HAL
open science

Consultations des enfants de moins de 16 ans par le médecin généraliste : ressenti et état des lieux des pratiques dans deux secteurs d'Ile-de-France

Lydia Sokolow

To cite this version:

Lydia Sokolow. Consultations des enfants de moins de 16 ans par le médecin généraliste : ressenti et état des lieux des pratiques dans deux secteurs d'Ile-de-France . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01310914

HAL Id: dumas-01310914

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310914

Submitted on 3 May 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.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016 N° 8

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Consultations des enfants de moins de 16 ans par le médecin généraliste : ressenti et état des lieux des pratiques dans deux secteurs d'Ile-de-France

Présentée et soutenue publiquement
le 27 janvier 2016

Par

Lydia SOKOLOW
Née le 6 février 1987 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Monique Horwitz-Guerin, MG

Jury :

M. Le Professeur Gérard Chéron, PU-PH …….. Président
Monsieur le Professeur Bertrand Chevallier, PU-PH
Madame le Professeur Véronique Abadie, PU-PH
Madame le Professeur Frédérique Noël, PA

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Gérard CHERON
Je vous suis très reconnaissante d'avoir acccepté la présidence du jury de cette thèse. J'en suis très honorée.
J'ai toujours beaucoup apprécié participer à vos cours et admiré votre pédagogie.
Je vous prie de recevoir mes remerciements et l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Bertrand CHEVALLIER
Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse.
J'ai eu la chance de pouvoir compter sur vos conseils tout au long de mon parcours de médecine ; je vous en suis très reconnaissante.
Je vous prie de recevoir mes remerciements sincères et respectueux

A Madame le Professeur Véronique ABADIE
Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et de bien vouloir prendre le temps de critiquer mon travail.
Je vous exprime ma profonde reconnaissance.

A Madame le Professeur Frédérique NOEL
Tout au long de ces trois années, vous m'avez enseigné la médecine générale. Je vous remercie de votre implication dans cette discipline, que je suis fière d'embrasser aujourd'hui.
Je vous adresse l'expression de ma plus profonde gratitude.

A Madame le Docteur Monique HORWITZ-GUERIN
Pour vos conseils , votre patience mais également vos encouragements et votre disponibilité, j'ai eu la chance de pouvoir travailler cette thèse avec vous. Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse.
Ces longs mois de travail n'auraient pas été les mêmes sans vous.

A tous les médecins avec qui j'ai eu l'honneur de travailler, qui m'ont formée et accompagnée pendant ces 10 années d'études.

A tous les médecins généralistes qui ont participé à cette étude

A tous mes co-internes, sans lesquels ces trois années auraient été toutes autres.

A mes parents, qui m'ont toujours épaulée, pour leurs mots de réconfort dans les périodes difficiles, pour leur amour indéfectible ; je suis fière d'être leur fille.

A mes sœurs Anastasia et Marie et mon frère Dimitri, votre présence à mes côtés n'a pas de prix ; je ne trouve pas les mots pour vous dire ce que vous représentez pour moi.

A mes grands-parents, je leur dédie ce travail. Ils sont le socle sur lequel je me suis construite.

A tous les autres membres de ma famille, votre soutien m'a été très précieux.

A mes amis, médecins ou non-médecins, votre amitié m'est si précieuse !

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION……..P6

2. **PROBLEMATIQUE……P10**

3. **CONTEXTE…….....P11**

3.1 Histoire de l'enfant……..P12
3.1.a.Place de l'enfant dans la société……P12
3.1.b.Histoire de la pédiatrie……P14
3.1.c.L'offre de soins en pédiatrie……...P15
3.2 Etat des lieux de la démographie pédiatrique……...P17
3.2.a.Formation des internes en pédiatrie……P17
3.2.b.Modalités d'attribution des postes……...P18
3.2.c.Evolution du nombre d'internes en pédiatrie……...P19
3.2.d.Evolution de la démographie des pédiatres……..…P21
3.3 Etat des lieux en médecine générale……..…P24
3.3.a.Formation des internes en médecine générale……..P24
3.3.b.Evolution du nombre d'internes en médecine générale……...P26
3.3.c.Evolution de la démographie des médecins généralistes……P27
3.3.d.Part de l'exercice de la pédiatrie par le médecin généraliste……..…P29

4. MATERIEL ET METHODE……...…P31

4.1 Le questionnaire……...…P31
4.2 L'étude……..……P33
4.3 Recensement……P35
4.3.a.Recensement des enfants……P35
4.3.b.Recensement de la population……P35
4.3.c.Recensement des médecins……..……P35

5. RESULTATS……....P36

5.1 Analyse démographique……P36
5.2 Analyse quantitative : questions 1 à 10……...…..……P37
5.3 Analyse qualitative : questions 11 à 16 …….....P52
5.4 Conclusion de l'étude……P61

6. **DISCUSSION……P61**

7. CONCLUSION……..……P65

ANNEXES……...……P68

Annexe 1 : questionnaire de l'étude……..……P69
Annexe 2 : tableaux des réponses aux 44 questionnaires……..……P71

BIBLIOGRAPHIE……...……..……P72

RESUMES……...P78

1. INTRODUCTION

Parmi toutes les spécialités qui composent la médecine, l'exercice de la pédiatrie a des aspects bien particuliers. Les médecins prenant en charge les enfants doivent s'adpater à un type de consultation où la relation n'est plus binaire mais triangulaire : il ne s'agit pas d'une relation médecin-patient, à deux, mais d'une relation où intervient une troisième partie très importante, les parents. On peut dire que les enfants sont des mineurs sous tutelle : ils sont sous la responsabilité de leurs parents et leur pouvoir de décision est réduit. Bien que le médecin s'adresse en priorité toujours à l'enfant lorsqu'il est en mesure de comprendre, les parents participent toujours à toutes les décisions qui seront prises pour l'enfant. Le médecin doit s'adapter à cette particularité spécifiquement pédiatrique.

Ayant vécu au cours de mes stages d'interne les difficultés de cette relation à trois, j'ai voulu m'intéresser à la pratique pédiatrique du médecin généraliste et tenter de recueillir ses impressions face à ces consultations.

Si l'on étudie la formation des médecins généralistes, la majorité de l'enseignement de la médecine se fait à l'hôpital, et en particulier pour la pédiatrie, par des pédiatres hospitaliers. Cette formation est parfois bien différente de leur prochain mode d'exercice en médecine de ville. Les futurs médecins généralistes font leurs stages dans les services pédiatriques hospitaliers souvent surspécialisés comme la neuropédiatrie, la réanimation néonatale ou la pédopsychiatrie. Le

médecin généraliste installé doit, avec ce bagage, adapter sa pratique de ville aux besoins des enfants.

La place du médecin traitant dans la prise en charge des enfants n'en est pourtant pas moins centrale. Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. Il voit en consultation des nourrissons, des adolescents mais aussi des jeunes adultes et des personnes d'âge plus avancé. La pédiatrie n'est qu'une partie du large éventail de ses compétences.

