous en PMI, vous avez le médecin de PMI, les infirmières PMI, c'est tout une équipe quand même!!! Nous, la réalité n'est pas la même!!! C'est tout à fait différent. Donc je n'ai pas envie de le faire, moi. C'est du temps en plus et encore ajouter quelque chose aux médecins! ... Bref, il faut arrêter de prendre les médecins généralistes de, excusez-moi l'expression, «bouche trou»!

Médecin 1: « A mon avis ca va être très dur! Parce que c'est rajouter quelque chose au travail des médecins généralistes qui sont déjà surbookés ! ».

Médecin 9: « Je crois qu'à l'heure actuelle, nous n'aurons pas de temps dédié pour faire ce dépistage. L'exercice en milieu rural, comme le mien, est très chronophage. ».

- Les freins à la mise en place de cette collaboration

Le manque de temps restait la contrainte la plus soulignée lors des entretiens.

- En effet, l'ajout d'une consultation dédiée compliquait les organisations et modes de fonctionnement

Médecin 13: « Je ne sais pas comment je pourrais absorber une tâche en plus. Je suis déjà surbooké. C'est dommage car cela m'intéresserait de pratiquer plus régulièrement de la prévention, mais je ne pourrai pas; par manque de temps. ».

Médecin 9: « (...)tout le temps que l'on consacre à faire autre chose que du soin on doit le rattraper le lendemain, le surlendemain ou le week-end. C'est toujours du temps en plus et on a de plus en plus de missions. Pour en revenir à la problématique de chez moi, on dit tout le temps qu'on manque de médecins en rural et on nous rajoute tout le temps des charges en plus. (...) . Cela devient ingérable. Pour en revenir à ta question, encore une charge de travail, où la mettre? Mes patients j'en fais quoi? ».

- D'autre part, ils décrivaient la consultation dédiée comme étant chronophage par rapport à une consultation dite ordinaire.

Médecin 8: « ça ne pourrait de toute façon en aucun cas rentrer dans les 15 minutes que nous avons pour faire la consultation. ».

Médecin 7: « Il ne faut pas non plus que j'y passe trop de temps ; ça prend du temps et on n'est pas toujours complètement disponible. ».

Dans un second temps, le manque de matériel «adapté» dans leur cabinet semblait être un frein important.

Médecin 7: « On n'est pas assez équipé pour effectuer ces dépistages, et pas formé sur ces dépistages. Si on me forme et qu'on me procure le matériel, je suis d'accord pour les faire. ».

Médecin 5: « Il faudrait une consultation dédiée à ça, et rien qu'à ça! Je n'ai pas le matériel! Vous, vous l'avez le matériel! C'est bien plus facile pour vous! Moi ça ne va m'entraîner que des contraintes en plus!!! ».

Médecin 4:« Alors, on n'est pas systématique dans le sens où on n'a pas d'appareil donc ce que l'on va faire, c'est plutôt un dépistage ciblé, non pas un dépistage systématique. ».

Par ailleurs, le manque d'information et de formation concernant le matériel utilisé restreint leurs possibilités.

Médecin 3: « Je serai intéressé par une formation et des conseils sur le matériel; ça, ça m'intéresse beaucoup, oui. ».

Médecin 1: « Après, moi personnellement, je ne les fais pas car je n'ai pas appris à les faire. Je n'ai jamais appris car j'étais en pédiatrie et pas en PMI. (...) Si on me présentait le matériel, j'accepterais de le faire! ».

Médecin 12: « Ensuite, je ne sais pas, pour le bilan en lui-même il faudrait déjà que l'on ait le matériel et que l'on nous forme dessus. Il faudrait que l'on nous conseille sur le matériel à acheter, le coût. Il faut qu'on l'utilise régulièrement aussi, ce matériel. ».

Médecin 13: « Il faut des conseils sur le matériel et une petite formation pour l'utiliser. Après je pense que ça pourrait rouler. ».

Enfin, l'aspect financier était décrit comme un frein important. En effet, le coût du matériel ainsi que sa rentabilisation ont été évoquées à plusieurs reprises.

Médecin 8: « Alors déjà le matériel, si on doit s'équiper et qu'il coûte 1500 euros évidemment c'est un frein. (..) Je suppose en plus que le matériel, notamment pour les tests visuels, ne doit pas être très onéreux...Ce sera un service rendu donc il va falloir y trouver un intérêt à l'amortissement. Donc si on n'a pas de bénéfice à cet achat, on ne va pas les réaliser. ».

Médecin 11: « Moi ça me plairait mais pas moi seul, il faut que mes collègues acceptent sinon ça sera trop cher et trop chronophage. ».

De même, les médecins s'interrogeaient sur la rémunération d'une consultation dédiée.

Médecin 8: « ... avec peut être un tarif adapté au dépistage? ».

- Les moyens nécessaires à mettre en œuvre

Dans l'optique d'une collaboration les médecins exposaient leurs attentes. Ils souhaitaient plus d'informations et imaginaient un protocole commun.

Comme le Médecin 3, certains médecins généralistes interrogés, décrivaient une pratique des tests réalisés selon eux de façon «informelle».

Médecin 3: « Je pense que les médecins le font déjà mais pas de façon protocolaire; ils le font de façon informelle et il y a certains examens que l'on ne fait pas faute de matériel ou de savoir-faire. ».

Les Médecins 3 et 7 souhaitaient la construction d'un protocole afin de définir précisément les actes du dépistage de masse.

Médecin 3: « Je pense qu'il faudrait quelque chose d'assez protocolaire ... donc, déjà un protocole qui soit un peu le même pour tout le monde et qui soit validé. ».

Médecin 7: « Il faut aussi un protocole pour faire un dépistage de masse. ».

De même, ils semblaient s'inquiéter de sa mise en œuvre et de sa crédibilité. En effet, le manque d'informations et l'absence d'une politique commune les freinaient. En d'autres termes, ils souhaitaient une homogénéisation de la pratique et une information claire délivrée aux médecins généralistes.

Médecin 3: « Donc, déjà un protocole qui soit un peu le même pour tout le monde et qui soit validé. ».

Médecin 4: « Oui, mais il faudrait que ce soit très clarifié. Ce n'est plus que le médecin des patients qui parle, mais le médecin dans le système de santé publique. Il faut que ce soit clair, c'est-à-dire que ce soit annoncé: « Vous avez un bilan des 3-4 ans qui peut être fait chez votre médecin généraliste. »; et que ce bilan des 3-4 ans soit déterminé pas qu'avec des pédiatres qui

pondent ce qu'il faut mettre dans le carnet de santé. C'est un petit peu ça aujourd'hui un carnet de santé. Il faut se rapprocher de la réalité de notre pratique.».

Médecin 12: « Il faut clarifier la situation avec les médecins généralistes et leur dire clairement ce qu'ils doivent faire, faire un protocole et annoncer clairement aux parents et aux médecins pourquoi il faut le faire.

De ce constat, les médecins imaginaient certaines propositions. Ils souhaitaient une réflexion pluridisciplinaire pour mettre en place ce protocole, ainsi que la prise en compte de leur avis et de leurs conditions d'exercice.

Médecin 4:« Mais que ce truc à remplir ne soit pas déterminé que par des pédiatres ou des médecins de PMI. Il faut qu'il soit déterminé en accord avec les médecins généralistes. Parce que nous, ce qu'on aborde avec les parents dans ces consultations là, ce n'est pas dicté par une espèce de guide. C'est plus une ouverture, c'est des dynamiques familiales. On est des médecins généralistes, on est dans la santé globale du patient.».

Médecin 7: «Il le faut pour que l'on soit sur la même pratique tous ensembles. On peut mettre en place le protocole, ou que vous l'établissiez et vous me demandez mon avis pour voir s'il y a des choses omises, on en discute et on le diffuse pour mettre la chose en place.».

De plus, la création d'un certificat à 3-4 ans a été envisagée dans la continuité de ceux du 8ème jour, 9ème mois et du 24ème mois.

Médecin 4 : « Cette fiche -là qui est à compléter dans le carnet de santé, si on en fait un examen de dépistage systématique, en fait, il faut qu'on ait un petit peu plus, comme des choses à rendre ou envoyer, comme sur l'examen systématique des 24 mois et des 9 mois. Quelque chose à remplir, d'officiel.».

Par ailleurs, les parents sont les acteurs principaux de la santé de leurs enfants. Certains médecins envisagent de les convier au bilan.

Médecin 9: « Il faut également convoquer les parents, avec des sessions organisées. Par exemple un mercredi par mois elles tournent sur les différentes maisons médicales.».

D'autre part, se greffait à cette problématique la question de l'expérience. Comme l'exprimait le médecin 9, seule une pratique régulière garantit la bonne réalisation du bilan: « *Ce sont des choses que tu fais bien quand tu les pratiques régulièrement. Tu ne peux pas improviser avec un dépistage auditif tous les mois et dire que tu maîtrises.».*

Enfin, la question du matériel déjà évoquée dans les freins, apparaît à nouveau dans l'optique d'une collaboration. En effet la nécessité d'une information sur le matériel utilisé ainsi que sur son coût, et d'une formation sur les modalités d'utilisation, étaient les premières attentes décrites.

Médecin 3: « Je serais intéressé par une formation et des conseils sur le matériel; ça ça m'intéresse beaucoup oui.».

Médecin 6: «On pourrait organiser une collaboration assez simplement. Je pense qu'il suffit que je me renseigne sur les tests à réaliser, mais il restera le problème du matériel. Il faut m'aider à m'équiper, me montrer et ça sera bon.».

Médecin 11: « Après, si on avait le matériel et que l'on nous formait à ce matériel, avec quatre médecins et un interne en médecine, bien évidemment que l'on pourrait imaginer une collaboration afin de réaliser le dépistage de masse. ».

- Faisabilité/organisation au cabinet :

Concernant la possibilité d'effectuer ce bilan, plusieurs des médecins interviewés proposaient de dédier plusieurs demi-journées au dépistage.

Médecin 1: « Donc c'est une consultation ciblée, donc que ça dure 10 minutes ce n'est pas un problème. Donc je serais d'accord pour mettre en place une consultation ciblée, avec les parents pour les 3-4 ans. ».

Médecin 7: « ça serait bien... Moi je veux bien les voir sur une consultation dédiée sur une demi-journée par mois, voire une journée. ».

De même, d'autres envisageaient la possibilité de déléguer la réalisation à un autre professionnel (infirmières, internes, orthoptistes).

Médecin 2: « Et d'autant plus qu'ils peuvent être faits par d'autres personnes que les médecins généralistes, des auxiliaires médicales, des infirmières!!! Il y a des métiers à réinventer! (Soupir) de toutes façons il va bien falloir!!! (Éclat de rire). ».

Médecin 9: « Par conséquent il faudrait l'organiser avec du personnel paramédical formé. A mon avis ça ne relève pas de personnel médical, au même titre que l'orthoptie n'est pas réalisé par l'ORL, mais par des techniciennes. Il faudrait donc que ce soit, soit une technicienne, soit un paramédical formé. ».

Médecin 10: « On peut le faire, on a des internes en médecine générale tous les semestres donc on peut très bien envisager de faire des plages de consultations dédiées au sein de la maison médicale avec un nouveau matériel. ».

Le Médecin 9 a même été jusqu'à évoquer le prêt de locaux: *« Par contre on peut envisager de dédier une infirmière du cabinet si elle est intéressée, ou une infirmière de la PMI peut venir et elle aura les locaux. ».*

La majorité des médecins interrogés semblaient favorables à une collaboration pour la réalisation du bilan de santé des 3-4 ans.

Cependant de nombreux freins étaient évoqués comme le manque de temps, la complexité d'organiser une consultation dédiée, mais aussi le coût et la rentabilité d'un matériel « adapté ».

Les médecins interrogés envisageaient la réalisation d'un protocole commun. Ce protocole, issu d'une réflexion pluri-professionnelle, permettrait d'homogénéiser les pratiques.

3.3.4.2 La collaboration entre service de PMI et médecine générale

Tout d'abord, le manque de communication entre professionnels avait pour conséquence une collaboration quasi inexistante pour la plupart des médecins.

Médecin1: « ... mais de toutes façons il faudrait une collaboration plus régulière sur plein de sujets. Voilà.... Non, mais y a des patients que vous suivez et qu'on suit pour lesquels ont est inquiet, et ... aucune communication!...C'est catastrophique quoi! Voilà où on en est arrivé ! Aucune communication!».

Lorsqu'elle existait, cette collaboration s'appliquait à suivre les populations à «risques»,

Médecin 3: « On s'appelle pour le suivi des enfants qui posent problème.».

Médecin 4: « Oui, on a des liens avec la PMI, surtout pour les enfants que l'on suit et qui posent problème. Sinon les enfants qui vont bien et qui sont suivis à la PMI, il n'y a pas besoin d'une grosse coordination.».

...et était principalement axée sur une communication téléphonique.

Médecin 7: « On s'appelait facilement. Cependant je ne doute pas, que même actuellement je peux l'appeler.».

Médecin 9: « Maintenant on sait prendre le téléphone et faire du lien sur des situations que nous avons en commun et qui nous inquiètent. C'est tout bête il faut se téléphoner et faire cet effort. La différence c'est qu'il faut que ça marche dans les deux sens.».

Le carnet de santé était l'outil de liens entre les différents professionnels.

Médecin 4: «... Après, aujourd'hui c'est le carnet de santé qui fait ce lien là».

L'échantillon interrogé proposait plusieurs axes de réflexion afin d'améliorer cette collaboration, par exemple une rencontre de visu et/ou des contacts plus réguliers,

Médecin 3: « Je souhaiterais qu'on se rencontre tous de visu. On peut améliorer les liens, pour mieux se connaître et se reconnaître. Et puis voilà, si on nous donne des «tâches» comme les dépistages ça nous permettra de mieux communiquer.».

Médecin 13: « Peut- être qu'il sera opportun de se rencontrer de visu, ça faciliterait la communication.».

...Ou également par la création d'une boîte mail avec adresse sécurisée qui permettrait d'améliorer les échanges,

Médecin 4:« Mais nous actuellement on a un logiciel pluri-professionnel; si tout le monde implémente la dedans, si c'est le DMP c'est le DMP, ça c'est le lien de connaissance que l'enfant a eu un examen à la PMI.».

Médecin 6: « Alors peut être par mail. On pourrait s'interroger, ou alerter, par mail. On pourrait lui faire passer les courriers des enfants que l'on suit. Je ne l'ai pas le mail du médecin. Je ne sais pas, peut être qu'il n'y a pas de boîte mail sécurisée?».

Médecin 13: « On devra peut-être avoir un boîte mail sécurisée pour échanger. Tout le monde sait que cela est plus facile d'échanger par mail. Moi, mes mails, je les regarde à n'importe quelle heure, alors que le téléphone ... on appelle plus passée une certaine heure. ».

...Ou encore via une correspondance écrite.

Médecin 1: « Je ne sais pas, les autres spécialistes il y a des courriers! On ne reçoit jamais de courrier de la PMI. Avec tous les spécialistes on a des courriers! Jamais reçu de courrier de la PMI. ».

Enfin, selon le médecin, le désir de travailler en collaboration n'était pas le même.

Médecin 3: « Oui, régulièrement même avant votre arrivée. L'ancien médecin aussi souhaitait des liens et nous avons construit un projet de prévention qui concernait les 7 ans et plus, mais ça n'a jamais pu se faire. ».

Médecin 9: « Jusqu'avant ton arrivée il n'y en avait pas. ».

Médecin 10: « D'ailleurs auparavant on n'avait pas de lien sur le secteur avec la PMI mais ça va changer avec ton arrivée!! On va pouvoir unir nos forces pour aider nos familles en difficultés ».

Médecin 12: « Non ou très peu. Cela est dû au fait que l'ancien médecin est parti, et qu'il y'a eu une vacance de poste. Maintenant je sais que c'est vous. C'est dommage que vous n'ayez pas prévenu de votre arrivée, mais je suppose que vous avez une charge de travail très importante, c'est pour cela. ».

Cependant, certains médecins étaient très opposés à une éventuelle collaboration.

Médecin 2: « Non aucun!! Je ne sais même pas où elle est située (éclat de rire). Et je ne vois pas l'utilité d'en avoir. ».

Médecin 5: « Non, ou très peu. Et je n'en souhaite pas (Éclat de rire). Je ne sais pas, pourquoi en aurait-on? Je ne sais pas. La PMI c'est quelque chose de tout à fait indépendant! Il y'a des enfants qui viennent vous voir à la PMI, mais faut pas se leurrer c'est parce que c'est gratuit! Il y en a d'autres qui vont voir le pédiatre, car ils n'ont pas confiance en nous, et puis il y a ceux que l'on suit avec leurs parents. C'est indépendant! Chacun fait ce qu'il veut et chacun son métier! Aucune utilité à ce lien! On fait la même chose. ».

Les médecins interviewés déplorait majoritairement le manque de communication entre professionnels de PMI et médecins généralistes.

Celle-ci était décrite comme quasi inexistante et aurait pu être améliorée par une rencontre de visu, la création d'une boîte mail sécurisée, ou encore l'échange régulier de courriers.

On constatait que le mode d'installation influence leurs réponses. En effet, la collaboration semble plus compliquée lorsque le médecin exerce seul dans un cabinet sans secrétariat.

3.4.5 L'environnement professionnel du médecin généraliste.

Le mode d'installation semblait avoir des conséquences sur la réalisation de consultations «prévention».

Médecin 2: « D'autant plus que mon installation ne favorise pas le dépistage. ».

Médecin 11: « Moi ça me plairait, mais pas moi seul, il faut que mes collègues acceptent sinon ça sera trop cher et trop chronophage. ».

Médecin 13: « On n'exerce pas tous de la même manière. Il faut tenir compte de l'environnement et du mode d'installation du médecin généraliste. Comme vous l'imaginez je suis seul, donc je gère tout seul. Je ne sais pas comment je pourrais absorber une tâche en plus. Je suis déjà surbooké. C'est dommage car cela m'intéresserait de pratiquer plus régulièrement de la prévention, mais je ne pourrai pas; par manque de temps. ».

Travailler en groupe, semblait faciliter la collaboration et la réalisation du bilan.

- conséquence d'une meilleure organisation,

Médecin 3: « Et l'exercice en maison médicale permet de partager le matériel aussi, donc équiper un médecin c'est équiper la maison médicale donc ça favorise l'activité en prévention. De toutes façons ici on est trois médecins, y a un podologue, donc on «passe la tête» et on demande un avis; on peut aussi avoir un orthophoniste, une infirmière. Surtout s'il y a un audiogramme, faire ça peut se déléguer aussi. ».

Médecin 5: «Ah oui, dans les maisons médicales c'est plus simple! On peut déléguer quelqu'un pour faire ça, ou même faire différemment: des demi- journée dédiées! Mais là c'est plus facile, on est à plusieurs. ».

- Et d'une meilleure rentabilisation du matériel.

Médecin 8: « (...) Ce sera un service rendu donc il va falloir y trouver un intérêt à l'amortissement. Donc si on n'a pas de bénéfice à cet achat, on ne va pas les réaliser. C'est donnant/donnant presque, j'ai envie de dire. On ne va pas juste rendre encore un service de plus si on en a aucun intérêt. ».

S'agissant des médecins exerçant seuls, l'isolement et la surcharge de travail compliquaient la collaboration.

Médecin 13: « Il faut tenir compte de l'environnement et du mode d'installation du médecin généraliste. Comme vous l'imaginez je suis seul, donc je gère tout seul. Je ne sais pas comment je pourrai absorber une tâche en plus. Je suis déjà surbooké. C'est dommage car cela m'intéresserait de pratiquer plus régulièrement de la prévention, mais je ne pourrai pas; par manque de temps. ».

Enfin, certains médecins déploraient les choix politiques actuels et considéraient que le médecin généraliste était en passe de devenir une entité négligeable. Pour eux la Médecine Générale était vouée à disparaître.

Médecin 2: « D'ici quelques années, des médecins généralistes, il n'y en aura plus! La médecine libérale, pour moi, elle est morte.

Pour moi, pour la médecine libérale, les jours sont comptés! 10 ans maximum! On ne fait rien pour aider les médecins généralistes, pour qu'ils s'installent, pour les aider. Au contraire on fait tout pour les dégouter. On à l'impression que tout ce qui est fait au niveau politique est fait pour supprimer la médecine libérale! C'est volontairement que les politiques insufflent à la population, que le médecin est une quantité négligeable! Bon et bien c'est comme ça!».

Le mode d'installation semblait influencer sur la qualité de la collaboration.

Les médecins interrogés exerçant en maison médicale se décrivaient plus réceptifs à l'idée de réaliser le bilan de santé des 3-4 ans au sein de leurs structures.

En effet, la plupart des médecins interviewés exerçant seuls ne pouvaient pas ajouter à leur pratique la réalisation de ce dépistage de masse.

Pour des raisons d'organisation et d'amortissement du matériel, les médecins en maison médicale semblaient plus enclins à collaborer. Cette variable n'est pas influencée par l'âge ou le sexe.

IV. DISCUSSION

4.1 DISCUSSION AU SUJET DE LA METHODE

4.1.1 Le choix de l'étude qualitative

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative transversale afin de répondre à la question de recherche.

Le choix de la méthode d'analyse qualitative se justifie en raison de la nature de la question de recherche. Celle-ci étudie les questions complexes et la recherche d'hypothèses.

Notre objectif étant de décrire les attentes et représentations des médecins généralistes en matière de prévention chez les 3-4 ans, il était nécessaire de recueillir les attitudes et préférences personnelles²⁵. Nous cherchions également à étudier les liens entre les individus et les articulations entre eux.

Cette méthode est appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer²⁷. L'écoute et la forme ouverte d'une discussion en face à face sont idéales pour permettre aux participants d'exprimer leur avis, leurs représentations sur un thème²⁷.

Une étude transversale vise à décrire l'état ou l'état d'esprit d'une population à un moment donné. On parle de «cliché» d'une population car les sujets inclus ne sont pas suivis dans le temps²⁸.

Le choix de l'étude paraissait donc adapté à la question de recherche.

4.1.2 L'échantillon

Nous avons choisi de réaliser l'enquête sur la partie «Sud Gironde» du département. Elle regroupe une démographie médicale suffisante et diversifiée (rural, semi urbain et urbain)²⁹.

A noter qu'un secteur rural, tel que le définit l'INSEE: «regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine» (...) « Les villes et agglomérations urbaines, désignées aussi sous le terme d'unités urbaines, dont la délimitation est fondée sur le seul critère de continuité d'habitat, peuvent être constituées d'une ou plusieurs communes dont la population compte au moins 2000 habitants.»²⁴.

Par ailleurs il s'agit également mon bassin d'exercice. Il me sera donc plus aisé de poursuivre les réflexions envisagées.

Le nombre d'interviewés est, dans les études qualitatives, décidé au fur et à mesure de l'étude. En effet, la représentativité n'étant pas l'objectif il n'est donc nul besoin d'un nombre minimum de participants. Nous avons recherché l'exemplarité, chaque participant représentant une perspective plutôt qu'une population.

L'échantillonnage théorique par variation maximale a permis de garantir «l'exemplarité». Celui-ci est le plus pertinent lors de la réalisation d'une étude par théorisation ancrée (Grounded Theory). Il permet une analyse par comparaison constante.

Le but de ce type d'échantillonnage n'étant pas d'être représentatif de la population source mais au contraire d'assurer une grande diversité au sein de l'échantillonnage.

Nous recherchons «l'exemplarité», c'est-à-dire que chaque participant représente une «perspective».

L'échantillonnage théorique est « un processus de collecte de données, en vue de la formulation d'une théorie. Grâce à cette dernière le chercheur mène simultanément les opérations de collecte, de codification et d'analyse. Le but est de décider de l'orientation à donner à la collecte des données pour guider la formulation de la théorie émergente»²⁶.

Celui-ci est le plus pertinent lors de la réalisation d'une étude par méthode hypothético-inductive ou GT (Grounded Theory). Il permet une analyse par comparaison constante.

Cependant, huit des treize médecins interrogés exerçaient en groupe. Parmi eux, six exerçaient en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

Arrivés à saturation des données au 9^{ème} entretien, nous avons poursuivi les interviews afin de maintenir une diversité. Pour cela, nous avons tenté de rencontrer de nouveaux médecins en axant les recherches auprès de médecins exerçant seuls ou en groupe. Durant cette démarche, nous avons été confrontés à de nombreux refus, notamment de la part des médecins exerçant seuls. Trop chronophage, et incompatible avec leur organisation, ces médecins ne nous ont pas donné la possibilité de les interviewer. Deux médecins travaillant seuls et un médecin installé en groupe ont cependant accepté de participer mais leurs réponses n'ont pas apporté de nouvel élément.

4.1.3 Le recueil des données

Nous avons contacté les treize médecins généralistes via un appel téléphonique. Le choix du lieu d'entretien proposé a été leur cabinet de consultation. Leur lieu d'exercice semblait être le plus approprié pour ne pas modifier leur organisation et leur garantir un confort.

Un seul des médecins contactés n'a pas honoré le rendez-vous fixé. A l'heure actuelle aucune explication ne nous a été fournie concernant les raisons de ce rendez-vous manqué.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs individuels. Ceux-ci permettent aux médecins interrogés de se sentir plus à l'aise pour aborder les raisons de leurs choix; notamment les raisons d'ordre privé et les expériences négativement perçues. Cette méthode est particulièrement pertinente lorsque l'on souhaite analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et mettre en évidence les systèmes de valeurs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent²⁵.

Le contrat de communication énoncé lors de l'appel téléphonique et au début de chaque entretien, définit ma posture de chercheur. Il permet également une mise en confiance de la personne rencontrée. Celui-ci, imprécis, a évolué au fil des entretiens. Ma posture a évolué de thésarde en médecine générale, à thésarde en médecine générale exerçant en PMI. Cette nouvelle posture aurait pu influencer le discours libre ou la pensée des interviewés.

L'utilisation du guide d'entretien, dont les thèmes ne sont pas abordés dans l'ordre, a permis de garder une trame commune, sans omettre les sujets importants à aborder, ceci afin de ne pas influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole. L'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant

dans le thème ³⁰. Nous avons adopté une posture ouverte et bienveillante, sans conseil ni jugement. Par ailleurs, nous avons testé le guide d'entretien sur les deux premiers entretiens.

Les médecins généralistes interrogés avaient tous réservé une plage horaire spécifique d'une durée de quinze minutes pour les entretiens. Le temps réservé était donc limité. Les entretiens ont eu lieu soit avant le début des consultations, soit à la pause déjeuner, ou encore en début d'après-midi pour ne pas perturber leur organisation. Certaines informations ont pu ne pas être données par les médecins par manque de temps. Le manque de temps a pu être à l'origine d'un biais d'information.

Par ailleurs, certains ont été interrompus. Il s'agissait principalement d'appels téléphoniques, d'autant plus fréquents que le médecin n'avait pas de secrétariat. Cela a pu altérer la fluidité de l'échange et occasionner un biais d'information.

Il a été décidé de réaliser un enregistrement audio avec retranscription écrite du verbatim. L'enregistrement audio ne permettait pas de recueillir les aspects non verbaux de la communication. Grâce à l'ajout de notes personnelles sur des aspects de la communication non verbale mis en évidence lors des entretiens (hésitation, haussement de voix, rires, etc.), la perte d'informations peut être considérée négligeable. Cependant, elle aurait pu être réduite par l'ajout d'un enregistrement vidéo ou d'un observateur direct en plus du thésard. Le choix a été fait de ne pas filmer et de ne pas adjoindre un observateur direct pour ne pas occasionner de gêne chez les médecins lors des entretiens. Le recueil des données par enregistrement audio seul et la retranscription ont pu être à l'origine d'un biais d'information.

La technique d'entretien nécessite de l'expérience afin d'utiliser les relances adaptées, de rester neutre et de ne pas se laisser déstabiliser par la tournure de certains entretiens. Le guide d'entretien composé d'une question ouverte et de thèmes de relance avait pour but de libérer le discours des médecins interrogés. En effet, les questions, bien que préparées, n'étaient pas abordées les unes après les autres mais plutôt en fonction de l'orientation du discours des interviewés. Le désir de confirmation des hypothèses et le manque d'expérience, ont pu cependant influencer les réponses des interviewés, entraînant un biais de désirabilité.

4.1.4 L'analyse du recueil des données

Les entretiens ont été retranscrits de la façon la plus fidèle possible. L'utilisation d'un dictaphone associée à la prise de note ont permis le recueil détaillé de données brutes.

La méthodologie par théorisation ancrée a été respectée. L'utilisation du logiciel de référence NVIVO a permis un maniement fluide sans perte de données pour le codage ouvert, puis axial, et la construction de l'arbre thématique.

L'organisation des résultats s'est faite de manière inductive suite à la construction de l'arbre à partir des données.

Cependant, malgré le respect de cette méthodologie rigoureuse, les thèmes abordés par les médecins généralistes sont très proches de ceux envisagés par la chercheuse, et seul peu de divergences ont été découvertes. Le manque d'expérience a pu influencer et induire des

réponses chez les interviewés, rendant la méthode déductive plutôt qu'inductive. Ce phénomène aurait pu être évité par la multiplication des entretiens.

Par ailleurs, comme mentionné plus haut, les entretiens ont été de courte durée (entre huit et treize minutes), et nous avons donc peut-être manqué de temps pour obtenir des données plus exhaustives. Afin de limiter ce biais, nous aurions pu envisager de réserver deux plages horaires sur leur planning de consultation, mais cela aurait nécessité un financement, que nous n'avions pas initialement prévu.

4.2 DISCUSSION DES RESULTATS

4.2.1 Une pratique préventive de la médecine générale

Les médecins généralistes interrogés déclaraient tous pratiquer une démarche préventive auprès des jeunes enfants. Si certains médecins réalisaient uniquement les vaccinations et une biométrie régulière d'autres y ajoutaient l'observation du comportement de l'enfant, la mise en place d'un état des lieux orthopédique, ou encore la réalisation de tests de langage au moyen de petits imagiers.

Dans notre étude, les conditions d'exercice, le sexe et l'âge n'ont eu aucune influence sur leurs réponses.

Concernant les conditions d'exercice, nous pourrions supposer que l'exercice en groupe favorise une démarche préventive de part une facilité de collaboration et d'échange entre professionnels médicaux et paramédicaux.

L'étude menée par l'INPES auprès des médecins généralistes en 2009 ³¹ corrobore ces informations. « Les médecins généralistes travaillant en groupe déclarent être plus ouverts vers l'extérieur, plus sensibilisés à la pratique de la vaccination, qu'ils effectuent d'ailleurs plus souvent pour eux-mêmes. Cependant, les autres pratiques de prévention ne paraissent pas significativement plus développées en groupe, que le cabinet soit mono ou pluri-professionnel.»

Les résultats de cette étude peuvent être discutés et la littérature, notamment anglo-saxonne, sur le regroupement ³²⁻³⁴ montre que la qualité des soins dans les groupes est fonction de l'environnement dans lequel ils s'inscrivent (caractéristiques de la population couverte, niveau de concurrence), de la structure organisationnelle (taille, composition professionnelle, modalité de partage des charges et/ou des revenus), de la culture et des valeurs développées par les membres au sein du groupe (style de management, processus de prise de décision, confiance entre les membres, autonomie professionnelle, rôle de l'innovation et des démarches qualité).

De plus, cette même étude nous informe que les médecins généralistes exerçant en groupe ont une activité hebdomadaire globale identique mais répartie différemment. Ils concentrent leur activité en réalisant plus d'actes par jour travaillé mais en consacrant moins de jour ou de demi-journée à leur activité libérale.

Enfin, ils semblent s'impliquer plus fréquemment dans les activités de formation, que ce soit comme formateur ou pour suivre eux-mêmes une formation tant dans le cadre de la formation médicale continue (FMC) que de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Face à toutes ces constatations, nous pouvons envisager que l'exercice médical en groupe pourrait faciliter la démarche préventive mais aussi une collaboration interprofessionnelle.

Dans notre étude, le sexe et l'âge des médecins généralistes n'influençaient pas leur démarche préventive.

Des résultats différents ont été retrouvés dans d'autres travaux, comme la thèse de Denis Elchardus³⁵: « Les médecins généralistes de moins de 40 ans, semblaient avoir reçu une meilleure formation sur le service de PMI. ».

Or une meilleure connaissance des missions et des services de PMI, pourrait simplifier le contact, et faciliter la réalisation d'actes préventifs.

Si les médecins généralistes interrogés déclaraient tous une pratique préventive, leur pratique chez les moins de six ans restait principalement axée sur le curatif.

De plus l'organisation des soins de santé primaire en France, ne contribue pas à positionner le médecin généraliste au centre de la démarche préventive.

Comme a pu l'évoquer le Professeur Gay³⁶ «La médecine générale est la spécialité clinique dédiée aux soins de santé primaires. (...) Pour concrétiser le renforcement des soins de santé primaires, des évolutions structurelles sont indispensables : réorienter les études médicales vers les soins primaires ; développer la recherche en soins primaires ; favoriser le travail coopératif des professionnels de santé ; faciliter l'exercice quotidien des acteurs de terrain ; diversifier les modes de rémunération ; proposer aux patients un mode d'emploi des soins de santé primaires.(...) Le renforcement du rôle de la médecine générale et sa reconnaissance sociétale sont les étapes nécessaires à ce changement.»

Par ailleurs, le rapport Druais²² de mars 2015, propose également de multiples pistes afin de redéfinir la place et le rôle de la Médecine Générale dans le système de santé. Notamment la hiérarchisation des recours du système de santé. Mais aussi un parcours de soin identifié et respecté par les professionnels et les institutions.

Le système de soin français ne favorise donc pas un exercice de la médecine préventive. Dès lors, il est nécessaire d'envisager une réorganisation des soins et des formations.

Les médecins généralistes de notre étude, se plaçaient pourtant en acteur «pivot» de cette démarche préventive. C'est pourquoi, la majorité des médecins généralistes se disait pour cette collaboration en matière de dépistage.

Cependant, comme nous l'explique l'étude de l'INPES³¹, passer d'un modèle centré sur le curatif à un modèle prenant mieux en compte les aspects préventifs, puis à un modèle de promotion de la santé reste une tâche complexe.

Il est difficile d'inscrire les pratiques de prévention dans une démarche professionnelle plus « naturelle », « qui se construit au fil des consultations », alors même que la formation médicale est surtout centrée sur les pratiques curatives. Cette évolution doit être facilitée et accompagnée pour permettre des changements de pratiques.

Prenons exemple sur nos confrères européens et québécois. Plusieurs pays ont développé des organisations et des ressources spécifiques pour faciliter ce changement. Par exemple, la stratégie de prévention développée au Québec depuis le début des années 2000 prévoit l'intégration des pratiques cliniques préventives dans l'exercice des médecins généralistes³⁷. Cette approche repose sur le repérage de stratégies de prévention efficaces, sur une priorisation des thèmes de prévention, sur l'élaboration de guides de bonnes pratiques et sur la mise à disposition des médecins de ressources pour la formation des professionnels³⁸, pour l'information des personnes et pour l'animation de séances éducatives sur de nombreux thèmes³⁹.

En Belgique, des médecins généralistes s'appuient sur des « maisons médicales » pluridisciplinaires et expliquent intégrer la promotion de la santé dans leurs pratiques quotidiennes⁴⁰.

Au cours des Journées de la prévention en 2009, l'INPES a organisé une session consacrée aux apports internationaux sur les modèles et pratiques en éducation du patient, à travers quatre axes de réflexion : les besoins des patients, les compétences des intervenants, les acteurs et leurs pratiques et, enfin, l'adéquation entre l'offre éducative et les besoins des patients. Les éclairages apportés au cours de cette session plaident pour une logique de développement de ces pratiques en France, qui s'appuie sur une diversité de modèles et d'approches⁴¹.

Pour développer la pratique préventive en médecine générale des moyens ont été imaginés tel que la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Cependant le système de soin français actuel est encore principalement tourné vers une médecine curative, et l'organisation du temps de travail des médecins généralistes, notamment en zones rurales et parfois sous-dotées, ne leur permet pas de développer autant qu'ils le souhaiteraient cette approche. Dans ce contexte les MSP, par leur organisation différente, pourraient jouer un rôle en développant la coordination des soins et le partage pluridisciplinaire des tâches.

4.2.2 La vision du bilan de santé des 3-4 ans

Si les médecins traitants s'investissaient dans une démarche préventive, leur vision du bilan de santé des 3-4 ans, restait quant à elle peu précise. Le contenu du bilan, l'organisation et les modalités de réalisation de celui-ci n'était pas décrite précisément.

Dans notre étude, cette vision n'est pas influencée par l'âge, le sexe ou les caractéristiques d'exercice du médecin généraliste.

Nous pouvons alors nous questionner quant à cette réalité.

Dans sa thèse Laurine Duffour⁴, met en évidence qu'il existe une méconnaissance des médecins généralistes vis-à-vis du service de PMI, et qu'il peut persister un sentiment de concurrence.

Un travail d'information et de formation semble nécessaire. Cette information doit être faite auprès des médecins généralistes, et des étudiants en médecine générale sur l'action «pratique» du service de PMI.

L'accent est, pour l'instant mis sur la formation initiale par les stages pratiques proposés aux internes dans le service de PMI. Les internes ont accès aux consultations infantiles, mais suivent également les puéricultrices, les sages-femmes et participent aux réunions d'agrément des assistantes maternelle. Par ailleurs, des stages de formation de 6 mois, validant le pôle mère-enfant, essentiel à la validation du D.E.S de médecine générale, sont également organisés.

D'ailleurs, dans le cadre du projet de loi en cours⁴², un des souhaits est le renforcement de la formation pédiatrique des médecins généralistes qui prendra la forme de stage obligatoire (pédiatrie hospitalière, pédiatrie ambulatoire protection maternelle et infantile..), pour les internes de médecine générale.

Par ailleurs, les pédiatres libéraux et les médecins de PMI organisent des formations communes. Celles-ci ont permis l'acquisition d'un respect mutuel et d'une connaissance mutuelle. Nous pourrions envisager que ces formations soient ouvertes également aux médecins généralistes et aux professionnels libéraux.

Certains médecins généralistes remettaient même en question ce bilan, de par sa réalisation trop tardive, mais aussi par le fait que dépister à grand échelle permet de trouver des anomalies qui pourrait rentrer dans l'ordre sans les médicaliser.

Dans notre étude, tout comme dans la thèse de Julie Jeguoic-Meunier⁴³ sur le dépistage des anomalies visuelle des enfants de 0 à 2 ans chez les médecins généralistes de Gironde; la majorité des médecins généralistes réalisent un dépistage. Cependant, les recommandations HAS sont dans l'ensemble peu appliquées.

Dans son rapport « dépistage individuel chez les enfants de 28 jours à 6 ans...»⁹ la HAS propose un panel important de tests de dépistage. Si les médecins de PMI en charge du bilan de santé des 3-4 ans les utilisent en grande partie, il convient de se poser la question pourquoi ces tests ne sont-ils pas utilisés par les médecins généralistes?

Comme évoqué dans notre étude, Julie Jeguoic-Meunier met en évidence que les freins principaux à l'application des recommandations semblent être un manque de formation dans l'utilisation du matériel spécifique et un manque de temps.