Ayant validé sa maquette de formation de l'internat, le médecin généraliste à son cabinet doit donc s'adapter aux spécificités des consultations pédiatriques. A cause des difficultés de la relation à trois, mais pas seulement pour cette raison, les consultations sont parfois plus longues : l'examen d'un enfant notamment d'un nourrisson est plus longue que celui d'un adulte, l'enfant ne s'exprime pas toujours explicitement, il faut le temps ensuite de tout expliquer aux parents. Le médecin généraliste doit savoir gérer les pathologies spécifiquement pédiatriques, connaitre les traitements adaptés avec les bons dosages pédiatriques et les effets secondaires. N'exerçant pas dans un cadre hospitalier, seul face à l'enfant et à ses parents, les conditions de travail ne sont pas les mêmes. L'inquiétude face à la responsabilité de soigner des enfants, la peur de passer à côté d'un diagnostic spécifique peuvent ressurgir. Dans le peu de temps imparti, le médecin généraliste doit faire le diagnostic, reconnaître les signes qui vont l'amener à orienter l'enfant

vers les urgences ou un spécialiste. Savoir évaluer les risques est d'autant plus important qu'il s'agit de la santé d'un enfant.

Contrairement aux médecins généralistes, les pédiatres ne suivent que des enfants, et du fait de leur faible nombre en ville, les délais de consultations peuvent être longs. Le médecin généraliste occupe donc une place très importante. En plus des difficultés déjà énoncées, la démographie médicale rend encore plus compliquée la gestion des consultations pédiatriques. La demande est très importante. D'après les chiffres de l'INSEE, le nombre de médecins généralistes installés en ville diminue chaque année, comme nous le verrons plus précisément par la suite. Le nombre de pédiatres installés en ville est lui aussi en diminution. D'après les données de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) (1) et de l'InVS (Institut de veille sanitaire), à Paris(75), en 2007, on recensait 302 pédiatres; en 2013, on n'en recensait plus que 266 soit une baisse de 10% en 7 ans. En Ile-de France, pour les mêmes années, on est passé de 919 à 900 pédiatres soit une baisse de 2%. Le taux de natalité reste quant à lui parfaitement stable ; il était en 2013 en France à 12.6% (2).

En août 2007, le Ministère de la Santé a publié un rapport concernant la prise en charge des enfants en médecine générale dans lequel il dresse une typologie des visites et des consultations en médecine générale (3). Ce rapport confirme le fait que les médecins généralistes sont de plus en plus impliqués dans les consultations pédiatriques. D'après ce rapport, les consultations pédiatriques représentent 13%

de l'ensemble des consultations des médecins généralistes. 88% de ces jeunes patients consultent dans le cadre d'un suivi régulier. Les affections des enfants, généralement bénignes, touchent principalement les voies aériennes supérieures. Un tiers des visites ne donne lieu à aucune prescription. A l'inverse, on a établi que la prise en charge des maladies chroniques ne représente que 10% des consultations chez le médecin généraliste.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) a réalisé une étude sur la prise en charge des enfants de moins de 16 ans (4) qui a également souligné la place centrale du médecin généraliste dans le suivi des enfants de cette classe d'âge. De même en 2004, une circulaire relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) marquait l'importance d'un suivi conjoint des pédiatres et des médecins généralistes pour les enfants (5). Cette circulaire met en avant l'importance d'une médecine de proximité de qualité avec une coordination de tous les acteurs engagés dans le suivi des enfants : médecins généralistes, pédiatres, chirugiens pédiatres, pédopsychiatres, PMI…

Une autre étude menée par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) éditée dans son journal *Baromètre santé* en 2009 (6) a permis d'étudier la nouvelle répartition régionale des médecins généralistes, leur façon de travailler, leurs spécialités et montre l'évolution du mode d'exercice des médecins généralistes. La profession médicale se féminise ce qui se retrouve en

médecine générale. L'activité de prévention reste une part très importante de leur actvité avec, par exemple, le domaine de la vaccination qui est pratiquée par 97,5% des médecins généralistes. De même, le médecin généraliste est le médecin de premier recours d'abord dans toutes les pathologies aigues, mais également dans tout le suivi des enfants : il est en première ligne pour toutes les démarches de prévention, dépistage ainsi que dans la coordination des soins et la tenue d'un dossier médical complet.

2. PROBLEMATIQUE

Ainsi, de nombreuses études ont étudié la place du médecin généraliste dans la prise en charge et le suivi des enfants. Des thèses ont été rédigées en abordant à chaque fois un thème précis : vaccination, prévention…Aucune n' a réalisé un travail global sur les consultations pédiatriques en médecine générale et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de ces consultations ((7) à (21)).

Depuis toujours intéressée par la pédiatrie, j'ai donc voulu réfléchir de façon plus approfondie à cette problématique entre les particularités de la prise en charge des enfants, la demande croissante en ville comparées au manque de ressources.

Partant de l'hypothèse que de plus en plus de consultations pédiatriques vont être effectuées par les médecins généralistes et non des pédiatres, nous avons souhaité nous pencher sur cette situation qui semble devenir plus fréquente ; dans cette perspective ce travail tente de réaliser un état des lieux des pratiques du médecin généraliste et d'analyser son ressenti face aux consultations des enfants de moins de 16 ans dans deux secteurs de la région parisienne.

3. CONTEXTE

Après avoir fait un rappel historique de la place de l'enfant dans la société et de la pédiatrie, nous allons nous intéresser à la formation des internes en pédiatrie et à la démographie des pédiatres installés en ville. Puis nous ferons de même avec les médecins généralistes et nous aborderons la pratique de la pédiatrie par les médecins généralistes.

3.1 Histoire de la société et de l'enfant

Notre étude concernant la prise en charge des enfants en médecine, nous avons voulu commencer par faire un rappel historique : nous avons tout d'abord retracé au fil des siècles la place de l'enfant dans la société ; puis, nous avons étudié l'histoire de la pédiatrie. Enfin, nous avons décrit dans une troisième partie l'offre actuelle de soins en pédiatrie.

3.1.a. Place de l'enfant dans la société

En 2008, la Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel (FAPEO) (22), association belge de parents d'élèves ayant publié de nombreuses analyses concernant les enfants, a rédigé un article sur l'évolution de la place de l'enfant dans la société. Dans notre société actuelle, l'enfant est à la fois un être individuel doté de droits et de devoirs et un être fragile que ses parents se doivent de protéger. C'est un être en devenir. Pourtant il n'en a pas toujours été ainsi.

Au fil de l'Histoire, la place de l'enfant dans la société a beaucoup évolué. Jusqu'au XVIII siècle, l'enfant au sein de la famille représentait une force de travail dans une Europe rurale et agricole. Ce n'est qu'au Siècle des Lumières, au XVIII siècle, avec les progrès de la médecine et la baisse de la mortalité infantile, que la Société va commencer à s'occuper de ses enfants. Au XIX siècle, c'est à l'école que revient la fonction éducative des enfants. Petit à petit, la place de

l’enfant s’individualise, il devient un citoyen à part entière avec ses droits. En 1924 est rédigée la première déclaration des droits de l’enfant à la Société des Nations et en 1989 a lieu la Convention internationale des droits de l’enfant, adoptée par l’Organisation des Nations Unis (ONU) : l’enfant a alors des lois pour le protéger. Il est défini juridiquement comme « tout être humain âgé de moins de 18 ans ».(23)(24)

Alors que jusqu’au XVII siècle, l’enfant n’était considéré qu’à travers l’image de ses parents, il est aujourd’hui un individu à part entière de la société avec des compétences réelles, d’un point de vue cognitif, social et affectif. L’enfant est respecté et écouté. Ses particularités sont prises en compte : c’est l’avènement de la pédopsychiatrie qui cherche à comprendre et à aider les enfants en difficulté. De Freud à Françoise Dolto au XX ème siècle, le monde médical s’ouvre progressivement à la psychologie des enfants. Comme le dit Dominique Youf, directeur du département Recherche études développement du Centre national de formation et d’études de la Protection judiciaire de la jeunesse en France : « la montée de l’idéal démocratique dans les relations privées, l’arrivée de la psychologie au sein de ses mêmes relations, et la réalisation identitaire par la consommation sont les principales causes de l’évolution du regard porté sur l’enfant. ».(25)

3.1.b Histoire de la pédiatrie

Très longtemps, les médecins se sont désintéressés des enfants : ils étaient considérés comme des êtres sans intérêt, de simples « tubes digestifs ». Le fort taux de mortalité infantile était vu comme une fatalité. Le XIX siècle marque un tournant : progressivement les médecins commencent à s'impliquer davantage dans le soin aux enfants. En 1800, Jean-Louis Baudelocque et Joseph Récamier fondent à Paris la première maternité ainsi qu'une école de sages-femmes qui porte toujours son nom. En 1874, la loi Roussel organise la prise en charge des enfants dans chaque circonscription. En 1875, Madeleine Brès est la première femme médecin en France. Elle rédige plusieurs livres de puériculture et dédiera toute sa carrière à la prise en charge de la mère et de son enfant. Ce n'est qu'en 1878 que l'enseignement de la pédiatrie est officialisé en France. En 1911, est créé à Paris le premier institut de puériculture ainsi que le diplôme de « visiteuse d'hygiène maternelle et infantile » future puéricultrice dont le diplôme d'état sera officialisé par décret en 1947. Pour améliorer le suivi des enfants, la loi Strauss en 1935 met en place le carnet de santé donné à chaque enfant dès sa naissance et qui le suivra toute sa vie. Robert Debré créera en 1948 le premier service de pédiatrie spécialisé, distinct des services adultes. Il met en place les premiers réseaux de Protection maternelle infantile (PMI). C'est le début de la pédiatrie

moderne. Petit à petit s'organisent des règles de suivi des femmes enceintes, en parallèle des avancées de la médecine, avec notamment les échographies obstétricales et des règles de suivi des nourrissons. Au milieu du XX siècle apparaissent les premières règles de vaccination jusqu'à devenir le calendrier vaccinal que nous connaissons aujourd'hui et qui est actualisé chaque année. La pédiatrie elle-même se spécialise avec par exemple la prise en charge des enfants prématurés, la néonatologie. (26)

3.1.c L'offre de soin en pédiatrie

De nos jours, plusieurs types de structure permettent la prise en charge des enfants.

Il existe tout d'abord des structures hospitalières. Sur le territoire national, 557 hôpitaux publiques ou semi-publiques prennent en charge des enfants. Certains sont des établissements strictement pédiatriques avec des services surspécialisés ; d'autres sont des établissements possédant un service de pédiatrie au sein d'une offre de soins beaucoup plus large. Des structures privées existent mais leur chiffre global n'est pas répertorié. Sur le territoire national, les urgences pédiatriques sont le plus souvent couplées aux urgences adultes. Plus précisément à Paris, on compte 8 maternités publiques couplées à des services de pédiatrie et quatre grands hopitaux pédiatriques avec des urgences pédiatriques : cette offre

de soin très large est une spécificité parisienne. Dans le 14e arrondissement, qui est celui auquel nous nous intéresserons par la suite, on retrouve l'Institut Mutualiste Montsouris (pour des consultations) et la maternité Notre Dame de Bon Secours. Pour Meudon, qui est la deuxième localité qui nous intéressera, l'hopital pédiatrique le plus proche est Antoine Béclère qui se trouve à Clamart.

Les services de Protection Maternelle Infantile (PMI) accueillent les enfants de moins de 6 ans, les jeunes parents et les femmes enceintes. Ils dépendent des Conseils départementaux. D'après l'annuaire du site internet de la PMI, il existait en 2012, 5100 sites de consultations en France. Plus de 700 000 enfants ont bénéficié d'au moins une consultation en 2012 dans les services de PMI. A Paris, il existe plus de soixante centres de PMI et deux à Meudon. Ces services assurent le suivi des enfants de moins de 6 ans avec un accent particulier mis sur la prévention. Des jeunes couples peuvent y demander des conseils, et obtenir de l'aide en cas de situation diffficile.

Enfin, un réseau de médecins de ville, généralistes ou pédiatres, acueillent les enfants en consultation. Nous verrons plus précisément par la suite le nombre de médecins généralistes et de pédiatres concernés.

3.2 Etat des lieux de la démographie pédiatrique

3.2.a. Formation des internes en pédiatrie

Après six années d'externat, l'Examen Classant National (ECN), créé en 2004 par décret du Ministère de l'Education Nationale, sélectionne le choix des internes par spécialité. Pour la formation des médecins spécialisés en pédiatrie, l'internat dure quatre ans.

Durant ces quatre années (soit 8 semestres), les internes de pédiatrie doivent suivre une maquette de stages bien précise :

- cinq semestres sont à faire dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées en pédiatrie dont quatre en pédiatrie générale, aux urgences pédiatriques ou en néonatologie

- un semestre est à faire en génétique, gynécologie obstétrique ou en santé publique

- deux semestres sont laissés libres : l'interne a le choix de faire ces stages dans les services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées. Depuis novembre 2013, des possibilités de stages de pédiatrie ambulatoire existent mais les places restent très limitées avec en 2013 seulement 13 places sur le territoire national. Des stages en Protection Maternelle infantile (PMI) existent mais sont également très limités. On voit donc avec cette maquette que la place accordée à

la médecine de ville est faible. Les internes en pédiatrie sont formés pour travailler à l'hôpital.