Afin d'améliorer la qualité du dépistage, il paraît nécessaire de compléter la formation continue des médecins généralistes dans ce domaine. Nous pouvons imaginer l'organisation d'une formation au sein du Département, pour les professionnels libéraux, organisée par des médecins de PMI.

Enfin, les médecins généralistes de notre étude, n'abordaient pas spontanément l'utilisation du carnet de santé comme un outil de lien entre les différents acteurs de santé, ni de suivi individualisé dans la prise en charge des enfants, surtout au-delà de 24 mois.

Une étude multicentrique réalisée en France, en 2005 par la Société Française de pédiatrie corrobore ces informations ⁴⁴. Si les informations importantes pour le suivi des enfants (apgar, âge acquisition de la marche, courbe poids/taille) sont notés dans le carnet de santé, dans la majorité des cas; les informations concernant le suivi des plus grands sont quasi inexistantes.

Pourtant, le carnet de santé semble pouvoir être un outil essentiel dans cette démarche préventive. Il regroupe en effet tous les certificats de prévention nécessaires: 2^{ème} mois, 4^{ème} mois, 9^{ème} mois, 24^{ème} mois puis les consultations 3 ans et 4 ans. Ces synthèses de consultations regroupent les éléments à rechercher dans les étapes du développement tant sur le plan psychomoteur que sensoriel, de l'enfant. L'ajout du test type ERTL4, ou encore des questionnaires concernant l'autisme par exemple, aux pages de consultation spécifique «3-4 ans», pourrait simplifier la démarche préventive des médecins généralistes.

Une utilisation plus efficiente de cet outil semble donc une première étape à mettre en place pour améliorer la prise en charge des enfants entre 3 et 4 ans.

4.2.3 La collaboration

Qu'elle soit en rapport avec le bilan de santé ou plus large, la collaboration entre les professionnels de PMI et les médecins généralistes semblait insuffisante. Les médecins - généralistes déploraient un manque de communication.

Dans sa thèse, Laurine Duffour⁴ décrit des déterminants socioprofessionnels impliqués dans la collaboration.

Si le sexe et l'âge, n'ont aucune influence sur la collaboration dans notre étude, les thèses de Laurine Duffour⁴ et Denis Elchardus³⁵ en affirment le contraire. En effet dans ces études, le fait d'être une femme et l'âge moyen 40-50 ans favorise la mise en place d'une collaboration. Si Denis Elchardus retrouvait que les médecins généralistes de moins de 40 ans semblaient avoir reçu une meilleure formation sur le service de PMI sans néanmoins collaborer, Laurine Duffour montrait dans son enquête que les 40-50 ans collaboreraient plus.

Par ailleurs, le secteur d'exercice n'influence pas non plus la collaboration dans notre étude.

Sur ce point-là également, la thèse de Laurine Duffour explique qu'un médecin exerçant en secteur rural favorise les liens de collaboration avec ces confrères. En effet, « il est souvent le coordinateur des soins puisqu'en contact régulier avec les infirmières et les assistantes sociales pour discuter des différentes problématiques touchants aux patients.» ⁴⁴ Les médecins mais surtout les puéricultrices de PMI des secteurs ruraux, ont des contacts réguliers avec les médecins généralistes. Les médecins exerçant en secteurs urbains ont souvent beaucoup de correspondants et privilégient leurs confrères libéraux ou hospitaliers ⁴⁴.

Dans notre étude, la collaboration est principalement favorisée par un exercice médical de groupe.

Déterminant favorisant trouvé également par la thèse de Laurine Duffour⁴ et par l'étude du baromètre de la santé médecine générale 2009 ³¹: « L'exercice en groupe semble s'inscrire dans une démarche de collaboration plus marquée avec d'autres professionnels de santé exerçant en

dehors du cabinet. ». La volonté d'exercice en groupe répondrait à une vision moins individualiste, donc plus propice au travail en réseau.

Les médecins généralistes de notre étude, décrivaient également une collaboration efficiente lorsque l'équipe de PMI était stable et lorsque l'équipe de PMI était repérée physiquement par les professionnels libéraux.

En effet, une étude qualitative auprès de 24 médecins généralistes installés dans le département du Maine et Loire sur « les modalités de constitution du carnet d'adresse des médecins généraliste »⁴⁵ confirme que « le critère principal, tous sexes et lieux d'exercice confondus, était la connaissance du correspondant, critère plus souvent mis en avant quand le médecin généraliste exerçait en groupe ». « Une présentation d'un spécialiste récemment installé par le moyen d'une plaquette était dans les éléments qui pouvaient déterminer l'ajout de ce dernier dans le carnet d'adresse du médecin.

Par ailleurs, la stabilité des intervenants permet à chacun de prendre le temps de se connaître, se faire confiance, connaître comment une équipe travaille.

Cette collaboration pourrait être améliorée. Pour ce faire les médecins généralistes interrogés imaginaient la création d'une boîte mail sécurisée permettant le partage des dossiers patient, et des échanges facilités. Les échanges pourraient également être envisagés par courrier écrit comme sur le modèle d'échange des spécialistes-médecins généralistes.

Enfin, concernant la collaboration pour la réalisation d'un bilan de santé, la majorité des médecins interrogés semblaient y être favorables et les médecins interrogés, envisageaient la réalisation d'un protocole commun. Ce protocole, issu d'une réflexion pluri-professionnelle, permettrait d'homogénéiser les pratiques. Dans son rapport, le Professeur Druais l'envisage déjà: «Le parcours de soin est bâti sur la relation de médecin générale-Médecin traitant, avec les autres spécialités, médecins correspondant. Un protocole de soin peut être conjointement bâti afin de répondre aux besoins de soin des patients (..)»²². Afin de construire une collaboration efficiente, chaque acteur doit être consulté, et tous doivent tenir compte de la réalité d'exercice de chacun.

4.2.4 Les conditions d'exercice du médecin généraliste

Si le sexe l'âge et le lieu d'exercice ne semblaient pas influencer les médecins généralistes, quant à leurs futures collaborations, les conditions d'exercice semblaient être, dans notre étude, le déterminant de celles-ci.

Tout d'abord, nous pouvons noter que la majorité des jeunes médecins interrogés étaient installés en groupe (cabinet de groupe ou maison de santé) comme le corrobore l'étude du Baromètre santé médecins généralistes de 2009, « le nombre de jeunes médecins généralistes en France, travaillant en groupe est en augmentation. Les jeunes médecins généralistes se regroupent essentiellement en cabinet. Ils exercent alors, pour la majorité, au sein de petite structure, et entre confrère. Seul un quart des médecins généralistes travaillant en groupe, exercent dans les cabinets pluridisciplinaires.»³¹.

Ce résultat valide également les discours des organisations d'internes en médecine générale et de jeunes médecins qui appellent à une transformation des modes d'exercice, notamment vis-à-vis de l'exercice solitaire.

Par ailleurs, pour de multiples raisons, les médecins exerçant en groupe d'âge et de sexe différent semblaient plus enclins à collaborer.

Concernant l'organisation de leur temps de travail, l'exercice en groupe semblait favoriser cette démarche.

L'étude menée par l'INPES, corrobore cette organisation différente au sein des cabinets de groupe et des maisons de santé. Elle, nous informe que l'activité hebdomadaire globale, d'un médecin exerçant en groupe est identique mais répartie différemment. Ils concentrent leur activité en réalisant plus fréquemment davantage d'actes par jour travaillé mais en consacrant moins de jours ou demi-journées à leur activité libérale. Avec cette organisation différente, les médecins travaillant en groupe semblent disposer de plus de temps pour leur vie privée ou même leur formation. Ceci permet d'envisager la possibilité d'organiser des temps de consultation «dédiée prévention»³¹.

Travailler au sein d'un cabinet de groupe ou d'une maison de santé, permet d'envisager une collaboration étroite et facilitée entre confrères. L'exercice en maison de santé permet également de pouvoir déléguer certaines tâches à d'autres professionnels paramédicaux par exemple.

Dans sa thèse, Denis Bourdieu met en évidence la difficulté pour les médecins généralistes d'envisager un travail en coopération avec les professions paramédicales du fait de leur incapacité à leur attribuer un rôle propre et non pas prescrit. En revanche, lorsque cette collaboration est organisée de manière formelle par les réseaux de santé institués, elle est appréciée⁴⁶.

Cette collaboration pourrait avoir un impact sur l'activité des professionnels de santé et sur la consommation de soins, mais également sur la qualité des soins et des services rendus.

Nous pouvons donc également envisager qu'une consultation prévention «dépistage des troubles sensoriels» pourrait être réalisée au sein d'une maison de santé par des professionnels paramédicaux. Il faudrait pour cela définir le rôle précis de chacun.

En effet, certains chercheurs ont montrés qu'une coopération médecins généralistes et infirmières (expérimentation ASALEE) a du sens, même si ces dernières n'ont pas toujours le sentiment d'être reconnues dans leurs champs de compétences (gestion de données et mise en place de rappels informatiques pour les médecins généralistes...) ⁴⁷.

Ces consultations répondent aux attentes de la population car elle y trouve une possibilité d'être écoutée, entendue et reconnue comme en capacité d'agir par elle-même, lorsqu'elle est accompagnée et soutenue par les professionnels.

4.2.5 La place des parents dans ce bilan

Tout au long de notre étude, les médecins généralistes ont également abordé la place des parents au sein de la santé de leur enfant. Ils les positionnaient comme acteur principaux de la santé de leurs enfants. En effet, les parents ont des attentes quant à la santé de leurs enfants.

Les médecins généralistes se basaient sur le ressenti des parents quant au dépistage et aux orientations vers les spécialistes.

Tantôt décrit comme acteurs principaux, les parents pouvaient être également décrits comme démunis face à leurs enfants.

Le médecin généraliste « pivot » central de la santé de leur enfant était décrit alors comme l'interlocuteur privilégié, par les parents.

Ainsi ce rapport duel médecin-parents semble indissociable quant à la prise en charge optimale des enfants.

L'étude de Pauline Horras conforte ces affirmations: « Tous les enfants sont suivis par un médecin généraliste(...) le médecin généraliste est au centre de la prise en charge des enfants. (...) la PMI n'est pas connue et reconnue par tous»¹⁵.

De plus, comme l'exprime le Professeur Druais dans son rapport « le patient n'est plus considéré comme le bénéficiaire passif des soins mais comme un acteur nécessaire et très présent du système de santé.». Il faut donc replacer les parents au centre de notre réflexion quant à la santé de leurs enfants et leur donner les clés de cette prise en charge²².

En effet, ils se décrivent mal informés quant à la prise en charge préventive, bilan, examen nécessaire et souhaitent être mieux informé de celle-ci¹⁵. Nous pourrions donc proposer des outils de référence, tel un calendrier de soin regroupant tous les examens nécessaires, et les structures où ils peuvent trouver les réponses.

Enfin dans d'autres Départements, comme en Dordogne, les parents sont conviés au bilan de santé. Si aucune étude n'a encore été réalisée quant à l'apport de la présence des parents lors de ce bilan, il n'en reste pas moins que leurs souhaits est d'y participer¹⁵.

La réalisation du bilan auprès des médecins généralistes, serait donc une des perspectives pour respecter ce choix.

4.3 PERSPECTIVES

Suite aux résultats de notre étude ainsi qu'à leur comparaison avec la littérature, certaines perspectives de travail collaboratif nous sont apparues. En effet, si le bilan des 3-4 ans n'est pas à ce jour un acte fréquemment réalisé par les médecins généralistes, ces derniers semblent intéressés par une mise en place et une réalisation conjointe des bilans avec les professionnels de PMI, de surcroît s'ils sont installés en groupe ou dans des maisons de santé pluri-professionnelles. Ces résultats nous laissent penser que différentes expérimentations pourraient être mises en place.

4.3.1 Une expérimentation au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Force des résultats obtenus dans notre étude, nous pouvons imaginer la mise en place d'une collaboration entre les médecins généralistes et le service de PMI du Sud Gironde quant à la réalisation du bilan de santé.

Afin de répondre à l'hypothèse selon laquelle les médecins généralistes des maisons de santé pluri-professionnelles seraient plus motivés par la pratique du bilan de santé chez les 3- 4 ans nous proposons de mettre en place une expérimentation sur le territoire du Sud Gironde auprès des Maisons de Santé qui souhaiteront participer.

Cette expérimentation consisterait à équiper une ou plusieurs maisons de santé pluri professionnelles du matériel de dépistage, utilisé par le Département, afin que les médecins généralistes réalisent ce bilan. Les périodes de prêts seraient celles où ce même matériel n'est pas utilisé par les équipes de PMI (vacances scolaires par exemple).

Une formation sur l'utilisation du matériel serait réalisée par l'un des médecins de PMI et serait donnée aux médecins généralistes participant à l'étude ainsi qu'aux paramédicaux si ces derniers devaient également participer de façon conjointe.

Nous pourrions par ailleurs définir en amont des maisons de santé où les médecins réaliseraient seuls le bilan et d'autres où ils seraient aidés des paramédicaux, afin d'évaluer l'efficacité des différents modes d'organisation.

Le bilan étant réalisé en ambulatoire, à l'extérieur du milieu scolaire, la présence d'un parent ou d'un membre de la famille participant activement à la vie quotidienne de l'enfant serait demandée. L'information pourrait être relayée aux parents via un courrier explicatif joint à celui annonçant le bilan dans les écoles, via des affiches dans les maisons de santé et lors des consultations de soins auprès du médecin traitant.

Un contact entre professionnels via le carnet de santé serait obligatoire pour le professionnel réalisant le bilan et permettrait d'évaluer le nombre d'enfants dépistés au terme d'une année et par qui il l'aurait été.

Ce travail pourrait faire l'objet d'un prochain travail de recherche. Une évaluation en fin d'année scolaire permettrait d'évaluer à la fois le nombre de bilans réalisés mais aussi l'efficacité de

cette nouvelle collaboration, les forces et faiblesses éventuelles perçues par les médecins généralistes (et les paramédicaux le cas échéant).

Ces résultats pourraient ouvrir la porte vers encore de nouvelles pratiques médicales préventives et être transmis aux Départements et ARS afin de mener le projet ensuite à plus large échelle.

4.3.2 Le carnet de santé, un outil à revaloriser dans l'examen des enfants de 3-4 ans.

Les médecins généralistes interviewés, n'abordaient pas spontanément l'utilisation du carnet de santé dans le suivi des enfants. Si certains le considéraient comme un outil de liaisons essentiel à la communication interprofessionnelle, d'autres pouvaient nous dire qu'ils ne le remplissaient peu ou pas dans le cadre du dépistage sensoriel.

Cet outil de communication est malheureusement sous estimé par les professionnels de santé. Avec la publication en 2005 d'un nouveau carnet de santé, les institutions souhaitaient le rendre plus accessible et fonctionnel aux professionnels de santé aux parents.

Il est *«(...) un document qui réunit tous les évènements qui concernent la santé (...) depuis la naissance. (...) Le carnet de santé constitue un lien entre les professionnels de santé soumis au secret professionnel qui interviennent pour la prévention et les soins.(...) Le carnet de santé est un document confidentiel, les informations qui y figurent sont couvertes par le secret médical.»*⁴⁸

Il regroupe les éléments essentiels à la prise en charge optimale des enfants; où figurent les examens médicaux préventifs notamment la consultation de la troisième et quatrième année. Une sensibilisation à l'importance de celui-ci permettrait aux médecins de renouer avec cette habitude. Celle-ci pourrait faire l'objet de campagne informative auprès des parents et des médecins.

Par ailleurs, les médecins de PMI de Gironde ne disposent pas du carnet de santé lors de leur passage au sein des écoles pour la réalisation du bilan. Si celui-ci peut être identifié comme un outil essentiel dans la prise en charge des enfants par les professionnels des services de PMI, ils se heurtent aux problèmes organisationnels et de confidentialité qu'entraînerait l'accès au carnet de santé à l'école, en l'absence des parents.

En effet, préalablement à la réalisation du bilan de santé de 3-4 ans, un courrier informatif à destination des parents est envoyé via l'école afin de récupérer leur consentement au bilan et la date de passage du médecin de PMI y est renseignée. Celui-ci, explique l'importance de la réalisation de ce bilan, ses modalités et son contenu.

Suite à la réalisation du bilan, si aucune anomalie n'a été dépistée, les parents disposent d'un feuillet justifiant le passage du médecin et relayant le fait qu'aucune anomalie n'ait été détectée. A contrario, lors du dépistage d'anomalie(s) les parents sont contactés et les résultats leur sont expliqués. Une rencontre peut être fixée avec le médecin de PMI afin de mettre en place la prise en charge nécessaire.

Des expérimentations, évoquées plus haut, ont vues le jour durant l'année 2015. Elles ont permis l'accès au carnet de santé des enfants dépistés en Sud Gironde. Lors de l'envoi du courrier explicatif aux parents, l'accès au carnet de santé a été demandé. Nous avons pu avoir

accès à 90% des carnets de santé. Celui-ci était rendu aux parents sous enveloppes cachetées, via les enseignants. Ainsi cette démarche a permis de mettre en évidence les enfants suivis par d'autres professionnels de santé, mais également de remplir la partie « dépistage » des consultations dédiées « troisième et quatrième année ».

Force de ces constats, cette expérimentation pourrait être étendue et le carnet de santé pourrait ainsi être repositionné au centre de la prise en charge globale des enfants. Il permettrait la mise en place d'une communication pérenne entre professionnels de santé, pouvant d'ailleurs s'apparenter à un courrier de synthèse.

4.3.3 Améliorer la communication entre les professionnels

Cette étude a mis en évidence le souhait d'une communication plus marquée entre les médecins généralistes et les professionnels de PMI.

Afin d'améliorer cette communication les médecins généralistes évoquaient notamment la mise en place d'une boîte mail sécurisée afin d'échanger sur des situations communes ou qui nous inquiètent, sans contrainte de temps. Si celle-ci est plus généralisée en pratique libérale, les professionnels de PMI ne disposent que d'un mail professionnel non sécurisé. Nous pourrions envisager la création de celles-ci, et leurs distributions aux professionnels libéraux locaux.

L'un des médecins généralistes évoquait également l'existence de courrier entre les spécialistes et les médecins généralistes. Sur ce même modèle, un courrier type pourrait être imaginé par le Département afin de faciliter les démarches d'échange entre les médecins de PMI et leurs confrères généralistes libéraux.

Par ailleurs, au sein du pôle Sud Gironde, l'un des axes prioritaire de travail de l'équipe de PMI est d'améliorer la lisibilité et la visibilité de leurs missions. Dans ce cadre, des plaquettes explicatives, regroupant le nom des professionnels et les dates de consultations, de permanence, déclinés par secteur sont en cours d'élaboration. Celles-ci pourront être distribuées à tous les professionnels libéraux et contribuer à créer du lien.

De plus, une des améliorations évoquée par l'un des médecins généralistes était la possibilité de se rencontrer. Actuellement en cours d'élaboration, ce projet permettrait de mieux se connaître et se reconnaître. En effet, une soirée d'échange et de rencontre au sein de la MDSI de Bazas va être organisée. Celle-ci aura pour but d'améliorer les liens et l'articulation du travail entre médecins généralistes et l'équipe de PMI de Bazas. Cette expérience pourrait ouvrir la porte à de nouvelles pratiques médicales de partage et être généralisée.

Toujours dans cette optique de rapprochement et de rencontre, il serait intéressant d'envisager des temps de formation communs où professionnels de PMI et professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, IDE...) pourraient se réunir et travailler ensemble.

Dans ce contexte, la construction d'un protocole commun serait alors possible afin d'envisager une collaboration efficiente concernant le bilan de santé des 3-4 ans et du reste des missions qui devrait être commune.

V. CONCLUSION

Malgré une existence de plus de soixante-dix ans, le bilan de santé des 3-4 ans semble être peu connu des médecins généralistes. Si celui-ci est fondé sur une démarche de promotion de la santé, il devient de plus en plus compliqué pour les médecins de PMI de le réaliser chez l'ensemble des enfants de cette tranche d'âge.