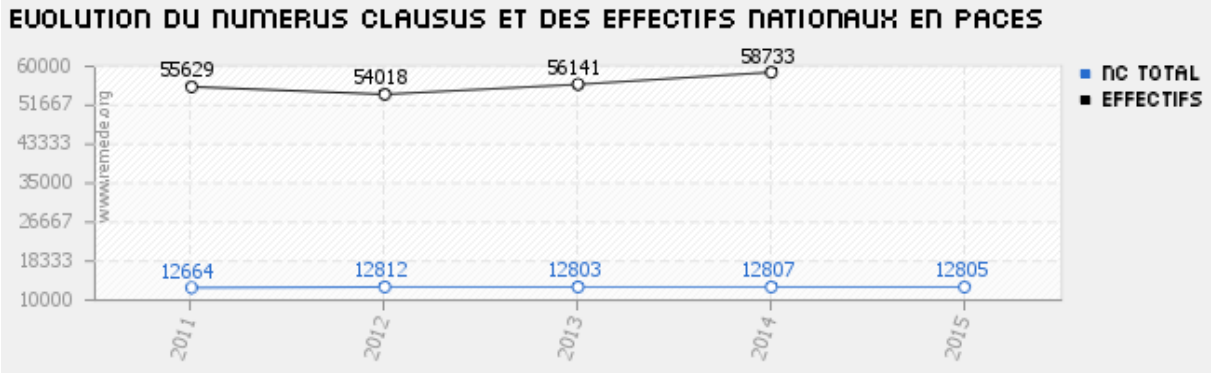
3.2.b. Modalités d'attribution des postes

Les répartitions des postes ainsi que le numérus clausus sont décidés à l'avance. Le 10 juillet 2014, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a publié un arrêté au Journal Officiel donnant la répartition du nombre de médecins à former par spécialité (27). Cet arrêté a été rédigé sur la base d'une étude de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de la Santé (28). Cette étude propose la répartition nationale des postes à pourvoir à partir des propositions des comités régionaux (Agence Régionale de Santé, ARS). Pour parvenir à ces résultats, trois facteurs principaux ont été pris en compte : le flux des médecins (départ à la retraite, nombre de nouveaux internes), la localisation et les caractéristiques des populations destinataires des soins, et l'évolution des différentes spécialités. Ainsi en analysant ces différents facteurs, le nombre de postes de pédiatrie est décidé sur une perspective de quatre ans.

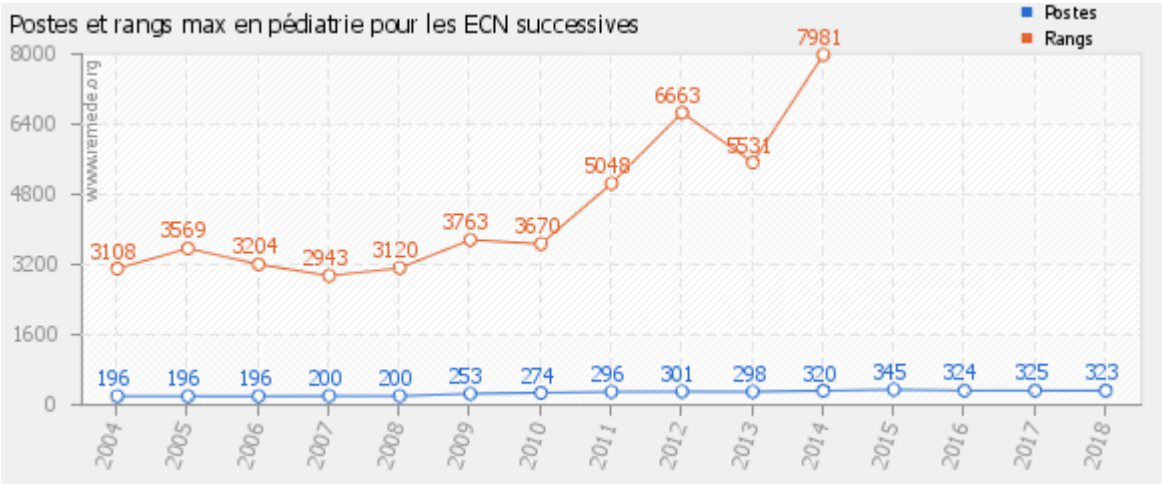
3.2.c. Evolution du nombre d'internes de pédiatrie

D'après les données du site REMEDE.org, qui réalise une analyse statistique des études médicales et paramédicales, on observe que le nombre de pédiatres formés augmente parallèlement au numérus clausus de la première année de médecine et donc du nombre d'étudiants passant l'Examen Classant National (ECN). En effet, d'après ces données, la figure 1 ci-après présente l'évolution du numerus clausus total entre 2011 et 2014. Le numerus clausus total PACES (médical et paramédical) était en 2014 de 12 807 contre 12 664 en 2011 donc une augmentation de 143 places en quatre ans. Pour la filière médicale, le numerus clausus était de 7 492 en médecine contre 7 400 en 2011 soit une augmentation de 92 places en quatre ans. Egalement d'après les données de REMEDE.org, la figure 2 présente l'évolution des postes de pédiatrie entre 2004 et 2014. Lors de l'ECN 2015, 320 étudiants ont choisi la pédiatrie sur 8 054, tous les postes ayant été pourvus ; en 2004, ils étaient 196 pour 3 988 soit proportionnellement 10% de plus qu'en 2015. Ces analyses statistiques ont permis de faire une extrapolation des perspectives à 3 ans de l'évolution de ces chiffres. Elles rendent compte de la poursuite de la diminution de la part d'internes choisissant la pédiatrie : 323 étudiants choisiront la pédiatrie pour 8 452 étudiants inscrits au concours en 2018 soit proportionnellement 12 % de moins qu'en 2004. Rappelons que le nombre de postes sera alors à nouveau déterminé par décret par le Minitère de la Santé comme décrit plus haut.

<u>Figure 1 :</u>Evolution du numérus clausus total entre 2004 et 2014 (REMEDE.org)



<u>Figure 2</u> : Nombre de postes de pédiatrie entre 2004 et 2014 avec le rang maximum et perspective à trois ans (REMEDE.org)



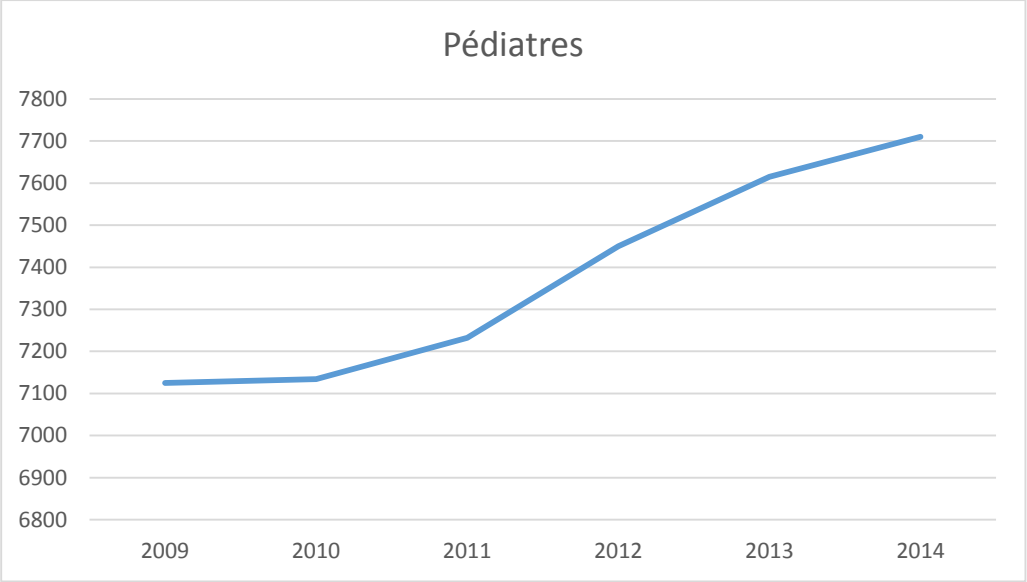
3.2.d. Evolution de la démographie des pédiatres

D'après les données statistiques de l'INSEE de 2014 (27), il y avait en France au 1er janvier 2014, 7 710 pédiatres dont 3 132 installés en ville soit 40%. Compte tenu du nombre d'enfants de moins de 15 ans à cette date soit 12 215 563, ce chiffre correspond en densité à un pédiatre pour 3 900 enfants.

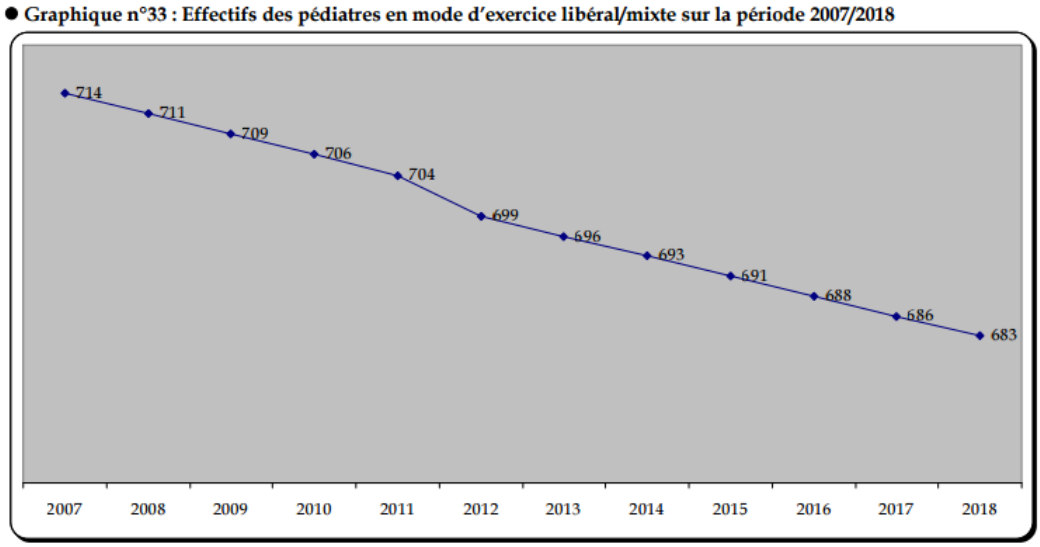
La figure 3 ci-après présente l'évolution du nombre de pédiatres en France entre 2009 et 2014. On observe une augmentation du nombre de pédiatres en France. Pour l'Ile-de-France, qui est le lieu de notre étude, c'est l'évolution contraire : le nombre total de pédiatres est en diminution comme le montre la figure 4.

Paradoxalement, si l'on considère maintenant l'évolution du nombre de pédiatres en exercice par rapport au nombre de pédiatres en ville, le nombre de pédiatres installés en ville reste lui parfaitement stable (figure 5). Un faible écart semble se dessiner entre le nombre de pédiatres formés et le nombre de pédiatres s'installant en ville.

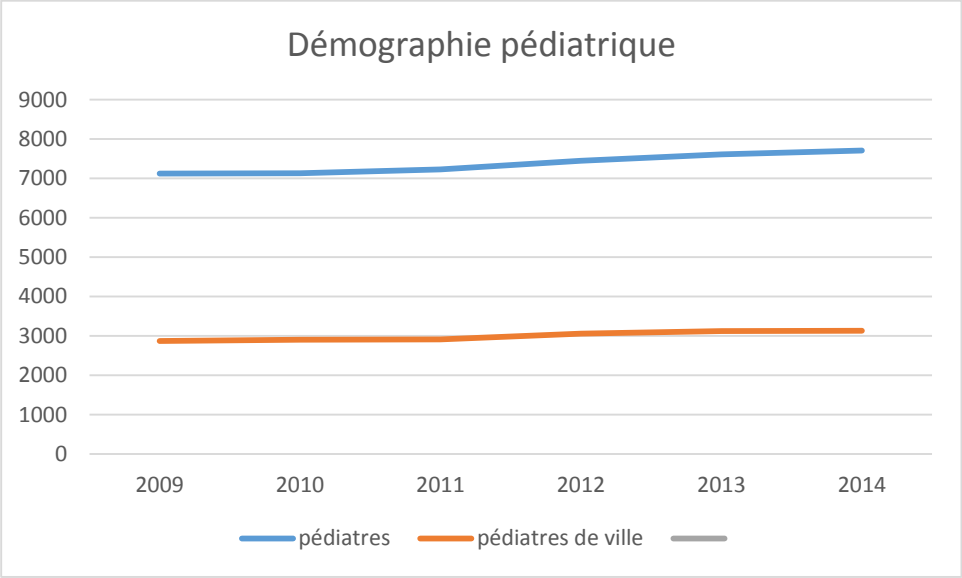
<u>Figure 3</u> : Evolution du nombre de pédiatres entre 2009 et 2014 à l'échelle nationale (INSEE.fr)



<u>Figure 4</u> : Evolution de la démographie des pédiatres installés en Ile-de –France avec perspective à trois ans (REMEDE.org)



<u>Figure 5 :</u> Comparaison de l'évolution du nombre de pédiatres en France et du nombre de pédiatres installés entre 2009 et 2014 (INSEE.fr)



En étudiant de près la démographie des pédiatres et leur répartition à la sortie de leur formation, nous avons ainsi voulu comprendre la relation entre leur maquette de formation et le choix dans leur mode d'exercice. D'après une analyse du Président du Syndicat National des Pédiatres Français (29) , dans une lettre aux pédiatres adressée à l'occasion des journées des professions libérales en octobre 2014 et obtenue sur le site du Syndicat National des Pédiatres Français, l'attrait pour la carrière hospitalière peut s'expliquer en partie par une amélioration des conditions de travail avec un respect de la récupération du temps de travail après les gardes, la diminution des heures ouvrées et l'accessibilité à des postes hospitaliers réputés. Comme nous l'avons vu, peu d'internes en pédiatrie ont pu être formés à la pratique de ville lors de leurs études. L'installation en ville reste

probablement une inconnue pour nombre d'entre eux, loin du travail dans un service spécialisé à l'hôpital, auquel leur maquette les a habitués.

3.3. Etat des lieux en médecine générale

3.3.a. Formation des internes en médecine générale

Après un externat commun avec les futurs internes de pédiatrie, l'internat de médecine générale dure trois ans. Depuis 2004, la médecine générale est une spécialité à part entière. Avant cette date, il n'existait pas de formation particulière notamment en pédiatrie pour les futurs médecins généralistes. La nouvelle maquette permet une formation globale des internes en médecine générale. Trois pôles sont obligatoires ainsi qu'un stage ambulatoire :

- le pôle de médecine polyvalente : médecine interne, cardiologie, pneumologie…

- le pôle mère enfant : pédiatrie, gynécologie obstétrique

- le pôle de médecine d'urgence : urgences adultes

- un stage en médecine ambulatoire est obligatoire : stage en médecine de ville

- les deux derniers stages sont libres avec notamment la possibilité de faire un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires (SASPAS).