Dans notre étude, les médecins généralistes étaient plutôt enclins à le réaliser et souhaiteraient pour certains, participer à cette démarche préventive et de dépistage. Nous avons pu mettre en évidence que les conditions d'exercice agissaient sur cette motivation. En effet, les médecins installés en groupe (maison de santé, cabinet de groupe) semblaient, dans notre étude, plus favorable à intégrer dans leurs pratiques la réalisation du bilan des 3-4 ans.

D'autres médecins, dénonçaient un manque de temps, de moyen et d'information pour mener à bien cette mission. Ces limites semblaient être moins importantes en cabinet de groupe ou au sein des MSP. En effet, ces médecins organisaient leurs activités hebdomadaires différemment, leur permettant peut être d'avoir plus de temps, notamment pour s'y former. Ces derniers envisageaient dans notre étude, de se réunir avec les professionnels de la PMI dans l'optique d'une collaboration pour la réalisation du bilan.

Ainsi, la collaboration entre les structures permettrait, au médecin de PMI de venir épauler les médecins généralistes à l'aide d'une formation ainsi que du prêt du matériel. Une expérimentation en ce sens, faisant l'objet d'une nouvelle thèse pourrait être dans le futur, mise en place dans le Sud Gironde, avec certaines MSP volontaires, afin d'en évaluer l'efficacité.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Mayer C. La prévention médico-sociale dans les écoles maternelles en Cotes d'Or. [Thèse d'exercice de Doctorat de médecine générale].Dijon : Université de Dijon; 1977.
2. Ramaroson H. Bilan de santé en école maternelle. Conseil Général 33 – Sépistam; 2014.
3. Légifrance. (page consultée le 02/02/2015). Ordonnance N° 45-27720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, [en ligne]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=81FD434B3CE1FB899635FDB5774FA938.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000000704580&categorieLien=id
4. Duffour L. Collaboration entre médecin généraliste et service de PMI dans la prise en charge des enfants de moins de six ans : enquête qualitative croisée auprès d médecins de PMI et de médecins généralistes installés en Gironde.[Thèse d'exercice de doctorat de médecine générale].Bordeaux : Université de Bordeaux; 2014.
5. Légifrance. (page consultée le 02/02/2015). Code de Santé Publique – Article L2112-2. 2007-293 mars 5, 2007, [en ligne]. Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687354&dateTexte=&categorieLien=cid>.
6. Légifrance. (page consultée le 02/02/2015). Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007, [en ligne]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100&categorieLien=id>.
7. Colombo MC. La prévention médico-sociale en école maternelle, Evolution et interrogation. *Enfance majuscule*. 2009;105:8-12.
8. Gautier Y. Dépistage ? Vous avez dit « dépistage » ? Quelques réflexions à propos des dépistages effectués entre 3 et 4 ans à l'école maternelle. *Enfance majuscule*. 2009;105:12-6
9. Haute Autorité de la Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destiné aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI, et médecins scolaires. HAS Argumentaire 2005.
10. Lion François L, Des Portes V. Les grandes étapes du développement psychomoteur de 0 à 3ans. *Rev Prat*. 2004 ; 54:1991-7.
11. Barot D, Carret A, Bonhomme D, Perrier S, Farhi D. Bilan de santé, recherche-action sur les bilans de santé des enfants de 3 et 4 ans réalisés par la Protection maternelle et infantile dans les écoles maternelles de la Somme. *J Pédiatr Puériculture*. 2003 ; 16:4-11.
12. Quelier C, Larose B. Etude exploratoire sur le service apporté aux personnes par la protection maternelle et infantile. Direction des Actions de Santé- Conseil Général 33; 2012.
13. Projet de Service de la Direction de la Promotion de la Santé. Cadre de référence de l'offre de service PMI-santé. Conseil Général de la Gironde ; 2015.

14. Belas Cabane C. Les bilans de santé effectués en maternelle, La place des parents. *Enfance Majuscule*. 2009;105:27-29.
15. Horras P. Promouvoir la santé dès la petite enfance, en favorisant la participation des acteurs. [Mémoire Master 2 Mention Santé Publique]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2015.
16. Andrieu S, Oustric S, Brillac T, Rouge-Bugat M. Rôle du Médecin Généraliste en matière de prévention individuelle et collective. Cours universitaire des facultés de médecine de Toulouse Rangueil et Purpan et de l'université P.Sabatier Toulouse 3. (page consultée le 15/02/2015), [en ligne]. Disponible sur:<http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/POLYCOPIE%20Role%20MG%20Prevention%202009.pdf>.
17. Société Européenne de Médecine Générale.THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE/ FAMILY MEDECINE. WONCA EUROPE ; 2011
18. Légifrance. (page consultée le 15/03/2015). Article L4130-1 du Code de santé publique définissant les missions des médecins généraliste en termes de prévention, [en ligne]. Disponible sur:http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36.
19. Légifrance. (page consultée le 15/03/2015). Loi du 21 juillet 2009 article 36 fixant les missions des médecins généralistes en termes de prévention, [en ligne]. Disponible sur :<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.
20. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Société Française de santé publique. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. 23 juin 2008.
21. Légifrance. (page consultée le 25/03/2015). Loi du 9 août 2004 dite de Santé Publique, [en ligne]. Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>.
22. Druais JL. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Rapport mars 2015. (page consultée le 25/09/2015). [en ligne], Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Druais_20150306.pdf.
23. Fournier C, Butett P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. INPES (page consultée le 25/03/2015).Baromètre de la santé médecine générale 2009. [en ligne], Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>.
24. Institut National de la statistique et des études économique.(page consultée le 25/03/2015). Mesurer pour comprendre. Définition d'urbain et de rural. [en ligne], Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FST15.pdf.
25. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. 2^{ème}éd.A.Colin; 2010.
26. Glaser B.G, Strauss, AL. The discovery of grounded theory. Hawthorne, NY: Al dine Press; 1967.
27. Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. 2^{ème}Edition ; 2011.

28. Centre Cochrane Français.(page consultée le 12/09/2015). Fiche : Rappel des études en épidémiologique. (page consultée le 12/03/2015). [en ligne], Disponible sur: <http://tutoriel.fr.cochrane.org/sites/tutoriel.fr.cochrane.org/files/uploads/Rappel%20%C3%A9tudes%20%C3%A9pid%C3%A9miologiques.pdf>.
29. Dalla-Longa M. Institut national de la statistique et des études économique. La Gironde en Bref. édition 2013. (page consultée le 25/02/2015). [en ligne], Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=18464.
30. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 2e édition. Paris : Armand Colin; 2007.
31. Evrard I, Bourgueil y, Le Fur P, Mosques J, Baudier F. Exercice en groupe et pratique de la médecine générale. Baromètre de la santé médecine générale 2009 : 221-37.
32. Shortell S., Zazzali JL, Burns LR, Alexander JA, Gillies RR, Budetti PP, *et al.* Implementing evidence-based medicine: the role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations. *MedicalCare*.2001; 39 (7):162-178.
33. Curoe A, Kralewski J, Kaissi A. Assessing the cultures of medical group practices. *J Am Board ofFamPract.* 2003; 16(5):394-8.Kaissi A, Kralewski J, Curoe A., Dowd B., Silversmith J. How does the culture of medical group practices influence the types of programs used to assure quality of care? *Health Care Manage Rev.* 2004; 29(2):129-138.
34. Encinosa III WE, Gaynor M, Rebitzer JB. The sociology of groups and the economics of incentives: Theory and evidence on compensation systems. *Journal of EconomicBehavior and Organization*.2007 ; 62(2):187-214.
35. Elchardus D. Dialogue entre médecins généralistes et service de PMI. [Thèse d'exercice de Doctorat de médecine générale].Vosges : Université des Vosges; 1988.
36. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le Rôle de la médecine générale. *RESP.* 2013;61(3):193-8.
37. Provost MH, Cardinal L, Moreault L, Pineau R.Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant à l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature.Québec : ministère de la Sante et des Services sociaux, coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives, 2007 : 168 p.
38. Direction de la sante publique de Montréal. Référentiel de connaissances et compétences pour les activités de prévention en pratique générale. Montréal : Direction de la santé publique, 2007 : 14 p. Disponible sur : <http://www.santepubmtl.qc.ca/mdprevention/formationcontinue/pdf/referentiel.pdf>
39. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).(page consultée le 25/09/2015).L'intégration des pratiques cliniques préventives. L'expérience d'« Au cœur de la vie ». Québec : INSPQ, 2005 : 42 p. [En ligne] : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-AuCoeurDeLaVie/>
40. Hudon E., Beaulieu M.-D., Roberge D. Integration of the recommendations of the Canadian task force on preventive health care. Obstacles perceived by a group of family physicians. *Fam Pract.* 2004; 21(1):11-7.

41. Loaec A., Fournier C., Vincent I. dir. Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux. 5e Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires. 2010:169 p.
42. Légifrance. (page consultée le 12/10/2015) Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée. Code de Santé Publique, AFSX1418355L oct 15, 2014. [en ligne] Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=contenu&id=2&typeLoi=proj&legislature=14>.
43. Jegouic Meunier J, 2014. Dépistage des anomalies visuelles des enfants de 0 à 2 ans par les médecins généralistes de Gironde. [Thèse d'exercice de Doctorat de médecine générale]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2014.
44. Vincelet V, Tabone M, Berthier MD, Bonnefois Mc, Chevalier M, Lemaire J, Dommergues JM. Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Evaluation dans différentes structure de soins. Arch Pédiatr 2008;10:403-9.
45. Sejourne E. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Prat Organ Soins. 2010 ; 41 :331-9.
46. Bordiec M. Quel est le positionnement des médecins généralistes par rapport aux divers acteurs de la prévention ? [Thèse d'exercice de Doctorat de médecine générale]. Université Paris Descartes; 2013.
47. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. Questions d'économie de la santé. 2008;(36):1-8.
48. Ministère de la santé et des solidarités.(page consultée le 10/12/2015) Le Carnet de santé. [en ligne]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante.pdf

RESUME

Contexte: Le bilan de santé des enfants de 3-4 ans est actuellement réalisé par les médecins de PMI en Gironde. Avec l'augmentation du nombre d'enfants à dépister, celui-ci devient de plus en plus compliqué à mettre en place. Le médecin généraliste est l'acteur pivot du système de soins primaires en France. Impliqué dans les examens obligatoires du 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois, il est un acteur privilégié de la démarche préventive, et pourrait également intervenir dans ce bilan.

L'objectif principal est d'analyser les représentations et les attentes des médecins généralistes du Sud Gironde, concernant la réalisation et la coordination avec la PMI, de l'examen de dépistage et de prévention chez les enfants de 3-4 ans.

Méthode: Etude qualitative, transversale, menée auprès des médecins généralistes du Sud Gironde, de février à juillet 2015 par entretiens semi-directifs. Une analyse thématique a été réalisée à l'aide du logiciel N'vivo.

Résultats: Quel que soit leur âge, sexe, lieu ou conditions d'exercice, les médecins généralistes pratiquaient une démarche préventive jusqu'à 2 ans. Au-delà, les consultations concernaient principalement les pathologies aiguës et leurs connaissances sur le mode de réalisation du bilan des 3-4 ans étaient inégales. Les médecins semblaient, en partie, favorables à une collaboration avec la PMI pour la réalisation de ce bilan. L'exercice en groupe et notamment en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) semblait favoriser cette collaboration.

Dès lors, nous proposons des pistes pour améliorer la collaboration entre médecins généralistes et PMI dans la réalisation du bilan des 3-4 ans. Une expérimentation au sein du Sud Gironde, auprès de MSP volontaires fera également l'objet d'un prochain projet de recherche.

TITRE EN ANGLAIS

General practitioners representations concerning the medical preventive check-up for 3-4 years old children: what are the possible evolutions in the coordination of this exam between them and the Maternal and Child Welfare?

A Qualitative research with general practitioners based in the South Gironde (France)

DISCIPLINE

Médecine Générale

MOT- CLES

Bilan de santé- Médecine générale- Protection Maternelle Infantile -Prévention- collaboration- enfant

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Université de Bordeaux. Victor Segalen 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex

VI. ANNEXES

ANNEXE 1: LES RECOMMANDATIONS HAS CONCERNANT LE DEPISTAGE DES ENFANTS

Concernant les troubles psychologiques et psycho-comportementaux

Les évaluations du développement, des troubles envahissants du développement et de l'hyperactivité sont intriquées.

Le retard du développement

Le groupe de travail souligne l'importance de ces troubles et propose leur dépistage par un suivi régulier :

- des étapes du développement de l'enfant ;
- des données de biométrie de l'enfant, et plus particulièrement la surveillance du périmètre crânien jusqu'à l'âge de six ans.

Certains tests, comme le test d'évaluation de Brunet-Lézine révisé ou des tests simplifiés de dépistage (test de Denver ou différentes tables de développement), peuvent être réalisés au cours d'une consultation après une courte formation. Cependant ces tests restent très chronophages et difficiles à réaliser lors d'une consultation de médecine générale.

Ils proposent:

- que des tests de dépistage simples pour l'âge de deux, quatre et six ans, consistant en une courte série de questions, soient développés par un groupe d'experts et mis en place au plus tôt;
- que ces tests de dépistage simples soient présentés sous la forme d'un questionnaire qui sera soit rempli par les parents ou les adultes proches de l'enfant et analysé avec le médecin, soit rempli par le médecin lors de la consultation ;
- que ces tests de dépistage simples, parallèlement à leur mise en place, soient validés pour la population française.

L'échelle de développement psychomoteur de Brunet- Lézine est étalonnée jusqu'à trente mois, donc inadapté après trois ans. D'autres échelles, comme celle de Denver, sont utilisées pour des enfants plus grands, jusqu'à six ans, mais l'étalonnage est ancien et concerne une population américaine¹⁰.

Le carnet de santé reste l'outil principal utilisé par les médecins, dans cette démarche diagnostique. Il regroupe via les pages « consultations troisième et quatrième années » les points essentiels à aborder avec les parents concernant le développement psychomoteur de l'enfant.

Concernant les quatre champs à évaluer :

- Posture: il est demandé si l'enfant entre trois et quatre ans tient sur un pied trois secondes, monte les escaliers en alternant les jambes, saute en avant et lance une balle.
- Coordination oculo-manuelle: il est demandé à l'enfant de trois ans de copier un cercle, à l'enfant de quatre ans, de tracer un carré, et à celui de cinq ans de tracer un triangle; mais aussi de tracer un trait vertical et de dessiner un bonhomme en trois parties entre trois et quatre ans.
- Langage: l'enfant doit savoir dire son nom, son sexe et faire une phrase. Seulement la moitié des enfants de trente mois utilisent les pronoms (je, tu, il...) et comprennent les prépositions (dans, sur, derrière, devant, dessous). Il doit également connaître trois couleurs; la capacité de dénomination des couleurs est très variable selon les enfants et n'est pas un facteur pronostique pertinent.
- Sociabilité/autonomie: il doit savoir enlever un vêtement. Entre deux et trois ans, l'enfant se socialise progressivement, il joue en groupe, devient autonome. Cette autonomisation varie selon les enfants et dépend beaucoup de l'attitude des parents. De même la propreté, acquise de façon très variable entre un et trois ans le jour et deux à cinq ans la nuit, est très dépendante de l'éducation.

Lors du bilan organisé actuellement au sein des écoles, les médecins de PMI utilisent tous ces repères afin d'évaluer le développement psychomoteur de l'enfant.

L'autisme et troubles envahissants du développement

Le groupe de travail propose à l'âge de dix-huit ou vingt-quatre mois la réalisation d'un questionnaire comportant quatre questions :

- 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 ?

Le trouble de l'hyperactivité et déficit de l'attention

La difficulté du trouble de l'hyperactivité et du déficit de l'attention réside plus dans le risque d'un diagnostic simplificateur du symptôme d'agitation que dans son dépistage. Avant l'âge de six ans, l'hyperactivité est à intégrer dans le cadre des troubles du développement cognitif, des troubles psychiatriques et des troubles de la relation parents-enfant. Entre six et sept ans, le problème rejoint celui de l'hyperactivité après sept ans

Concernant les troubles du langage oral et écrit

Le dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de trois à six ans doit être systématique, même en l'absence de plainte.

À l'âge de trois ans les troubles du langage oral sont recherchés par l'évaluation du langage de l'enfant : fait-il des phrases, emploie-t-il des articles et conjugue-t-il des verbes ?

À l'âge de quatre ans, le groupe de travail se positionne pour l'utilisation et le développement d'outils type ERTL 4 et propose la réalisation d'études longitudinales pour ces outils. En cas de bilinguisme et de troubles du langage oral, l'entretien avec les parents cherchera à identifier des troubles du langage dans la langue maternelle.

Les médecins en charge du bilan de santé utilisent actuellement un outil inspiré du test ERTL4. Lors de l'entretien avec l'enfant, l'utilisation du « je » et de la conjugaison des verbes et l'utilisation des articles sont également recherchés.

Concernant l'Obésité

Il est proposé de mesurer et peser les enfants au moins deux fois par an et de tracer les valeurs sur le carnet de santé, ainsi que les courbes de taille et poids. Egalement, à partir de l'âge d'un an, de calculer l'Indice de Masse Corporelle (P/T^2) au moins deux fois par an et de tracer la courbe de corpulence dans le carnet de santé.

Un éventuel rebond d'adiposité précoce, défini comme une remontée de la courbe de corpulence survenant avant l'âge de six ans, est recherché.

Les médecins ne disposant pas du carnet de santé réalisent une mesure isolée du poids, de la taille et de l'IMC. Si une anomalie est détectée, un entretien avec les parents permet d'envisager une éventuelle prise en charge.

Concernant les troubles de l'audition

Le dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant de vingt-huit jours à six ans s'inscrit dans la continuité du dépistage néonatal. Avant l'âge de six mois l'objectif est de repérer l'existence d'une surdité profonde et sévère. Vers l'âge de deux ans s'ajoute le dépistage des enfants présentant un retentissement auditif dans un contexte d'otite séro-muqueuse. A partir de quatre ans, le dépistage vise aussi l'identification des surdités unilatérales.

Les facteurs de risque retenus par le groupe de travail sont :

En période néonatale:

- l'histoire familiale d'atteinte de l'audition et éventuellement de prothèse auditive avant 50 ans
- une hospitalisation de plus de quarante-huit heures en période néonatale.

En dehors de la période néonatale d'autres facteurs conduisent à une surveillance de l'audition:

- inquiétude parentale ou de l'entourage sur l'audition, le langage ou le développement de l'enfant ;
- otite séro-muqueuse d'une durée d'au moins trois mois.

A quatre ans et plus, les tests de dépistage des déficits auditifs uni et bilatéraux sont l'audiométrie vocale à la voix (chuchotée et normale) et l'audiométrie tonale au casque (PMI ou médecine scolaire essentiellement). Les médecins de PMI utilisent les deux tests recommandés.

Concernant les troubles de la vision

Un examen des yeux lors de consultations de dépistage doit être réalisé par un médecin ou être délégué à un orthoptiste. Toute anomalie impose un examen par un ophtalmologiste. De plus il faut répéter les examens tout au long de la croissance.

A tout âge de l'enfant l'examen doit comporter:

- un entretien avec les parents afin de préciser l'existence d'éventuelles situations cliniques à risque et de signes d'appel ;
- un examen externe de l'œil : examen des paupières, vérification de la symétrie des globes oculaires, examen à l'aide d'une source lumineuse (conjonctive, cornée, iris, pupille) ;
- l'étude de la lueur pupillaire et la recherche des réflexes photo-moteurs.