Parmi les stages obligatoires, l'interne doit choisir entre un stage de pédiatrie et un stage de gynécologie. Le stage chez le praticien permet une formation en conditions réelles à la prise en charge des enfants. Ce stage est le plus souvent le premier stage en ville de l'interne. Un médecin généraliste installé en ville, ayant signé un partenariat avec la faculté référente, accueille des internes à son cabinet : il devient maître de stage. Le stage se fait d'abord en supervision directe, c'est-à-dire que l'interne consulte toujours en présence du médecin généraliste. Au fur et à mesure des consultations, l'interne participe de plus en plus à la consultation. C'est à ce moment-là qu'une supervision indirecte peut se mettre en place : l'interne fait des consultations seul, le maître de stage restant sur place et disponible en cas de questions. C'est à cette occasion que l'interne peut notamment accompagner son maître de stage en visite à domicile, un mode de consultation spécifique à la médecine de ville.

Deux stages libres complètent la formation, en médecine de ville ou dans un centre hospitalier. Un des stages peut consister en un SASPAS, où l'interne, encadré par un médecin généraliste, également maître de stage, gère seul ses consultations. Il s'agit d'une supervision indirecte : l'interne consulte seul mais le maître de stage reste disponible s'il a besoin de son avis. Tous les dossiers sont relus et corrigés par le médecin généraliste. Ces deux stages permettent à l'interne de mieux s'adapter à son prochain mode d'exercice.

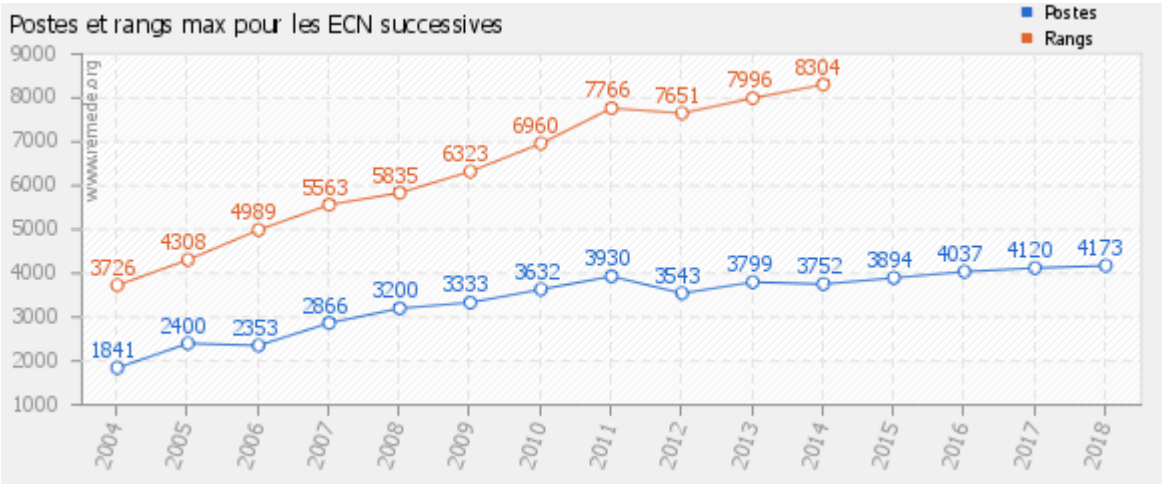
La formation en pédiatrie n'est donc qu'une partie de la formation beaucoup plus large de l'interne en médecine générale. La diversité de la maquette reflète l'exercice du futur médecin généraliste.

3.3.b. Evolution du nombre d'internes en médecine générale

En 2014 à l'ECN, 3 752 étudiants ont choisi la médecine générale sur 8 054 étudiants au total soit 47%. Il faut rappeler que les futurs médecins urgentistes sont comptabilisés dans cet effectif. La figure 6 présente l'évolution du nombre de postes d'internes de médecine générale entre 2004 et 2014 d'après les données de REMEDE.org. On observe une constante augmentation du nombre d'internes choisissant cette spécialité. Comme nous l'avons vu pour les pédiatres, cette augmentation est corrélée à l'augmentation du numerus clausus et du nombre d'étudiants passant le concours. On remarque toutefois que l'augmentation du nombre d'internes choisissant la médecine générale est moins importante que l'augmentation du nombre total d'étudiants passant le concours. La proportion d'internes choisissant la médecine générale est donc en diminution : elle passe de 49% en 2004 à 47% en 2014. L'extrapolation des données sur trois ans prévoit la poursuite de l'augmentation du nombre d'internes choisissant la médecine générale.

<u>Figure 6 :</u> Répartition des postes de médecine générale avec rang de classement et perspective à 3 ans (REMEDE.org)

Le rang indiqué correspond au rang à l'ECN du dernier interne ayant choisi la spécialité de médecine générale



3.3.c. Evolution de la démographie des médecins généralistes

D'après les mêmes données de l'INSEE de 2014 (30), il y avait en France au 1er janvier 2014, 102 140 médecins généralistes dont 69 226 installés en ville soit 68%. Il y a donc en ville un pédiatre pour 23 médecins généralistes. Comme le montre la figure 7 ci-après obtenue grâce à ces données, le nombre de médecins généralistes est en constante diminution. On observe également sur la figure 8, présentant une comparaison de l'évolution du nombre de médecins généralistes et

du nombre de médecins généralistes installés, une diminution du nombre de médecins généralistes installés, parallèle à la diminution du nombre total de médecins généralistes. Sur les 5 dernières années, le rapport de médecins généralistes installés reste entre 67 et 68 % de l'effectif total des médecins généralistes.

Figure 7 : Démographie des médecins généralistes entre 2009 et 2014 à l'échelle nationale(INSEE.fr)