Entre deux et quatre ans on ajoute la mesure de l'acuité visuelle de près et de loin par l'utilisation d'optotypes d'images ou directionnels et l'estimation de la vision stéréoscopique par le test de Lang I ou II. Ceux –ci sont réalisés lors du bilan.

Concernant le saturnisme

Il doit être systématiquement recherché:

- séjour dans un logement construit avant 1949 ? Si oui, y a-t-il de la peinture écaillée accessible à l'enfant ?
- habitat dans une zone proche d'une exposition industrielle ?
- occupation professionnelle ou activité de loisirs des parents (apport de poussières par les chaussures, les vêtements de travail) ?
- tendance de l'enfant au comportement de PICA (perversion du goût qui consiste à éprouver le besoin de manger des substances non comestibles, par exemple de la terre ou, ici, des écailles de peinture) ?

Le groupe de travail propose suite à cette réflexion:

- qu'une cotation spécifique soit créée pour des consultations dédiées au dépistage : quatre mois, neuf mois, deux ans, trois ans, quatre ans et éventuellement six ans si la visite est rendue obligatoire et devant être réalisée en médecine scolaire conformément au Code de la santé publique, n'a pas été effectuée ;
- une coordination entre tous les professionnels de santé concernés par la santé de l'enfant ;
- que le médecin ayant réalisé un acte de prévention puisse être prescripteur des bilans nécessaires;
- que toutes les visites et tous les tests de dépistage réalisés par les professionnels de santé soient notés dans le carnet de santé de l'enfant, avec identification et coordonnées lisibles du professionnel;
- que les résultats d'un test de dépistage soient mentionnés de la façon suivante :

Normal/à refaire accompagné d'un délai /justifie un avis spécialisé.

Le groupe de travail propose également que les consultations spécifiques de dépistage soient programmées et réalisées chez des enfants ne présentant pas de pathologie aiguë.

ANNEXE 2: DEFINITION EUROPEENE DE LA MEDECINE GENERALE (WONCA 2011)



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE
(Revised 2011)

Guide d'entretien Thèse:

THEME 1: leur exercice en cabinet :

Objectif : Connaître la part d'enfants de 3 à 4 ans qui constitue sa patientèle. Définir si leur activité est exclusivement curative ou si le médecin entreprend des actions de prévention.

THEME 2: le bilan

Objectif : Savoir ce qu'il connaît du bilan de santé pratiqué dans les écoles; S'il effectue des dépistages; Les attentes de ce bilan; Les limites et les freins à la réalisation des dépistages.

THEME 3: la collaboration

Objectif : Connaître son avis sur une possible collaboration pour améliorer l'efficacité du bilan de santé. Ainsi qu'apprendre les éventuelles solutions qu'il proposerait.

THEME 4: type d'exercice et conséquences sur la prévention

Objectif : Déterminer le statut du médecin. (Temps d'installation, âge, sexe, mode d'installation)

Introduction :

Bonjour je suis Emmanuelle Combes thésarde en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue une enquête qualitative transversale, par entretien semi-directif auprès des médecins généralistes exerçant dans le Sud Gironde. Celle-ci a pour but d'établir un état des lieux de vos pratiques actuelles, de vos attentes, des évolutions possibles et des limites, en matière de dépistage et de prévention chez les enfants de 3 - 4ans.

En effet, le Conseil Général de la Gironde est en charge de l'organisation du bilan de Santé des 3-4 ans dans les écoles maternelles, mais celui-ci est complexe à mettre en place de façon systématique. Les médecins de PMI ne pouvant pas, actuellement, réaliser l'ensemble des examens. De plus, une réflexion est en cours au sein du service départemental de la promotion de la santé, sur la place des différents acteurs de santé (médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI) pour réaliser ce bilan. Un travail coopératif avec les médecins généralistes semble être un des moyens possibles pour améliorer l'efficacité.

Je souhaiterais enregistrer votre entretien afin de pouvoir le retranscrire par écrit et de disposer d'un verbatim. Tout sera anonyme.

Racontez-moi, comment définiriez vous votre activité, chez les 3 – 4 ans en terme de prévention?

- **Part des 3- 4 ans dans leur patientèle**
- **Moyen mis en œuvre en préventif**
- **La part du préventif dans leur exercice**
- **Réalisation des certificats obligatoires**
- **Le bilan de santé effectué actuellement dans les écoles**
- **Les limites ou freins rencontrés pour effectuer les dépistages auditifs et visuels, le langage et les troubles du comportement**
- **Les attentes de ce bilan**
- **La collaboration avec les services de PMI concernant ce bilan**
- **Type d'exercice: temps d'installation, âge, le lieu d'exercice, le mode d'exercice**
- **Lien entre type d'exercice et réalisation des dépistages**

ANNEXE 4: LES ENTRETIENS

Entretien 1: Femme, 50-55 ans, en association dans un cabinet de deux médecins avec secrétariat. En milieu urbain

Durée: 8min01

Est-ce que vous pouvez me raconter, comment vous définiriez votre activité en termes matière de prévention chez les 3-4 ans?

Cette population là, on les voit encore pas mal. Après on les voit moins. Au niveau de la prévention moi, je ne fais pas grand-chose. J'essaie de faire quand même une prévention sur le langage, le dépistage sur les troubles du langage oral. Voir un petit peu le comportement au cabinet. Donc ça c'est assez facile, avec les livres, les jeux. Voilà. Son comportement.

Au niveau auditif et visuel je ne pratique aucun test. Ça j'avoue, je ne pratique aucun test, car quand il y a des signes familiaux, des pathologies familiales j'envoie chez l'ophtalmo pour les dépistages. Je ne fais pas de dépistage.

Et en termes matière de bilan de santé des 3-4 ans, qu'est-ce que vous en connaissez?

Blanc. (Haussement des sourcils, sourire)

L'organisation? Les Modalités? Le temps?

Pas grand chose. Non, Non.

Je fais les courbes poids/taille, je vérifie les vaccins. Je fais avec des petits bouquins, le langage. Voir s'ils connaissent les couleurs, construire une phrase, la construction d'une phrase. Savoir au niveau de leur autonomie, s'habiller se déshabiller. C'est très succinct.

Vous remplissez des certificats 3eme et 4eme année?

Oui mais pas la partie avec les tests.

Qu'attendez-vous du bilan réalisé dans les écoles?

Que vous le réalisiez dans les écoles, une collaboration entre nos deux services.

Après, moi personnellement je ne les fais pas car je n'ai pas appris à les faire. Je n'ai jamais appris, car j'étais en pédiatrie et pas en PMI ; je n'ai jamais appris à faire ces tests. Donc je ne sais pas comment on les réalise.

Si on me présentait le matériel, j'accepterais de le faire!

Donc si je vous dis que ça ne prend qu'une dizaine de minutes, ce qui est déjà beaucoup sur une consultation je l'entends..

Oui mais c'est une consultation là; on ne fait pas une consultation des 3-4 ans avec une rhinopharyngite. On les fait revenir. Et on fait quand ils nous appellent, je parle surtout de la consultation du 24ème mois, on le fait à une consultation pour ça. Donc c'est une consultation ciblée, donc que ça dure 10 minutes ce n'est pas un problème.

Donc je serais d'accord pour mettre en place une consultation ciblée, avec les parents, pour les 3-4 ans. Par contre moi ce que je fais, qui n'est pas demandé dans le certificat, je les déshabille complètement et je fais aussi un état des lieux orthopédique. Ce qui n'est pas demandé dans le bilan.

Est-ce que vous pensez que l'on pourrait améliorer cette collaboration? En vous présentant le matériel?

Oui bien sûr ça serait intéressant! Alors on s'évade un peu du sujet je pense, mais de toute façon il faudrait une collaboration plus régulière sur plein de sujets.

Voilà.... Non, mais y a des patients que vous suivez et qu'on suit, pour lesquels on est inquiet et.... Aucune communication !

Comment améliorer cette collaboration?

(Eclat de rire)

Je ne sais pas, les autres spécialistes, y a des courriers! On ne reçoit jamais de courrier de la PMI. Avec tous les spécialistes on a des courriers! Jamais reçu de courriers de la PMI.

Par mails, par appels téléphoniques!(Rire)

Non mais c'est vrai. Par exemple j'ai eu un papa l'autre jour, pour un enfant de 14 ans; complètement différent, mais il vient pour faire, pour que je fasse un dossier MDPH. Pour que son enfant, qui est suivi par le SESSAD et sans diagnostic posé, rien de posé. Il fallait que je fasse un dossier MDPH pour qu'il soit orienté en ITEP.... (Blanc... haussement de sourcils...). Je lui ai dit que je ne savais pas que son enfant avait un souci. Je ne le vois que pour les rhinopharyngites depuis deux ans ... (Blanc) et le SESSAD ne m'a jamais rien envoyé.

En posant quelques questions je me suis rendu compte que c'était sûrement un TDAH à orientation surtout autonomie et je l'ai envoyé au neuro-pédiatre, pour faire un diagnostic.

C'est catastrophique quoi ! Voilà où on en est arrivé ! Aucune communication!

Et pour les familles à risque aussi. J'ai des enfants dans des familles à risque, qui sont en rupture totale avec la PMI, je n'ai aucune communication.

(BLANC.....) C'est le système qui fait ça aussi...

(Son collaborateur entre dans la salle, sans frapper, pour lui transmettre le cahier de consultations)

Quelle part représente les 3-4 ans dans votre patientèle?

Je n'en sais rien. J'ai moins de quarante pour cent de moins de seize ans. Des 3- 4 ans, particulièrement je ne sais pas. Oui car sur le logiciel c'est noté les moins de seize ans;

Et vous êtes installée depuis combien de temps ici?

Janvier 2006, en association avec le DR X.

Entretien 2: Homme, 60- 65 ans, exerçant en cabinet seul sans secrétariat, en milieu urbain

Durée: 8min01

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les 3-4 ans?

(Sourire) Vaste programme.

Bon, moi je m'attache surtout à vérifier que les enfants aient bien reçu toutes les vaccinations prévues. Après 3-4 ans, en principe, ils sont scolarisés. Je demande donc aux parents si ça se passe bien, s'il n'y a pas de soucis particuliers.

Voilà en gros ; moi la prévention elle tourne autour des vaccinations essentiellement. Après, c'est le ressenti des parents. Les parents me disent voilà ce qui se passe, comment vont les choses, si l'enfant s'alimente bien, s'il est colérique, s'il dort bien. Voilà.

Je n'ai pas quelque chose de très particulier sur le plan préventif.

Connaissez-vous le bilan de santé des 3-4 ans?

Non.

C'est un dépistage proposé à tous les enfants qui vise à détecter les anomalies sensorielles (auditif et visuel) mais aussi les troubles du langage et du comportement.

Accepteriez-vous d'effectuer des dépistages?

Alors auditif, oui, si j'avais le matériel mais je ne l'ai pas... (rire)

Visuel, c'est pareil, ce n'est pas très facile chez l'enfant.

C'est un problème essentiellement de matériel.

Je ne vois pas comment on peut faire un dépistage auditif ou visuel sans matériel. Au niveau du cabinet je ne peux pas faire grand-chose non plus.

Comment organiser une collaboration avec la médecine générale pour faire ce dépistage?

Vous le faites comment vous ce dépistage?

Qui vous fournit le matériel?

Qui vous a formé?

Le Conseil Général! Donc c'est bien un problème de matériel et de formation, pour nous.

D'autant plus que mon installation ne favorise pas le dépistage. Et d'autant plus qu'ils peuvent être faits par d'autres personnes que les médecins généralistes: des auxiliaires médicales, des infirmières ! Il y a des métiers à réinventer! (Soupir) De toutes façons il va bien falloir! (Éclat de rire). D'ici quelques années, des médecins généralistes, il n'y en aura plus! La médecine libérale pour moi elle est morte.

Pour moi, pour la médecine libérale les jours sont comptés! 10 ans maximum! On ne fait rien pour aider les médecins généralistes, pour qu'ils s'installent, pour les aider... Au contraire on fait tout pour les dégouter. On a l'impression que tout ce qui est fait au niveau politique est fait pour supprimer la médecine libérale! C'est volontairement que les politiques insufflent à la population que le médecin est une quantité négligeable! Bon, eh bien c'est comme ça!

Comment l'améliorer cette collaboration?

A mon avis ça va être très dur ! Parce que c'est rajouter quelque chose au travail des médecins généralistes qui est déjà surbooké!!

Vous remplissez les certificats et les pages du carnet de santé « dédiées » à la 3ème et 4ème année?

On ne fait d'ailleurs quasiment plus de certificats! Je ne sais pas ce qu'ils deviennent, ils sont dans le carnet de santé. Je n'en remplis plus moi.

Et non je ne remplis pas non plus ces pages du carnet de santé. Je vois les enfants régulièrement, donc je n'éprouve pas le besoin de remplir quoi que ce soit en particulier.

Je fais principalement du curatif et j'essaie de me tenir aux vaccinations. Enfin, je fais en sorte que les parents s'y tiennent. Ça on y arrive, ce n'est pas trop compliqué (éclat de rire, à part certaines populations bien particulières mais autrement on y arrive pour les vaccins. Dans ma patientèle je ne vois pas tant que ça des gens qui ne font pas attention aux vaccinations. Il y en a mais ce n'est pas la majorité!

Quelle est la part des 3-4 ans dans votre patientèle?

Je n'en ai aucune idée. J'ai l'impression d'en avoir, je ne sais pas je dirai une bêtise. Euh... j'en vois mais ça va de 1 mois à 96 ans donc c'est difficile de dire. J'en vois mais ce n'est pas énormément.

Quelle est votre formation initiale?

J'ai fait quelques stages en pédiatrie mais ça remonte (éclat de rire). Je suis plus près de la retraite que du début là quand même.

Je suis installé depuis 2001 sur L. , donc ça fait 14 ans, tout seul, sans secrétariat. Par choix.

Et avant j'étais médecin salarié, j'étais médecin militaire. Et avant j'ai fait pendant deux ans des remplacements puis je me suis installé. Je me suis installé tout seul, par choix. J'avais ma façon de fonctionner, et puis je n'ai pas eu l'occasion en fait. On ne m'a pas proposé d'association, on m'a rien proposé. Je n'ai pas beaucoup cherché en fait.

Avez-vous des liens avec la PMI?

Non aucun! Je ne sais même pas où elle est située (éclat de rire). Et je ne vois pas l'utilité d'en avoir.

Entretien 3: Homme, 40-45 ans, en maison médicale avec secrétariat, en milieu rural

Durée 10min30

Racontez-moi comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les 3-4 ans?

J'ai rien préparé, alors. En terme de prévention, mon activité chez les 3-4 ans (Il attrape un papier un stylo et commence à noter ses idées). Alors, la vaccination ... (Blanc) Les problèmes de croissance, la biométrie, donc le suivi de la croissance. Humm ... (soupir) les chutes et accidents domestiques je dirais... voilà, j'en parle un peu quand même ... (Blanc) oui, c'est cela oui. Il y a ça surtout ... (Blanc) 3- 4 ans hein ? Oui 3-4 ans ; il y a aussi les troubles du langage, la dyslexie. Et puis audition/vision.

Ma part d'activité de préventif, chez les enfants ce n'est pas énorme. Enfin on compte les vaccins. Je dirai que c'est 20%.

Audition et vision?

Audition je fais avec un diapason, ça m'arrive; et pour la vision je demande en fait, car je n'ai pas d'échelle, 3-4 ans ils ne disent pas, mais je n'ai pas d'échelle avec des animaux. Ça je n'ai pas donc je demande s'ils ont vu l'ophtalmologue, s'ils voient bien, s'il y a des antécédents.

Que connaissez-vous du bilan de santé des 3-4ans?

Vous avez sur le carnet de santé, ce qu'il demande, c'est des consultations dédiées. Je vois les enfants avec leurs parents sur des consultations dédiées pour le remplir et puis parfois il y a les parents qui arrivent avec deux motifs: le problème curatif et qui veulent que je réalise la consultation dédiée en plus; là ce n'est pas prévu donc ça ce n'est pas bien!

Mais il y a tout une partie sur l'audition et la vision que je ne remplis pas car je n'ai pas le matériel. Je fais avec ce que j'ai. Donc je ne fais pas tout, ce n'est pas complet. L'audiogramme je ne fais pas. La vision non plus. Je n'ai pas le matériel.

Et en matière de formation sur les dépistages et la pédiatrie?

En pédiatrie, moi je suis passé quand j'étais externe à l'hôpital des enfants et puis c'est tout. Donc j'ai fait beaucoup de curatif et peu de préventif. Je n'avais pas la possibilité de passer en PMI.

Quelle est la part des 3-4 ans dans votre patientèle?

Ouf...comme ça?! J'en vois beaucoup, ouais je dirais entre 20 et 30% quand même de l'activité. Oui ça doit être entre 20 et 30%, c'est ça.

Comment pourrait-on organiser une collaboration?

Comment je ferais ça moi ?... Je pense qu'il faudrait quelques choses d'assez protocolaire. On fait tous ça à notre façon. Il faudrait des audiogrammes qu'on n'a pas. Il y a un dépistage à la maternité de L. Moi j'ai des diapasons mais ce n'est pas assez; ça monte à 2500 de fréquence mais je ne monte pas assez haut.

Donc déjà un protocole qui soit un peu le même pour tout le monde et qui soit validé. Après, peut-être équiper ou solliciter les médecins pour qu'ils équipent. Sur des petits appareils.

Je pense que les médecins le font déjà mais pas de façon protocolaire. Ils le font de façon informelle et y a certains examens que l'on ne fait pas faute de matériel ou de savoir faire; Et le carnet de santé quand-même. Les parents sont demandeurs de cette visite à 3 ans et 4 ans. Ils demandent beaucoup. Il faut que ça soit rempli pour eux. Ils le demandent. Ils veulent qu'on le fasse. On le fait, mais on le fait à minima.

Je serais intéressé par une formation et des conseils sur le matériel; ça ça m'intéresse beaucoup oui.

Depuis quand êtes-vous installé?

Alors je suis installé à B. depuis 2006. J'exerce depuis 2001 et depuis 2006 en collaboration puis associé. Et là je viens de déménager au sein de la maison médicale depuis 3 semaines. Là je ne suis plus associé mais on travaille dans une maison médicale. On n'a pas de contrat d'association, c'est libre, mais on a les frais en commun c'est tout. Par contre on a des frais en commun, mais on a aussi une entente sur le fonctionnement, la continuité des soins; mais on a rien d'écrit, chacun fait ce qu'il veut. Je m'entends bien avec les médecins donc il y a tout le temps un médecin, on s'arrange, mais on n'a pas de contrat, on n'est pas contraints. Plus d'association, j'ai donné et non, plus jamais.

Et l'exercice en maison médicale permet de partager le matériel aussi, donc équiper un médecin c'est équiper la maison médicale, donc ça favorise l'activité en prévention. De toute façon ici on est trois médecins, y a un podologue, donc on « passe la tête » et on demande un avis ; on peut aussi avoir un orthophoniste, une infirmière.

Avez-vous des liens avec la PMI?

Oui, régulièrement, même avant votre arrivée. L'ancien médecin aussi souhaitait des liens et nous avons construit un projet de prévention qui concernait les 7 ans et plus, mais ça n'a jamais pu se faire.

On s'appelle pour le suivi des enfants qui posent problème.

Je souhaiterais qu'on se rencontre tous de visu. On peut améliorer les liens, pour mieux se connaître et se reconnaître. Et puis voilà, si on nous donne des « tâches » comme les dépistages ça nous permettra de mieux communiquer. Et puis vous avez des ressources, tout le volet social que nous on a pas, dont on a besoin quand même. On a besoin de vos ressources et de votre savoir faire.

Entretien 4: homme, 45-50 ans, maison médicale, avec secrétariat, en milieu rural.

Durée: 12min

Racontez-moi comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les 3-4 ans?