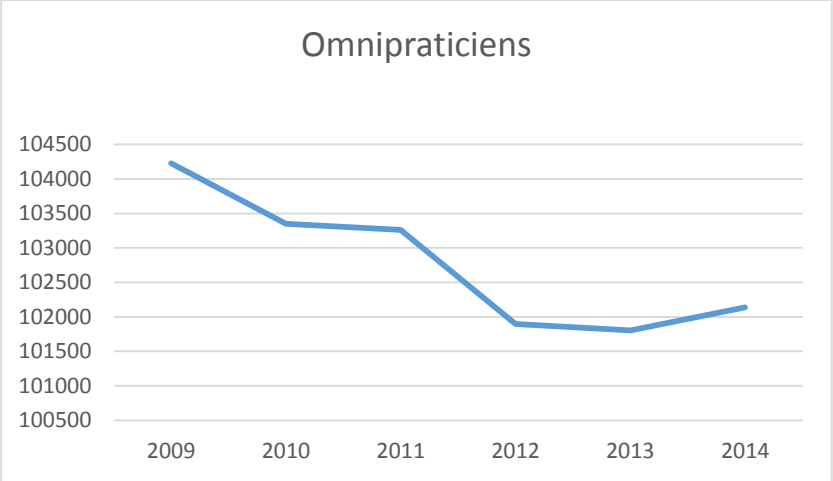
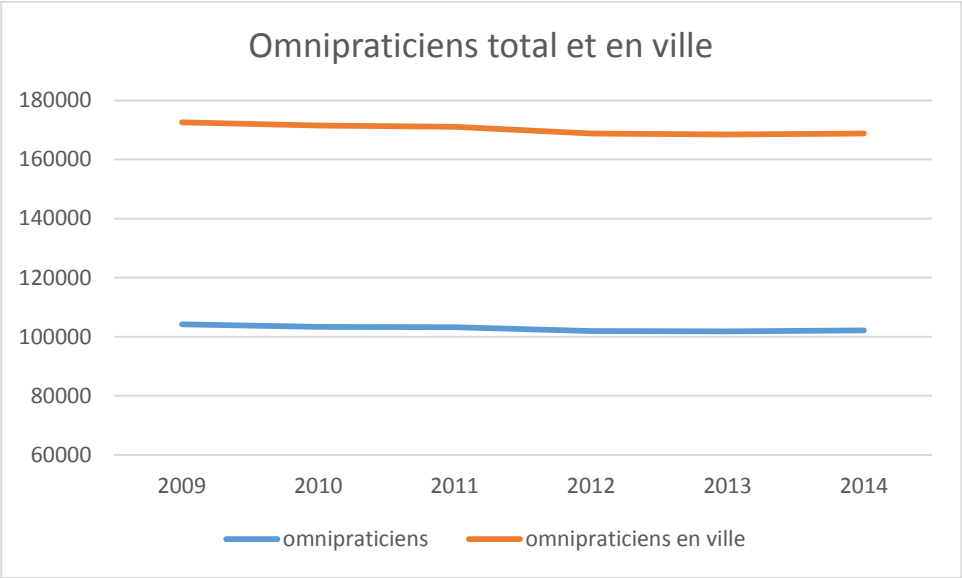


Figure 8 : Comparaison de l'évolution du nombre total d'omnipraticiens et du nombre d'omnipraticiens en ville entre 2009 et 2014 (INSEE.fr)



3.3.d. Part de l'exercice de la pédiatrie par le médecin généraliste

Comme nous l'avons vu en introduction, la médecine générale est une médecine de premier recours. Elle s'adresse à toute la population adultes comme enfants. Les consultations pédiatriques font donc partie des compétences à avoir du médecin généraliste. Cette compétence de pouvoir soigner les patients qui se présentent au cabinet quelque soit leur âge n'est pas nouvelle : elle existait bien avant l'apparition de la pédiatrie moderne avec Robert Debré en 1945. Elle est également rendue nécessaire, comme nous l'avons vu précédemment, par la démographie de la population pédiatrique. En effet avec un pédiatre pour 3900

enfants de moins de 15 ans, la prise en charge des enfants ne peut être organisée que par les seuls pédiatres.

Après l'internat, l'apprentissage du médecin généraliste lui permet d'avoir une large vision du champ de la médecine. Toutefois, avec la maquette décrite plus haut, on remarque qu'il existe une disparité dans la formation en pédiatrie parmi les internes en médecine générale. En effet, lors du pôle mère-enfant, l'interne doit faire le choix entre un stage de pédiatrie et un stage de gynécologie obstétrique : suivant leurs préférences, leurs orientations personnelles, tous les internes ne feront pas les mêmes choix. Ils n'auront donc pas tous le même bagage à la fin de l'internat.

Pour conclure, on observe que la formation des internes de médecine générale en pédiatrie varie d'un interne à l'autre et pourtant, installés en villle, ils seront tous sollicités pour des consultations pédiatriques. Les pédiatres installés étant trop peu nombreux, la place du médecin généraliste est centrale dans la prise en charge des enfants. Il m'a donc paru intéressant d'étudier le ressenti des médecins généralistes installés face aux conditions d'une consultation pédiatrique.

4. MATERIEL ET METHODE

Nous avons décidé de faire une étude sur la part de l'exercice de la pédiatrie par les médecins généralistes. Pour cela, nous avons envoyé un questionnaire aux médecins généralistes de deux localités d'Ile-de-France.

Nous allons tout d'abord décrire le questionnaire utilisé pour notre étude puis nous expliquerons les différentes étapes de construction de l'étude. Enfin, nous analyserons plus précisément la population pédiatrique à laquelle nous nous intéressons.

4.1. Le questionnaire

Préalablement à l'étude, un questionnaire a été élaboré, joint en annexe (annexe 1). Comme nous le verrons par la suite, ce questionnaire était destiné à tous les médecins généralistes de deux localités d'Ile-de-France. Nous avons établi ce questionnaire avec des questions fermées et des questions plus ouvertes où le médecin généraliste interrogé pouvait davantage s'exprimer.

Nous nous sommes d'abord intéressés au mode de fonctionnement du médecin généraliste dans son cabinet : depuis quand est-il installé ? Travaille-t-il en secteur

1 ou 2 ? Consulte-t-il avec ou sans rendez-vous ? Combien de consultations fait-il par jour ?

Nous avons ensuite voulu préciser son activité dans le domaine des soins liés aux enfants : combien voit-il d'enfants par jour? S'agit-il de consultations de suivi ou d'urgence? Comment s'est-il adapté aux particularités de la consultation pédiatrique ? Nous nous sommes appuyés pour cela sur le relevé SNIR que chaque médecin reçoit par courrier ou qui est accessible sur le site *ameli.fr*. Ce relevé précise le nombre de consultations réalisées par le médecin chaque année, le nombre de consultations pédiatriques et côte le nombre de MNO (enfants de moins de 2 ans) et le nombre de MGE(enfants entre 2 et 6 ans).

Enfin, différents thèmes de pédiatrie étaient abordés : l'alimentation, la vaccination, les certificats de sport, pour lesquels les praticiens pouvaient s'exprimer plus librement.

Au total 16 questions permettaient d'avoir un aperçu en données chiffrées des consultations pédiatriques du médecin généraliste et d'analyser les impressions du médecin généraliste face aux consultations de pédiatrie.

4.2. L'étude

L'étude a été menée de juin 2015 à octobre 2015. Il s'agit d'une étude interventionnelle non randomisée. Nous avons voulu interroger le maximum de médecins dans deux localités données et dresser ainsi un état des lieux des consultations pédiatriques dans ces deux localités. Pour notre étude, les localités de Meudon et Paris 14ème ont été choisies. Ce choix a été fait tout d'abord car j'ai réalisé mon stage de niveau 1 dans ces deux localités. La population était très variée : à la fois des familles aisées et des populations plus défavorisées, mais également des couples avec enfants et des personne âgées. De plus, il permettait une analyse à la fois d'une activité dans Paris même et dans la banlieue parisienne. Tous les médecins généralistes installés à Meudon (92) et dans le 14ème arrondissement de Paris (75014) étaient inclus dans l'étude. La liste de ces médecins a été obtenue à l'aide de l'annuaire du site de l'Ordre des Médecins. Ce site permet un accès gratuit à un annuaire comportant la liste complète de tous les médecins généralistes en exercice en France. Etaient exclus de l'étude tous les médecins généralistes travaillant en PMI, à l'hopital ou en centre de santé. Les médecins inclus dans l'étude étaient tout d'abord contactés par téléphone afin de présenter l'étude et demander leur participation à l'étude.