On les voit, en systématique tous les ans. Jusqu'à 6 mois tous les trois mois, puis jusqu'à 2 ans, enfin bref, jusqu'à 2 ans c'est assez systématique. Ensuite ils reviennent en principe. Les parents aiment bien qu'on les voit une fois par an ces enfants-là, même s'il n'y a pas de vaccination. Mais c'est en principe, comme il n'y a plus d'examen « obligatoire », ni de vaccination, ça peut être un creux. Donc les enfants qui vont bien on pourrait ne pas les voir.

Après on les voit sur des pathologies aiguës et c'est à ce moment-là. La plupart du temps, comme on les voit pas très souvent, quand c'est sur des consultations pour les pathologies aiguës, c'est à ce moment là que l'on fait la surveillance poids-taille, on recontrôle éventuellement l'alimentation, les troubles du comportement, les troubles du sommeil. Parce qu'il se peut que les parents nous les amènent, mais ce n'est pas systématique. On a une période de creux, c'est clair.

Et en matière de dépistage sensoriel ? Auditif, visuel?

Alors, on n'est pas systématique dans le sens où on n'a pas d'appareil, donc ce que l'on va faire c'est plutôt un dépistage ciblé, non pas un dépistage systématique. C'est-à-dire que si on pose la question aux parents « est-ce qu'il y a quelque chose qui vous inquiète? » « Est-ce qu'à l'école la maîtresse vous a signalé quelques chose? », parce qu'en général à trois ans ils sont rentrés à l'école, s'ils ne sont pas à l'école, au niveau de la crèche, de la nounou, si ça se passe bien, bref. Et s'ils nous disent rien, on regarde car en général ils prennent les crayons, on voit ce qu'ils font, avec un papier et un crayon, donc on voit un petit peu, le comportement de l'enfant quoi.

Si on a un doute sur un comportement anormal, alors on va questionner plus spécifiquement.

Que connaissez-vous du bilan de santé des 3-4 ans?

Alors moi j'avais la notion en fait, que ce bilan de santé était systématique, et c'était la PMI qui le faisait. C'est souvent ce que je dis aux parents. Dans la mesure où à l'intérieur du carnet de santé on a un certain nombre d'éléments pour cette visite des 3 ans ou 4 ans, notamment des éléments de dépistage pour lesquels on n'est pas équipé, je ne le fais pas. Nous on a des boîtes de Moatti par exemple, pour le 9^{ème} mois, pour l'audition, c'est tout.

On fait un dépistage ciblé, donc si on a des troubles du langage chez cet enfant-là, on va adresser à un ORL, pour qu'il fasse un tymptogramme et éventuellement un audiogramme.

Est-ce que vous accepteriez de faire les dépistages en systématique?

Oui, mais il faudrait que ce soit très clarifié. Ce n'est plus que le médecin des patients qui parle, mais le médecin dans le système de Santé Publique.

Il faut que ce soit clair, c'est-à-dire que ce soit annoncé: vous avez un bilan des trois-quatre ans qui peut être fait chez votre médecin généraliste ; et que ce bilan des 3-4 ans soit déterminé pas qu'avec des pédiatres qui pondent ce qu'il faut mettre dans le carnet de santé. C'est un petit peu ça aujourd'hui un carnet de santé. Il faut se rapprocher de la réalité de notre pratique.

Pour moi, cet examen des 3-4 ans qui est ciblé dans le carnet de santé ce n'est pas forcément les meilleurs éléments de dépistage. A mon avis il y en a d'autre, et c'est une approche différente.

Cette fiche-là qui est à compléter dans le carnet de santé, si on en fait un examen de dépistage systématique, en fait, il faut qu'on ait un petit peu plus, comme des choses à rendre ou envoyer, comme sur l'examen systématique des 24 mois et des 9 mois. Quelque chose à remplir, d'officiel.

Mais que ce truc à remplir ne soit pas déterminé que par des pédiatres, ou des médecins de PMI. Il faut qu'il soit déterminé en accord avec les médecins généralistes. Parce que nous ce qu'on aborde avec les parents, dans ces consultations-là, ce n'est pas dicté par un espèce de guide.

C'est plus une ouverture, c'est des dynamiques familiales. On est des médecins généralistes; on est dans la santé globale du patient. C'est des dynamiques familiales et pas que le trouble auditif ou visuel de l'enfant. Il y a des troubles de l'attention chez l'enfant, ou des hyper agitations, soit disant que l'on pourrait diagnostiquer comme des troubles du comportement et/ou des troubles sensoriels ou effectivement on va trouver des choses.

Si on le fait en systématique à 3-4 ans on va trouver des choses. Si on fait un dépistage ophtalmologique à cet âge, effectivement on va trouver des anomalies. Mais est-ce que ces anomalies sont embêtantes, ou est-ce qu'elles vont se corriger spontanément?

Moi j'ai plutôt l'impression que dans mon recrutement de patients, c'est plutôt quand il y a des petites anomalies, notamment je parle des troubles du comportement, c'est des choses la plupart du temps qui sans prise en charge spécifique, avec beaucoup de rassurance, vont évoluer spontanément favorablement. Je serais très embêté de devoir médicalisé quelque chose qui est de l'ordre du normal.

Comment organiser une collaboration entre nos différents services?

Ça il n'y a pas de soucis. Comme je vous dis, à mon avis, il faut clairement ce document. Un protocole. Comme pour l'examen systématique des 24 mois, il faut le même pour trois-quatre ans.

Quelle est la part de votre patientèle des 3-4 ans?

Oula... pas mal, pas mal ! Parce qu'on a 30% d'activité de pédiatrie, de moins de 16 ans, donc pas mal, pas mal!

Depuis quand êtes-vous installé? Est-ce que votre installation favorise la démarche préventive?

Depuis 15 ans, d'abord en association et depuis un mois dans la maison médicale.

Je pense qu'une maison médicale peut, plus ou moins, favoriser cette démarche de prévention, mais le médecin généraliste « lambda » qui décide d'avoir cette activité-là, il peut l'avoir. Comme il fait l'examen des deux ans, si on nous dit il faut le faire à trois ans on va le faire pareil! ».

Maintenant si ça nécessite du matériel, vous allez avoir un certain nombre de médecins qui vont vous dire, moi tout seul je ne peux pas acheter un audiogramme, je me le sens pas. Dans ce cas-là, c'est la délégation de tâche sur un certain nombre de choses. Si on décide dans les maisons médicales, de déléguer certaines tâches, comme par exemple, un technicien de l'audiogramme qui accepterait de faire ça, alors là oui, peut être qu'en maison médicale c'est plus facile.

Mais attention, de faire un dépistage systématique des troubles de l'audition par des audiogrammes, ce n'est pas l'approche de prévention que j'ai avec les patients de trois-quatre ans, de médecine générale.

La majorité des enfants n'ont pas de trouble de l'audition. Par contre les parents nous disent, « ah je ne sais pas s'il entend bien car il regarde la télé de près » ou « ah quand je lui parle il n'écoute pas vraiment ce que je lui dit, j'ai peur qu'il soit sourd ». Moi le premier truc que je fais quand les parents me disent ça, c'est que je cache ma bouche, et je l'appelle par son prénom en chuchotant et s'il tourne la tête, ben c'est qu'il entend!

Alors, attention à ce que l'on demande.

Mais je ne me souviens pas dans l'examen des 3-4 ans, s'il y a la logique de la voix chuchotée, comme pour moi c'est la PMI qui le fait. Mais s'il y a la voix chuchotée il faut arrêter de faire le reste! Pour moi ».

Est-ce que vous avez des liens avec la PMI?

Oui, on a des liens avec la PMI, surtout pour les enfants que l'on suit et qui posent problème. Sinon les enfants qui vont bien et qui sont suivis à la PMI, il n'y a pas besoin d'une grosse coordination.

Nous on a aussi dans notre pratique cette activité de dépistage et de prévention. Après il faut que les thèmes en prévention soient validés et validés en soin primaire. Et c'est ça à mon avis la vraie difficulté. Parce que si c'est des avis d'expert, il faut à mon avis qu'on soit présent. Car je vous dis, si quelqu'un me dit « il faut trouver les 2% de malentendants, chez des enfants qui ont des troubles du langage », moi je ne vais pas dire ça; je vais dire: il faut trouver parmi ce qui ont des troubles du langage, les 2% des malentendants, et ce n'est pas la même approche.

Mais, nous actuellement on a un logiciel pluri-professionnel; si tout le monde implémente là-dedans, si c'est le DMP c'est le DMP. Ça c'est le lien de connaissance que l'enfant a eu un examen à la PMI. Après, aujourd'hui c'est le carnet de santé qui fait ce lien là».

Entretien 5: Femme, 50-55 ans, exerçant seule sans secrétariat, en rural.

Durée: 8min30

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité, chez les 3-4 Ans en matière de prévention?

Comment définir mon activité chez les 3-4 ans en matière de prévention...Pour moi les enfants de 3-4 ans, je les suis de la même façon que je suis les enfants de 0 à 3 ans, puis de 4 à 6 ans voire après.

Je veux dire, nous les voyons quand les parents les amènent pour les maladies occasionnelles, pour les vaccins, donc on se permet de donner quelques conseils. Après, on ne fait pas une prévention spécifique pour cette tranche d'âge. Pour ce qui est le bilan ORL, audition et vision on ne le fait pas parce que ça ne fait pas partie de ce qui nous est demandé.

Moi je vois ça comme ça... c'est-à-dire c'est un suivi de tous les jours. Un enfant, qu'il ait 3 ou 4 ans ou 3 mois, ce sont les mêmes! C'est le même qui grandit et que l'on prend en charge.

Il n'y a pas de dépistage spécifique puisque ce n'est pas à nous de le faire, puisqu'il est a priori fait par la PMI.

Mais si on nous demande de faire ça en plus ... On nous en demande toujours plus! Il faut faire les examens gynécologiques, les frottis, les implants, les électrocardiogrammes... Toujours plus! Il faut qu'on soit fort partout, dans toutes les spécialités!

Donc nous, nos enfants ont les suit le mieux possible, mais le bilan spécifique je ne pense pas que ce soit à nous de le faire !

Je ne sais pas, je ne sais pas en fin de compte... je ne sais pas si ce n'est pas à nous de le faire. Mais pourquoi à cet âge-là? Pourquoi? Voilà ! Pourquoi doit-on faire un bilan spécifique à cet âge là?».

En terme de dépistage, notamment sensoriel, c'est ...

Oui alors je vous coupe, nous, on ne va pas pouvoir faire tout ça hein ! Ça passe vite les 3-4 ans, le temps passe vite. Voilà c'est ça! On n'a pas forcément le temps de les voir. Il faudrait s'organiser pour faire que ça ou se faire aider dans le cas-là!

Vous en PMI vous avez le médecin de PMI, les infirmières PMI, c'est toute une équipe quand même! Nous la réalité n'est pas la même, c'est tout à fait différent!

Donc je n'ai pas envie de le faire, moi. C'est du temps en plus et encore ajouter quelque chose aux médecins! Combien c'est un bilan? Je ne sais pas, faut au moins 30 minutes voire 45 minutes par enfant pour faire tous ça!».

Alors non, pas pour le dépistage auditif et visuel, je le fais en 10 minutes.

Ah bon? Oui mais même. Il faudrait une consultation dédiée à ça! Et rien qu'à ça! Je n'ai pas le matériel! Vous vous l'avez le matériel, c'est bien plus facile pour vous! Moi ça va m'entraîner que des contraintes en plus!

Moi j'ai travaillé à la PMI, il y a 30 ans, et on m'aider à le faire ce bilan. J'avais le matériel et le temps! Je suis partie de la PMI car je m'ennuyais dans ce monde de fonctionnaires et je me suis installée. Ce n'est pas pour avoir encore plus de contraintes parce que vous ne voulez plus faire votre boulot!

Vraiment le médecin généraliste en ce moment on lui demande de tout faire, et en plus pour 23 euros!

Il y a des services publics qui se déchargent et ne font plus rien ! Comme la médecine scolaire, y a plus de médecins scolaires. Les médecins de PMI y en a de moins en moins. Pourquoi? Vous avez plus le budget?

Nous on fera ça en plus et pour 23 euros! Il ne faut pas se moquer des gens ! Ce n'est pas à moi de faire votre boulot parce que votre service ne met pas les fonds pour embaucher plus de médecins, et ce pour 23 euros.

J'entends votre point de vue. Bon, du coup quelle est la part des 3-4 ans dans votre patientèle?

Je ne sais pas, vous savez ça passe vite les 3-4 ans... Je sais pas peut être 40% de ma patientèle, peut être moins. J'ai une patientèle plutôt âgée. Mais 3-4 ans, vous êtes rigolote, je ne sais pas. Je ne sais pas comment on calcule! Ils savent calculer les autres leur part de patientèle. Je ne sais pas.

Aller je dis au hasard, en évaluant 40%.

Avez-vous des liens avec la PMI? Est ce que vous en souhaiteriez?

Non, ou très peu. Et je n'en souhaite pas (éclat de rire). Je ne sais pas. Pourquoi en aurait-on?

Je ne sais pas. La Pmi c'est quelque chose de tout à fait indépendant. Il y a des enfants qui viennent vous voir à la PMI, mais faut pas se leurrer c'est parce que c'est gratuit! Il y en a d'autres qui vont voir le pédiatre car ils n'ont pas confiance en nous, et puis il y a ceux que l'on suit avec leurs parents. C'est indépendant. Chacun fait ce qu'il veut et chacun son métier. Aucune utilité à ce lien. On fait la même chose.

Vous savez je suis installée depuis 23 ans ici, toute seule, sans secrétariat et je suis très bien. Je n'ai besoin de personne!

Moi, mon exercice médical me convient et rajouter de la prévention spécifique en plus et à la même tarification c'est vraiment nous prendre pour des imbéciles! Et qu'est ce qu'ils en disent les autres médecins interrogés?

Globalement les médecins exerçant seuls, disent comme vous: manque de temps et difficultés en plus. Dans les maisons médicales ils sont plus ouverts à diversifier leur activité et augmenter la part de préventif.

Ah oui, dans les maisons médicales c'est plus simple! On peut déléguer quelqu'un pour faire ça ou même faire différemment: des demi- journée dédiées! Mais c'est plus facile on est à plusieurs. A plusieurs, moi aussi j'accepterais et d'être formée au matériel et de le faire!

De toutes façons c'est très à la mode les maisons médicales! Les nouveaux médecins ont perdu leur vocation! Ils veulent tout, un bon salaire, plus de contrainte, se mettre en maison médicale pour partager tout, ne pas être isoler! Vous êtes une génération, tout vous est dû! Moi, ma génération on travaillait beaucoup plus et on ne se plaignait jamais! Vous c'est tout le contraire! Vous êtes de formation médecine générale et vous allez directement vous faire embaucher à la PMI! Vous n'êtes même pas Thésée! Vous n'avez jamais exercé et directement salariée ! Eh bien c'est bien dommage. Enfin chacun voit midi à sa porte!»

Bref, il faut arrêter de prendre les médecins généralistes de, excusez-moi l'expression, «bouche trous!»

Entretien 6: Femme, 50-55 ans, exerçant seule sans secrétariat, ayant une activité d'homéopathe, milieu urbain.

Durée: 11min 50

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité chez les 3-4 ans en matière de prévention?

Alors, moi je fais beaucoup de suivi de nourrissons et ensuite je vois les enfants en général, s'ils n'ont pas de problème de santé, une à deux fois par an. C'est ce que je demande aux parents. Jusqu'à un an je les vois tous les mois, ensuite en général sur le plan pratique ce qu'il se passe c'est que je les vois à chaque fois qu'ils sont malades, donc ça veut dire plusieurs fois par an. Il y en a qui sont jamais malades, alors je demande aux parents de me les amener au moins une fois par an, donc je les vois en général une fois pour une visite. Si c'est au cours d'une maladie et que je ne les ai pas vu, j'essaie de les peser, les mesurer, regarder le dos, les dents, je fais une visite un peu complète. J'essaie d'en faire au moins une complète par an.

Et en matière de dépistage? Auditif? Visuel?

Non je ne réalise pas de dépistage auditif et visuel. En général pour le dépistage visuel, quand j'ai un doute à l'examen avant 9 mois ou à 9 mois je les envoie directement chez l'ophtalmologue. Et ensuite quand il y a des antécédents familiaux je les envoie chez l'ophtalmologue. En général je le fais avant deux ans.

Je n'ai pas les instruments adéquats pour les faire ces dépistages. Pour le dépistage auditif je fais globalement en lui parlant à l'oreille ou pour qu'il se retourne ou des choses comme ça, mais ce n'est pas des tests particuliers si vous voulez. Sur le plan visuel, je demande aux parents si l'enfant s'approche de la télévision, des choses comme ça ; mais pour les 3-4 ans je ne sais pas vraiment comment faire. Je n'ai pas d'instrument pour le faire.

C'est principalement un souci de matériel. Et en général, je sais que c'est fait à l'école.

Le dépistage est aussi fait à la maternité, au moins pour l'audition. Et après, quand les enfants ont souvent des otites séreuses, je demande facilement un bilan ORL. L'audiogramme est fait par l'ORL.

Cependant c'est vrai que ça m'est arrivé pour un enfant que je suivais, qui avait un petit déficit génétique, et son déficit à été dépisté relativement tardivement vers 6 ans. C'est passé inaperçu puisqu'il ne semblait pas gêner, mais enfin il à quand même été appareillé au moins pour aller à l'école. Depuis je me suis dit que c'est important et depuis je fais le test de la voix chuchotée et je regarde les tympan, mais c'est tout. Ce qui pose le plus de problème c'est le dépistage du déficit génétique.

Les 3-4 ans ce n'est pas non plus évident car ils ne veulent pas forcément répondre aux questions. Ils sont coquins. Cependant l'avantage qu'on a avec les enfants que l'on suit depuis la naissance, c'est quand même qu'on les connaît, on est très attentif. Avec la visite des 9 mois, on sait s'il réagit s'ils s'orientent ou pas. Dans la mesure où on les suit depuis longtemps je trouve que c'est plus facile de faire un dépistage.

Justement que connaissez-vous du bilan de santé des 3-4 ans?

A l'école je sais qu'ils font les dépistages auditifs et visuels, mais je ne sais pas qui le fait. La PMI peut-être et la médecine scolaire? J'attends que la PMI et la médecine scolaire le réalisent.

Mais si vous me dites que c'est compliqué pour vous de les réaliser, je pense que c'est à nous de vous aider! On pourrait organiser une collaboration assez simplement. Je pense qu'il suffit que je me renseigne sur les tests à réaliser, mais il restera le problème du matériel. Il faut m'aider à m'équiper, me montrer et ça sera bon. J'accepterais de les faire, c'est dans la continuité de la prise en charge de mes patients et puis ça ne doit pas durer très longtemps à faire.

Avez-vous les liens avec la PMI?

Non, mais j'en souhaiterais dans la mesure où, par exemple, dans le cas d'une petite fille pour moi c'était évident que c'était une enfant qui avait des problèmes autistiques, et voilà ça a été difficile pour moi de le faire entendre aux parents.

On pourrait, je ne sais pas, plus se téléphoner. C'est un peu difficile pour nous sur le plan téléphonique car c'est difficile de vous avoir au téléphone. Le médecin n'est pas toujours là, ce n'est pas toujours les mêmes horaires, le contact n'est pas évident.

Alors peut-être par mail. On pourrait s'interroger, ou alerter par mail. On pourrait lui faire passer les courriers des enfants que l'on suit. Je ne l'ai pas le mail du médecin. Je ne sais pas, peut-être qu'il n'y a pas de boîte mail sécurisée.

Et en termes de formation, je vois que vous êtes aussi homéopathe ; pouvez vous me raconter un peu votre cursus?

Alors j'ai d'abord été installée pendant huit ans à Toulouse comme médecin généraliste. J'étais associée avec un médecin généraliste qui avait déjà ouvert lui-même un cabinet. Pendant ce temps-là, j'ai fait une première formation en homéopathie. Ensuite, je suis venue ici pour des raisons professionnelles de mon mari. J'ai racheté un cabinet d'homéopathie à Langon et puis j'ai transféré le cabinet ici à Bazas, pour des raisons pratiques puisque je n'avais pas envie de faire les kilomètres tous les jours; donc je me suis installée pas loin de chez moi.

Je suis installée ici depuis 2002.

De part mon activité d'homéopathe j'ai une grosse part d'activité préventive, bien que l'homéopathie soit préventive et curative. En homéopathie, on a une vision différente de la médecine classique. Par exemple, pour nous un enfant qui va faire une rhino tous les mois, ce n'est pas un phénomène ponctuel, c'est une fragilité; et donc c'est ça que l'on va traiter; et c'est ça la prévention. C'est le fait de traiter le terrain qui va faire que quand il va rencontrer le virus, il va être plus à même de se défendre.

Quelle est la part des 3-4 ans dans votre patientèle?

Je ne sais pas exactement, mais je sais que c'est plus de 50%. Je vois beaucoup d'enfants, mais particulièrement les 3-4 ans je ne sais pas. De toutes façons, plus l'enfant grandit moins on le voit et de plus ça dépend ce que l'on appelle patientèle: c'est le nombre d'enfants de cet âge-là, ou c'est le nombre de visites? Je ne suis pas capable de le dire précisément.

Entretien 7: Femme, 45-50ans, exerçant en maison médicale, en milieu rural.

Durée: 8 min43

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les 3-4 ans?

(Blanc...) C'est compliqué. J'aurais dû y réfléchir avant, parce que comme ça, spontanément, c'est compliqué.

Je ne les vois pas forcément régulièrement à 3-4 ans. Je les vois régulièrement jusqu'à 24 mois, après je demande à ce qu'il y est une visite par an. Ils viennent quand ils ont besoin, en fonction de la pathologie qu'ils présentent. Quand ils viennent je fais une grosse visite; je vérifie le poids la taille; je discute pas mal avec les parents au niveau alimentation, sommeil ; je vérifie les pieds; je leur prends la tension. Je suis très attentive lors de cette consultation mais après je fais rien de plus. Je ne fais pas de consultation dédiée dépistage chez les 3-4ans. J'évoque aussi les problèmes de « pipi au lit », j'essaie de l'aborder facilement ça. Je demande aux parents s'il y a des modifications dans la vie familiale, divorce, décès.

Et terme de dépistages auditif et visuel?

Je ne fais pas. S'il y a des antécédents je les envoie systématiquement chez l'ORL et l'ophtalmologue. Si je les vois très souvent pour des maladies récurrentes, ou que les parents m'interpellent en disant « la maîtresse nous a dit qu'il fallait répéter », ou qu'il y a une baisse au niveau de la scolarité ou quelques troubles du langage, à ce moment là je fais, mais pas systématiquement.

Après, je sais que les enfants sont vus dans les écoles. Il y a le bilan qui permet de voir l'audition, la vision, le langage et puis après il y a le poids, la taille. C'est le médecin scolaire qui fait ça et j'attends qu'il le fasse.

Comment pourrait-on organiser une collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI pour la réalisation de ces bilans?

Il m'est arrivé d'avoir des liens avec la PMI, justement pour des difficultés chez un enfant car je n'arrivais pas à faire passer le message, pour cette petite fille avec des troubles autistiques. Les parents n'avaient aucune accroche particulière, ils banalisaient complètement. Je me suis mise en contact avec le médecin de PMI et j'ai insisté auprès des parents pour qu'ils y aillent. Là on est en relation encore pour cette petite fille, on n'a pas réussi encore à déclencher le rendez-vous spécialisé, c'est compliqué. Elle m'a dit qu'elle allait renvoyer un courrier en mettant la pression auprès des parents, en expliquant que si rien n'était fait ça risquait de se terminer en signalement. Moi de mon côté j'ai expliqué aux parents que ça risquait de se terminer comme ça s'ils ne faisaient rien. On essaie de travailler mais sur des points un peu particuliers.

En termes de dépistage, on pourrait aussi s'organiser.

Pour que ça s'organise il manque du lien, du dialogue. Il faudrait aussi du matériel. On n'est pas assez équipé pour effectuer ces dépistages, et pas formé sur ces dépistages. Si on me forme et qu'on me procure le matériel, je suis d'accord pour les faire. Il ne faut pas non plus que j'y passe trop de temps. Ça prend du temps et on n'est pas toujours complètement disponible. Il faut aussi un protocole pour faire un dépistage de masse. Il le faut pour que l'on soit sur les mêmes pratiques tous ensembles. On peut mettre en place le protocole, ou que vous l'établissiez, et vous me demandez mon avis pour voir s'il y a des choses omises ; on en discute et on le diffuse pour mettre la chose en place.

Ça serait bien... Moi je veux bien les voir sur une consultation dédiée sur une demi-journée par mois, voire une journée.

Quel est votre cursus? Pourquoi l'installation en maison médicale?

J'ai fait 10 ans de remplacement et ensuite je me suis installée dans un petit village; j'ai repris la patientèle d'un médecin qui partait à la retraite, mais toujours dans l'idée de m'installer dans cette maison médicale. Or, la maison médicale a mis dix ans à se faire.

Mon installation n'était que dans le but d'être dans une maison médicale. Ça n'a que des avantages: la sécurité diagnostique, ne pas se retrouver toute seule à gérer une urgence, le fait de travailler avec les infirmières, la psychologue. Après, la maison médicale garantit la continuité de prise en charge de mes patients quand je ne suis pas là. C'était quand même relativement compliqué de trouver un remplaçant dans mon petit village, et à chaque fois il fallait les former. Ici on est en réseau informatique, donc quand je ne suis pas là l'un de mes collègues gère les choses les plus urgentes. Ça fait quand même une multitude de raisons ! J'exerce depuis 20 ans et depuis un an sur la maison médicale.

Quelle est la part des 3-4 ans dans votre patientèle?

Je suis incapable de vous dire. Je me posais la question à midi mais je suis incapable de vous dire. Je sais qu'en temps que femme j'en ai plus que mes confrères.

Entretien 8: Femme, 35-40 ans, exerçant au sein d'un cabinet de groupe avec secrétariat, en milieu urbain.

Durée: 11 minutes

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les 3-4 ans?

Je ne comprends même pas la question (rire). Comment je définirais mon activité en terme de prévention chez les 3-4 ans? En prévention?

Non, je ne fais rien en prévention chez les 3- 4 ans. Je fais 9 mois, 24 mois, et après on les voit régulièrement parce qu'il y a les maladies infectieuses, donc du coup c'est des enfants que l'on connaît bien. On les voit régulièrement. Moi je les pèse et les mesure systématiquement en fait. Je déborde un petit peu du cadre infectieux pur pour lequel ils viennent. Cependant je ne fais jamais revenir les parents pour une consultation purement prévention. Jamais.

Et en matière de dépistage auditif et visuel?

Non je ne fais jamais ça. Après ce n'est pas quelque chose que je vais rechercher dans les discussions avec les parents. Les antécédents ce n'est pas forcément ce que je recherche. Ça c'est sûr que non. Après ça peut venir dans une conversation. A ce moment-là je recommande d'aller voir un ophtalmologue. Je crois que les ophtalmologues veulent les voir dès 6 mois. Donc c'est vrai que régulièrement, enfin pas régulièrement, mais j'incite les parents à aller voir un ophtalmologue.

Nous on n'est pas appareillés pour faire les dépistages, ni auditifs ni visuels. Donc j'oriente à la demande des parents ou des instituteurs. Quand ils me disent « ils n'entendent pas bien », « il nous fait répéter », j'oriente. Je fais attention aux troubles de l'élocution ou quand il s'exprime pas bien. Cependant, en général les parents ne viennent pas que pour ça.

En général c'est lors de consultations pour des pathologies infectieuses qu'ils nous disent «tiens au fait Docteur, il n'entend pas bien», ou «j'ai un doute sur sa vue car il se rapproche de la télévision». Je ne fais pas de consultation dédiée. Ma démarche c'est plutôt d'orienter, pour un bilan orthophoniste ou faire un bilan ORL. Je ne les fais pas les tests.

Que connaissez-vous du bilan de santé des 3-4 ans organisé dans les écoles?

Je connais uniquement parce que j'ai un petit garçon qui est passé en petite section et qui a eu droit à ce bilan en maternelle. Après j'avais donné le carnet de santé, qui n'avait pas été rempli en plus. Voilà ce que j'en avais retenu. C'était essentiellement pour le dépistage visuel et auditif. D'ailleurs je ne sais pas, car je ne sais pas s'ils sont très attentifs les enfants. J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de faux positifs; mais bon ça permet au moins de dépister. Mon fils par exemple répondait à coté car il n'était pas concentré, et du coup il à été détecté à tort. Je pense que ça arrive régulièrement, mais ça a le mérite d'exister.

Après en matière de matériel, je ne sais pas exactement ce que vous utilisez. Je sais qu'il y a un appareil pour le son avec un casque. Au niveau de la vision j'imagine qu'il ya des petites images à voir de près et de loin. Peut-être qu'il y a un test un peu plus précis avec des petits filtres verts et rouges.

Comment organiser une collaboration avec les médecins généralistes pour réaliser ces dépistages?

Alors déjà le matériel, si on doit s'équiper et qu'il coûte 1500 euros évidemment c'est un frein. Après c'est sûr que c'est très intéressant à faire. Moi ça m'intéresserait, c'est sûr. Je suppose en plus que le matériel, notamment pour les tests visuels, ne doit pas être très onéreux.

Je fais beaucoup de pédiatrie et on a énormément d'enfants que l'on envoie chez les ORL pour des otites séreuses, des troubles auditifs sur otites séreuses avec indications de diabolos etc ... C'est sûr que si on pouvait les dépister ça serait toujours un truc de plus. Encore que, il faudrait dédier une consultation que pour ça, avec peut être un tarif adapté au dépistage. Ça ne pourrait de toute façon en aucun cas rentrer dans les 15 minutes que nous avons pour faire la consultation.

En tout cas en réfléchissant sur les conditions de réalisation et en protocolisant l'histoire, oui pourquoi pas réaliser la consultation?

Avez-vous des liens avec la PMI? Souhaiteriez-vous les améliorer?

Oui j'en ai. J'en avais plus avant avec l'autre médecin. Depuis que le nouveau médecin est arrivée j'en ai moins, mais aucun souci particulier. On avait des familles en commun que l'on suivait avec des enfants placés, donc forcément ça aide pour le lien. On s'appelait facilement. Cependant je ne doute pas que même actuellement je peux l'appeler. Donc rien à améliorer, on a des liens utiles.

Quelle est la part des 3- 4 ans dans votre patientèle?

Houla, c'est très précis. En grosse fourchette ? Même si parfois on donne des grosses fourchettes qui ne sont pas bonnes d'ailleurs. Je ne sais pas, je dirais que ce n'est pas la majorité de ma patientèle, et je dirais 30% je pense. On a souvent l'impression que c'est plus que ça mais si on compte sur une journée ou deux on se rend compte que ce n'est pas forcément la majorité.

En matière de formation et d'installation? Quel est votre cursus?

Je suis installée depuis 2006 en cabinet de groupe. Je suis installée en cabinet de groupe car c'est plus confortable.

D'ailleurs dans votre projet de collaboration, il me semble que les cabinets de groupe seront le plus simples à équiper.

Tous les frais d'achat seront divisés par 5, en tout cas pour nous. En plus ce matériel on ne l'utilise pas forcément tous les jours, donc à 5 on a plus de chance de le rentabiliser. Ce sera un service rendu donc il va falloir y trouver un intérêt à l'amortissement. Donc si on n'a pas de bénéfice à cet achat, on ne va pas les réaliser. C'est donnant/donnant presque, j'ai envie de dire. On ne va pas juste rendre encore un service de plus si on en a aucun intérêt.

Mais ici on est un cabinet de 4 femmes sur 5 médecins donc on a beaucoup de pédiatrie et on aime beaucoup notre confort avec un matériel adapté.

Entretien 9: Homme 45-50 ans, exerçant en maison médicale avec secrétariat, en milieu rural.

Durée: 13 minutes

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les enfants de 3-4 ans?

(Blanc)

On les voit régulièrement et la première chose que l'on fait c'est d'ouvrir la page du carnet de santé au niveau des vaccinations bien sûr, pour vérifier que les vaccinations soient à jour. Au moins les obligatoires. Je réalise le conseil vaccinal, les conseils d'hygiène en général, que ce soit alimentaire, corporel, hygiène de sommeil, jeux électriques. L'hygiène alimentaire c'est une catastrophe! Voilà, ça c'est les bases. Quand on a fait tout ça, c'est déjà pas mal.

Après bien sûr il y a la visite classique, pour la vérification du bon développement staturo pondérale, ou sur le plan sexualité on examine les testicules pour vérifier qu'elles soient bien en place mais généralement ça, ça a été fait avant.

Voilà je crois que je n'ai rien oublié. Si, il y a aussi tout ce qui est trouble visuel ou autre, mais ça ça remonte en général de l'école; ou des maux de tête ou de l'inconfort de l'enfant qui pourrait nous y faire penser. Trouble auditif, c'est pareil en général ça a été pris en charge avant.

Par conséquent s'il y a un trouble visuel ou auditif, j'oriente vers un spécialiste. Je ne m'amuse même plus à leur faire les petits tests, voix chuchotée ou autre. On ne peut pas dire qu'avec nos moyens on soit cohérent dans les prises en charge de ce côté-là. Dépistage auditif avec les moyens que l'on a et le peu de pratique, c'est compliqué et peu cohérent. Il y a des gens spécialisés dans ces dépistages avec des outils bien spécifiques. Il me semble.

Vous à la PMI, vous avez l'habitude de les faire, vous avez un matériel adapté et récent, et un temps dédié à ces dépistages. Nous nous avons un problème de matériel de temps et de pratique. Ce sont des choses que tu fais bien quand tu les pratique régulièrement. Tu ne peux pas improviser, avec un dépistage auditif tous les mois et dire que tu maîtrises. Comme tous les gestes il faut les pratiquer régulièrement pour être à l'aise.

Comment pourrait-on organiser une collaboration entre service de PMI et médecine libéral afin de réaliser ce dépistage de masse?

Je crois qu'à l'heure actuelle nous n'aurons pas de temps dédié pour faire ce dépistage. L'exercice en milieu rural comme le mien est très chronophage. Par conséquent il faudrait l'organiser avec du personnel paramédical formé. A mon avis ça ne relève pas de personnel médical, au même titre que l'orthoptie n'est pas réalisé par l'ORL, mais par des techniciennes. Il faudrait donc que ce soit, soit une technicienne, soit un paramédical formé. Il faut également convoquer les parents avec des sessions organisées, par exemple un mercredi par mois elles tournent sur les différentes maisons médicales. Cela peut être également une infirmière de la maison médicale, avec un temps dédiée à ça. Je crois que cela ne peut s'organiser que comme ça.

Tu as travaillé avec nous, donc tu connais le fonctionnement du cabinet et le temps que l'on peut avoir à consacrer à d'autres activités que l'activité de soins. C'est un temps très restreint et tout le temps que l'on consacre à faire autre chose que du soin on doit le rattraper le lendemain, le surlendemain ou le week-end. C'est toujours du temps en plus et on à de plus en plus de missions. Pour en revenir à la problématique de chez moi, on dit tout le temps qu'on manque de médecins en rural et on nous rajoute tout le temps des charges en plus. Certes, ces charges sont infimes, mais une petite plus une petite et une autre, à la fin c'est sur notre activité auprès des patients que ça se répercute. Cela devient ingérable. Pour en revenir à ta question, encore une charge de travail, où la mettre? Mes patients j'en fais quoi?

Tu le sais mon planning est constamment surbooké. Ce sont les mois les plus tranquilles et par exemple hier j'ai fait 8h-20h; ce soir je vais finir à 21, mais malheureusement je ne fais pas ce que je veux. Je ne pourrai pas, moi, répondre à ta demande.

Par contre on peut envisager de dédier une infirmière du cabinet si elle est intéressée, ou une infirmière de la PMI peut venir et elle aura les locaux.

Le bilan de santé organisé dans les écoles actuellement, qu'en connaissez vous?

Je suis d'autant plus surpris car j'ai l'impression que ce que l'on faisait il y a vingt ans. Alors je ne connais pas bien la médecine scolaire, le nombre d'enfants par médecins, mais il me semble qu'il y a vingt ans on avait des visites et le carnet de santé était complété. Actuellement on ne les voit plus. On voit une fiche jointe, avec poids/taille et c'est tout. La problématique du poids et souvent montrer du doigt sauf que ce n'est pas que ça! A vouloir prendre en charge tous les problèmes on néglige les gros problèmes! Après la médecine scolaire, je n'ai pas la prétention d'en parler car je ne connais pas. Je suis surpris qu'ils ne connaissent pas les nouveaux calendriers vaccinaux en vigueur depuis 2013, c'est tout.

Quelle est la part des 3- 4 ans dans votre patientèle?

Je dirais que les moins de 16 ans représente 35%, à peu près. Je vois beaucoup d'enfants toujours. J'aime la pédiatrie et je me sens à l'aise avec les enfants. En prenant de l'âge peut-être que j'en aurai moins. Je prends plaisir à faire de la pédiatrie plutôt que de la gynécologie qui n'est pas mon truc.

Après de nos jours, je suis très surpris par les parents. Je trouve que les parents de nos jours sont vraiment pauvres intellectuellement dans la gestion de l'hygiène alimentaire de leurs enfants. Je trouve que c'est une catastrophe. Quand on te dit « je trouve qu'il est un peu costaud » et que tu commences à aborder le sujet, tu te rends compte des tares des parents! Ce n'est pas les enfants là! Alors tu leur expliques et ils te répondent « mais on ne va pas les frustrer! » Oui mais enfin, ce sont quand même les parents, faut pas rigoler quoi! On vient t'expliquer que les enfants mangent entre les repas car comme ils ne mangent pas au repas il faut bien qu'ils se nourrissent. Bon! Les conduites alimentaires aussi, le matin on arrête les cochonneries, on prend du pain du beurre un lait au chocolat un fruit, un repas équilibré ! Et bien non, déjà-là ce n'est pas possible. Il faut laisser tomber dans ces cas-là, sinon tu ne ferais que t'attraper avec les parents. On dit ce que l'on en pense. Cependant on va quand même voir la diététicienne. On avait moins de problème de poids il y a 30 ans. Comme je dis aux parents : regarder ce que vous mangiez quand vous étiez enfants!

Ce n'est pas si loin que ça! Est-ce qu'au goûter vous aviez des chocolatinnes et des gâteaux? Non, c'était exceptionnel! Il faut donc arrêter, vous êtes dans l'exceptionnel quotidien! Mais ils ne veulent pas l'entendre! On va inévitablement vers le surpoids. Sur le plan hygiène corporel on voit de tout! On a une grosse part de la population qui n'est pas forcément consciente de tout ça. On les laisse à l'abandon. On fait plein de choses mais on oublie de leur donner les clés de bonne conduite, les clés de la vie. Avant on t'apprenait à faire bouillir de l'eau, à préparer des soupes, les gestes quotidiens. Ils n'ont pas les bases immuables, et leur génération ne les auront pas non plus. Ça va être une catastrophe! La prochaine génération va être trop compliquée à gérer.

En termes de formation? Votre cursus?

J'ai fait mes études sur Bordeaux; les urgences pédiatriques en tant qu'externe; j'ai fait très peu de pédiatrie durant mon cursus. Le service de néonatalogie à Pellegrin m'a également beaucoup servi en gestion et manipulation des bébés.

Ensuite j'ai remplacé et je me suis installé ici depuis 2001, d'abord en cabinet et depuis 6 mois en maison médicale.

Avez-vous des liens avec la PMI? Comment les améliorer?

Jusqu'avant ton arrivée il n'y en avait pas. Maintenant on sait prendre le téléphone et faire des liens sur des situations que nous avons en commun et qui nous inquiètent. C'est tout bête, il faut se téléphoner et faire cet effort. La différence c'est qu'il faut que ça marche dans les deux sens. Tu le sais, moi je n'ai jamais eu aucun problème de collaboration.

Entretien 10: Homme 60-65 ans, exerçant en maison médicale avec secrétariat, en milieu rural.

Durée: 7min 53

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les 3-4 ans?

Chez les 3-4 ans, je regarde beaucoup l'appareil locomoteur, la marche surtout, les hernies aussi. Je vérifie et je suis très vigilant à cet âge-là. Après je vérifie le poids, la taille et l'IMC afin de prévenir l'obésité car ça m'intéresse pas mal. Je vérifie également tous les problèmes pulmonaires et cardiaques: asthme, souffle cardiaque. Je fais très attention à l'aspect cutané, pour prévenir l'eczéma ou le psoriasis. Les vaccinations également, le respect du schéma vaccinal et les conseils vaccinaux. Voilà, sur cette tranche d'âge spécifique c'est à peu près tout.

Et en matière de dépistage sensoriel?

A 3- 4 ans c'est déjà fait normalement, sinon c'est déjà presque un peu tard. On vérifie au niveau oculaire. On fait les petits tests avec mes petites images. Ça je le fais toujours. Les audiogrammes aussi j'en fais. J'ai un appareil à audiométrie, ça fais vingt ans que je l'ai. Mais c'est vraiment le maximum 3-4 ans comme âge pour les dépistages.

Que connaissez-vous du bilan de santé des 3- 4 ans?

Rien du tout. Vraiment je n'en sais rien. Et je n'en ai aucune idée de qui fait quoi. Parfois je reçois des papiers mais je ne les lis pas. Donc je n'en attends rien du tout.

Comment organiser la collaboration avec les médecins généralistes?

Je ne sais pas moi. Ici on le fait déjà un peu, mais pas de façon systématique. Et je ne sais pas s'il faut faire un dépistage systématique sur tous les enfants non plus. Entre 3-4 ans on ne voit pas régulièrement les enfants non plus. A cet âge là il n'y a pas de vaccin, les parents ne viennent pas consulter, mis à part pour des pathologies aiguës. On ne les perd pas forcément de vue, mais faudrait les faire venir.

Après, moi j'en fais déjà donc on peut tout à fait équiper la maison de santé et organiser des consultations de dépistages; moi je n'y vois aucun inconvénient.

On peut le faire, on a des internes en médecine générale tous les semestres, donc on peut très bien envisager de faire des plages de consultations dédiées au sein de la maison médicale avec un nouveau matériel. Je fais déjà des consultations dédiées pour l'obésité avec le REPPPOP donc rajouter le dépistage auditif et visuel ça ne me dérange pas du tout, c'est même intéressant.

Quel a été votre cursus? Votre formation?

J'ai fait mon internat au CHU de Bordeaux, je suis passé en service de vasculaire, de cardiologie et après j'ai arrêté mon internat de spécialité pour faire de la médecine générale car j'ai eu un enfant.

Je me suis installé ici depuis 35 ans après une installation d'un an et demi dans un petit village du coin. J'ai également passé une capacité de gériatrie et de médecine du sport. Je suis installé depuis 35 ans ici, d'abord en association de deux médecins, et maintenant en maison médicale avec trois médecins, des infirmières, une kinésithérapeute, un podologue, une diététicienne et un psychologue.

Quelle est la part des 3- 4 ans dans votre patientèle?

J'ai 26% de moins de 16 ans mais te dire exactement je ne sais pas. La population ici vieillit. Je dois avoir 200 enfants sur le secteur. Donc 1/3 d'enfants. J'ai fait aussi la PMI ici aussi. Je faisais une consultation par semaine de PMI de 1980 à 1994, ici, sur le secteur. Je n'ai pas pu continuer car mon associé voulait que l'on partage la patientèle et réaliser un vendredi sur deux et cela n'a pas plu du tout aux parents du secteur. Ils ne pouvaient pas savoir si c'était lui ou moi en consultation et donc ils sont plus venus nous voir. Il n'était pas à l'aise avec les enfants et il m'a coulé ma consultation. Il y avait toujours une puéricultrice avec nous et c'était super!

J'aime beaucoup la pédiatrie. Je ne suis pas trop gériatrie mais bon, j'ai le certificat; mais ce n'est pas ma tasse de thé. Je préfère les enfants.

D'ailleurs auparavant on n'avait pas de liens sur le secteur avec la PMI, mais ça va changer avec ton arrivée ! On va pouvoir unir nos forces pour aider nos familles en difficulté.

Entretien 11: Homme 35- 40 ans, exerçant en maison médicale avec secrétariat, en milieu rural.
Durée: 7min 50

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les 3-4 ans?

Alors, mon activité en terme de prévention chez les 3-4 ans? C'est un peu particulier car je me suis installé qu'en janvier, donc en tant que médecin traitant attiré j'ai surtout des personnes âgées, et des enfants dans ma propre patientèle je n'en ai pas énormément. Mais je reçois le surplus d'enfant de mes confrères. C'est principalement du curatif car pour le moment je crée ma patientèle. En général le suivi préventif se fait avec leur médecin. En termes de prévention, je fais les vaccinations, un dépistage visuel avec le petit imagier. Le dépistage auditif, je ne le fais pas car je n'ai pas le matériel. J'inspecte les tympans.

On oriente aussi à l'orthophoniste pour le langage. On a la chance de l'avoir pas loin et ça c'est pratique. On les adresse très facilement pour un bilan orthophonique.

Dès que l'on a un doute sur la vision aussi on les oriente vers l'ophtalmologue, de façon assez systématique, même sans antécédent à partir de 9 mois. Par contre je ne les oriente pas vers un ORL de façon systématique.

Voilà, c'est à peu près tout. J'attends de récupérer la patientèle de mon beau-père qui part à la retraite, et après je ferai très probablement les suivis réguliers.

Que connaissez-vous du bilan de santé des 3-4 ans?

Le bilan de santé, mon fils vient de le faire. Ils regardent s'ils mangent bien, s'ils dorment bien. Ils font le poids, la taille et après je crois des tests visuels et auditifs.

Après, le dépistage du surpoids c'est très important. Le dépistage auditif aussi d'ailleurs. Nous, médecins généralistes, on n'est pas bon pour ça. On ne nous a pas formés non plus. On n'a pas non plus le matériel adapté aussi.

Il est important ce bilan, c'est un dépistage de masse qui permet de ne pas passer au travers d'anomalies chez des enfants que l'on ne voit plus forcément. A 3-4 ans il y a un creux dans les consultations.

Comment organiser une collaboration avec les médecins généralistes pour réaliser ce bilan?

Qui y passe actuellement? Tu y vas toute seule? Je ne sais pas comment on pourrait l'organiser. Après, si on avait le matériel et que l'on nous formait à ce matériel, avec quatre médecins et un interne en médecine, bien évidemment que l'on pourrait imaginer une collaboration afin de réaliser le dépistage de masse. On peut faire ce dépistage, ça ne représente pas beaucoup de temps. Moi ça m'intéresserait de faire des consultations dédiées pour le dépistage. On le voit, on passe bien trop souvent de fois à côté d'anomalies qui deviennent définitives. Moi ça me plairait, mais pas moi seul, il faut que mes collègues acceptent sinon ça sera trop cher et trop chronophage.

Quelle est votre cursus? Votre formation?

Je suis très original! (Rire) Je suis médecin biologiste de formation et je viens de finir un an de formation de DU pour revenir en médecine générale. Donc j'ai fait un an de stage mais essentiellement en cabinet libéral. J'ai fait quatre ans d'internat à Poitier avec quelques stages en différents services mais pas de pédiatrie. J'ai fait quatre mois de remplacement et je viens de m'installer dans la maison médicale depuis janvier 2015.

Quelle est la part des 3- 4ans dans ta patientèle?

C'est très compliqué de te répondre car je construis actuellement ma patientèle jusqu'à la retraite de mon beau père. Je dirais approximativement 10% de moins de 16 ans. Alors c'est vraiment très peu. Cependant ils sont souvent en très bas âge. De plus comme je t'expliquais j'absorbe pour le moment la patientèle de mes confrères et il y a beaucoup d'enfants sur le secteur. Donc les deux confondus, peut être 30%.

Entretien 12: Femme, 35-40ans, exerçant seule avec secrétariat, en milieu urbain.

Durée: 8min20

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les 3-4 ans?

En prévention? Que la prévention? Et chez les 3-4 ans? Alors je dirais déjà qu'on les voit moins. A 3-4 ans ils sont à l'école et les parents ont moins d'attente, ils sont moins inquiets car ils sont plus grands. Je les vois une fois par an à peu près et surtout pour un rhume ou une angine.

Après il y a certains enfants « fragiles » avec des terrains atopiques que je vois plus souvent. Eux par contre oui, je les vois plus souvent. Et les parents sont très demandeurs de conseils alimentaires, s'ils peuvent faire du sport, manger à la cantine ... Cependant, en règle générale je ne les vois qu'une fois par an. Je ne demande pas aux parents de revenir pour une consultation « type » prévention. Je devrais peut-être, mais je n'en ai pas l'habitude.

Le plus souvent lors de cette consultation, je fais le poids-la taille et l'IMC, donc prévention de l'obésité. Ça j'y tiens. C'est très important de faire attention à l'hygiène alimentaire d'un enfant, ça va conditionner son avenir. Il faut prendre le temps de bien l'expliquer aux parents. Je fais également les vaccinations, le conseil vaccinal et j'essaie de sensibiliser les parents à la nécessité de tous les réaliser. Ça aussi cela devient compliqué, entre les parents de plus en plus réticents et l'absence de tous les vaccins sur le marché. Les parents ils n'aiment vraiment pas ne pas avoir le choix. En plus avec tout ce qui circule sur internet, les pétitions du Pr Joyeux etc. Ce n'est vraiment pas fait pour les rassurer. Enfin ça j'y arrive encore. Je regarde aussi les testicules chez les petits garçons, afin de voir si elles sont bien descendues. Je les fais parler pour repérer les troubles du langage et pouvoir les orienter chez l'orthophoniste. Et puis c'est tout.

Et en termes de dépistage sensoriel, auditif et visuel?

Je ne fais pas grand-chose. Je n'ai pas de petits imagiers ou de diapasons. Généralement ce sont les parents qui m'alertent « la maitresse nous a dit qu'il n'entendait pas bien » ou « il se rapproche de la télévision pour écouter ». Là, s'ils l'abordent je recherche les antécédents: surdité, port de lunettes ... Et j'oriente vers l'ophtalmologue et ou l'ORL. A 9 mois de toutes façons on fait le test de Maotti et à la naissance ils ont le test à la maternité. On a une petite idée du coup.

Il me semble que c'est ce que font tous les médecins généralistes non? Certains ont des imagiers?

En tout cas moi je n'en ai pas l'habitude. Vous savez je suis toute seule au cabinet, j'ai juste un secrétariat pour organiser mes journées, donc c'est compliqué de tout faire rentrer dans une journée.

Il faut s'occuper des urgences aussi, et elles sont nombreuses. Heureusement il y a tout à proximité du cabinet. On n'est pas en pleine campagne, isolée. Vous imaginez! Les pauvres médecins seuls au milieu de nulle part.

Que connaissez-vous du bilan de santé des 3-4 ans?

Houla! Alors j'ai un fils qui vient d'en bénéficier. Ça va me sauver, car je n'y connaissais pas grand-chose avant. Je crois qu'il a eu un dépistage visuel, donc probablement avec des petites images, un dépistage auditif avec un casque. Il m'a raconté que c'était un casque dans lequel chantait un oiseau... (Rire). On lui a montré des images aussi pour étudier sa prononciation et les phonèmes. On l'a pesé et mesuré. Voilà, je crois que c'est tout. Le médecin qui l'a réalisé a rempli son carnet de santé et un papier pour me dire que tout aller bien.

C'est le médecin scolaire qui les fait ces bilans, c'est ça? Comme pour le bilan des grandes sections de maternelle ou c'est la PMI? Je ne sais jamais.

C'est le médecin de PMI qui le réalise en petite et moyenne section, et ensuite c'est l'infirmière scolaire (sourire).

Ah, donc c'est vous qui avez vu mon fils B. à G. Très bien ! Au moins je mets un visage sur un nom.

Comment organiser une collaboration entre nos différents services afin de réaliser ce bilan?

Une collaboration entre nos services... Je pense qu'il faudrait pour que ça fonctionne, que l'on se rencontre tous de visu. C'est important de pouvoir fixer un nom sur un visage. Ça ne pourrait qu'améliorer les liens entre nous. C'est toujours plus facile de prendre le téléphone quand on sait que la personne en face n'est pas austère, pour rester polie. Il faut aussi que l'on ait le numéro direct des puéricultrices et du médecin de PMI. Vous avez déjà essayé d'appeler un secrétariat? C'est long!

Ensuite je ne sais pas, pour le bilan en lui-même, il faudrait déjà que l'on ait le matériel et que l'on nous forme dessus. Il faudrait que l'on nous conseille sur le matériel à acheter, le coût. Il faut qu'on l'utilise régulièrement aussi ce matériel. On ne fait bien que ce que l'on pratique régulièrement. Il faut un temps dédié à cette consultation « dépistage » aussi.

Il faut clarifier la situation avec les médecins généralistes et leur dire clairement ce qu'ils doivent faire, faire un protocole, et annoncer clairement aux parents et aux médecins pourquoi il faut le faire. Avec tout ceci je pense que ça sera possible. (Sourire) En tout cas moi, cela m'intéresse. Cela peut diversifier mon activité. Je peux également partager le matériel avec un autre confrère, pour le rentabiliser. Ça serait bien ça.

Avez-vous des liens avec la PMI?

Non ou très peu. Cela est dû au fait que l'ancien médecin est parti et qu'il y a eu une vacance de poste. Maintenant je sais que c'est vous. C'est dommage que vous n'ayez pas prévenu de votre arrivée, mais je suppose que vous avez une charge de travail très importante, c'est pour cela.

Avant avec l'autre médecin on s'appelait un peu pour nos familles à risque, nos situations en commun. Cependant comme je vous l'ai dit, ça serait bien de disposer de vos numéros professionnels et d'une adresse mail. Ça sera plus simple.

Quelle formation avez-vous eue? Quelle est votre parcours?

J'ai fait mes études à Lille, puis un inter-CHU à Bordeaux, où j'ai rencontré mon mari. Je suis passé en pédiatrie, mais qu'en service de pédiatrie. Je ne suis pas eu la chance d'aller chez le médecin généraliste ou à la PMI comme vous. Cela m'aurait beaucoup plu. Ceci dit heureusement que je suis passé dans un service, pour le curatif.

Je me suis installée il y a 6 ans et je reprends petit à petit la patientèle de mon père. J'exerce seule, mais je souhaite à court terme rejoindre une maison médicale. C'est plus confortable.

Dernière question, quelle est la part des «3-4 ans dans votre patientèle?

C'est très précis! (Rire) J'ai 30% de moins de 16 ans, c'est tout ce que je peux vous dire.

Entretien 13: Homme, 40-45 ans, exerçant seul sans secrétariat, en milieu rural

Durée: 7mins42

Racontez-moi, comment définiriez-vous votre activité en matière de prévention chez les 3-4 ans ?

La prévention chez les 3-4 ans... J'en fais, mais pas de prévention spécifique à cette tranche d'âge. Je fais les vaccinations et le conseil vaccinal. Je les pèse et les mesure, j'effectue un état des lieux orthopédique. Je surveille la marche et l'apparition de ces troubles.

J'essaie de faire des points informations pour les parents à chaque consultation sur l'alimentation et l'hygiène. C'est d'ailleurs très impressionnant le nombre de parents démunis face à l'éducation de leurs enfants. Dès le départ les enfants sont « épargnés » ce sont « des petits rois », il ne faut pas les frustrer. Moi je trouve que ce n'est pas leur rendre service. Comment se construire dans un monde où la difficulté est présente partout si dès le départ on ne sait pas gérer la frustration? Je ne sais pas moi.

Je remplis le carnet de santé aussi. C'est très important. Quoi d'autre?

Si, je les examine entièrement et en sous-vêtements, je vérifie les testicules chez les garçons, mais à cet âge-là c'est déjà presque trop tard. Je ne fais pas de dépistage auditif et visuel. Je n'ai pas le matériel pour, et je n'ai pas le temps non plus. Dès qu'il y a un antécédent, j'oriente en systématique chez l'ophtalmologue ou ORL.

Voilà, c'est à peu près tout.

Que connaissez-vous du bilan de santé des 3-4 ans?

Je crois qu'il est réalisé par des médecins qui se déplacent dans les écoles. Je crois qu'ils sont seuls en Gironde. Ils mesurent et pèsent les enfants. Ils réalisent un dépistage auditif et visuel aux moyens de petits tests. Lesquels, je ne pourrais pas vous dire? Je crois qu'ils font également le dépistage des troubles du langage.

Je sais qu'ils voient tous les enfants de moyenne section de maternelle. Je n'en sais pas plus.

Comment améliorer la collaboration entre nos différents services pour organiser ce bilan ?

Améliorer la collaboration? Je ne sais pas. On n'exerce pas tous de la même manière. Il faut tenir compte de l'environnement et du mode d'installation du médecin généraliste. Comme vous l'imaginez je suis seul donc je gère tout, tout seul. Je ne sais pas comment je pourrais absorber une tâche en plus. Je suis déjà surbooké. C'est dommage car cela m'intéresserait de pratiquer plus régulièrement de la prévention, mais je ne pourrai pas; par manque de temps.

Sinon les autres, je ne sais pas. Peut-être faudrait-il plus de lisibilité entre nos services; que les vôtres se présentent. Il faudrait dire clairement les choses aussi.

Il faut les homogénéiser, demander à tout le monde de faire la même chose. Il faut des conseils sur le matériel et une petite formation pour l'utiliser. Après je pense que ça pourrait rouler.

Avez-vous des liens avec la PMI?

Non aucun, mais cela ne m'étonne pas. Je suis loin de la MDSI et j'exerce seul. Après, si j'ai un doute ou besoin d'un avis je sais que je peux appeler. Peut-être qu'il serait opportun de se rencontrer de visu, ça faciliterait la communication.

On devrait peut-être avoir une boîte mail sécurisée pour échanger. Tout le monde sait que c'est plus facile d'échanger par mail. Moi mes mails je les regarde à n'importe quelle heure, alors que le téléphone on appelle plus passée une certaine heure.

Quelle est votre parcours? Votre formation?

J'ai effectué toute mes études à Bordeaux. Je suis Bordelais et j'aime ma région. Je suis passé comme tous en pédiatrie mais pédiatrie curative. Nous n'avions pas la possibilité d'effectuer des stages en pédiatrie comme vous. Vous, vous pouvez aller chez le médecin généraliste ou même à la PMI maintenant. C'est bien tout ça.

Ensuite j'ai remplacé, puis j'ai fait construire ma maison dans le secteur, donc je suis venu m'installer ici. J'en avais marre de faire de la route tous les jours, déjà que l'amplitude horaire est importante. Maintenant grâce à ceci je peux voir mes enfants, le soir, avant qu'ils aillent se coucher.

Quelle est la part des 3-4 ans dans votre patientèle?

Précisément je ne sais pas trop. Peut-être 20% de ma patientèle mais je vousdis ça vraiment au hasard. C'est peut-être plus, peut-être moins.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

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

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses: que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.