Je me présentais au téléphone et leur expliquais les objectifs de mon travail et comment répondre au questionnaire. Avec leur accord, le questionnaire décrit plus

haut leur était envoyé par mail ou par courrier, en l'absence de mail. Le mail comportait un lien électronique vers un site Survey Monkey. Les médecins généralistes interrogés répondaient en ligne avec envoi direct à une adresse gmail personnelle dédiée à cet effet. Concernant les courriers postaux, ils étaient renvoyés à mon adresse. Une enveloppe timbrée leur était fournie. Les réponses aux questionnaires étaient anonymes ce qui était spécifié au téléphone lors du premier contact. Nous avons réalisé cinq relances par mail pour obtenir l'ensemble des résultats. Pour notre analyse, nous ne pourrons donc pas distinguer les réponses des médecins de Meudon de celles des médecins de Paris. Une fois tous les questionnaires récupérés, une analyse statistique des données était réalisée grâce au logiciel informatique Survey Monkey. Parallèlement, un recensement des enfants de Meudon et du 14ème arrondissement de Paris était effectué. Ces données étaient recueillies par les recensements de l'INSEE obtenus gratuitement sur le site de l'INSEE et mis en ligne en juin 2014.

4.3. Le recensement

4.3.a.Recensement des enfants

Le recensement de l'INSEE de 2013 publié en juin 2014 (31) donne le nombre d'enfants dans ces localités. On compte à Meudon 8 477 enfants de 0 à 15 ans, 3 085 enfants de moins de 5 ans (36%), 2 722 entre 5 et 9 ans (32%) et 2 670 entre 10 et 15 ans (32%). Pour Paris 14ème, 17 515 enfants ont été enregistrés.
6 171 enfants avaient moins de 5 ans (35%), 5 877 avaient entre 5 et 9 ans (34%) et 5 467 avaient entre 10 et 15 ans (31%).

4.3.b.Recensement de la population générale

Lors du recensement de 2012, d'après les chiffres de l'INSEE, on comptait à Meudon une population de 45107 personnes.
La population de Paris 14ème, d'après les mêmes sources et à la même date, s'élevait quant à elle à 142 535.

4.3.c.Recensement des médecins

D'après l'annuaire du site de l'Ordre des Médecins, il y a à Meudon actuellement 27 médecins généralistes et 4 pédiatres.

Pour Paris 14ème , on compte 83 médecins généralistes et 20 pédiatres.

Si on considère que la population de Paris 14ème reste à peu près 3 fois supérieure à celle de Meudon en 2015, on peut dire qu'il y a autant de médecins généralistes par habitant à Meudon et à Paris.

De même, si on considère que la population pédiatrique en 2015 reste 2 fois supérieure à Paris qu'à Meudon, on peut dire qu'il y a à Paris 2.5 fois plus de pédiatres par enfant qu'à Meudon.

5. RESULTATS

Nous allons maintenant présenter les résultats de notre étude en commençant par les résultats de l'analyse démographique puis les résultats des réponses aux questions 1 à 10 et nous terminerons avec les résultats des réponses aux questions 11 à 16. Nous avons regroupé en fin de chapitre les différentes courbes et graphiques correspondant à l'analyse des réponses aux questions pour plus de clarté dans l'exposé (annexe 2).

5.1. Analyse démographique

D'après l'annuaire du site de l'Ordre des Médecins, confirmé par l'INSEE, le 14ème arrondissement de Paris compte 83 médecins généralistes en activité installés en cabinet . La commune de Meudon en compte quant à elle 27. Tous ont été contactés par téléphone. 33 refus ont été enregistrés pour Paris et il n'y a pas de refus pour Meudon. Les raisons données étaient le manque de temps, le départ prochain à la retraite, l'absence complète de consultations pédiatriques (9 médecins soit 10% des médecins). Nous avons donc envoyé le questionnaire à 77 médecins. Pour Paris, 48 mails ont été envoyés et 2 courriers postés ce qui représente 60% de l'effectif total. Pour Meudon, 26 mails ont été envoyés ainsi qu'un courrier postal.. Au total, 43 réponses ont été reçues sur le site survey monkey et 1 réponse reçue par courrier ce qui donne une participation de 60%.

5.2. Analyse quantitative : questions 1 à 10

Le tableau 1 donné en annexe présente l'ensemble des résultats obtenus pour les 44 questionnaires. Le 44e questionnaire correspond au questionnaire reçu par courrier postal ; ses résultats ont été inclus dans l'analyse des résultats. Seule la réponse à la question 12 n'apparait pas, étant une question ouverte donc avec

réponse rédactionnelle. Pour rappel, ces questionnaires sont anonymes donc il ne pourra être fait de différence entre les médecins hommes ou femmes et entre les médecins de Meudon et de Paris. Le genre des médecins consultés n'a volontairement pas été demandé afin qu'il ne puisse être faite aucune différence sexiste dans la pratique de la pédiatrie par le médecin généraliste.

Dans notre étude, la majorité des médecins soit exactement 60% était installée avant les années 1990. Seulement 7 médecins se sont installés depuis 2000. Ce résultat s'inscrit dans la tendance nationale actuelle d'une nette diminution du nombre de jeunes médecins désirant s'installer en ville.

Parmi les médecins interrogés, 58% voient entre 15 et 25 patients par jour, 14% en voyant moins de 15 par jour et 28% plus de 25. 71% de ces médecins exercent en secteur 1. Notre échantillon est parfaitement représentatif des données obtenues pour l'ensemble des médecins de France.

La proportion de médecins proposant des espaces de consultation libre est légèrement inférieure à celle des médecins proposant des consultations d'urgence : 46% pour consultations libres contre 54% pour consultations d'urgence. On peut noter que la proportion de médecins n'ayant pas de consultation libre (donc uniquement sur rendez-vous) n'est pas corrélée à une proportion plus importante de consultations de suivi. En effet, pour 39% des médecins interrogés, les consultations d'urgence sont majoritaires ; les consultations de suivi prévalent quant à elles pour seulement 13% des médecins. Sur 23 médecins n'ayant pas de consultations libres, seulement 6 disent avoir plus

de consultations de suivi et 7 disent avoir autant de consultations de suivi que de consultations d'urgence. Il y a autant de consultations d'urgence que de consultations de suivi pour la majorité des médecins. Plus précisément, pour le suivi des enfants depuis la naissance, 20% des médecins disent ne suivre aucun enfant depuis la naissance mais 30% en suivent plus de 11 par an. On note que les médecins voyant le plus d'enfants ont tout à la fois des consultations d'urgence et de suivi (donnée croisée 1). En revanche, les médecins faisant plus de suivi ne sont pas ceux qui voient le plus d'enfants depuis la naissance.

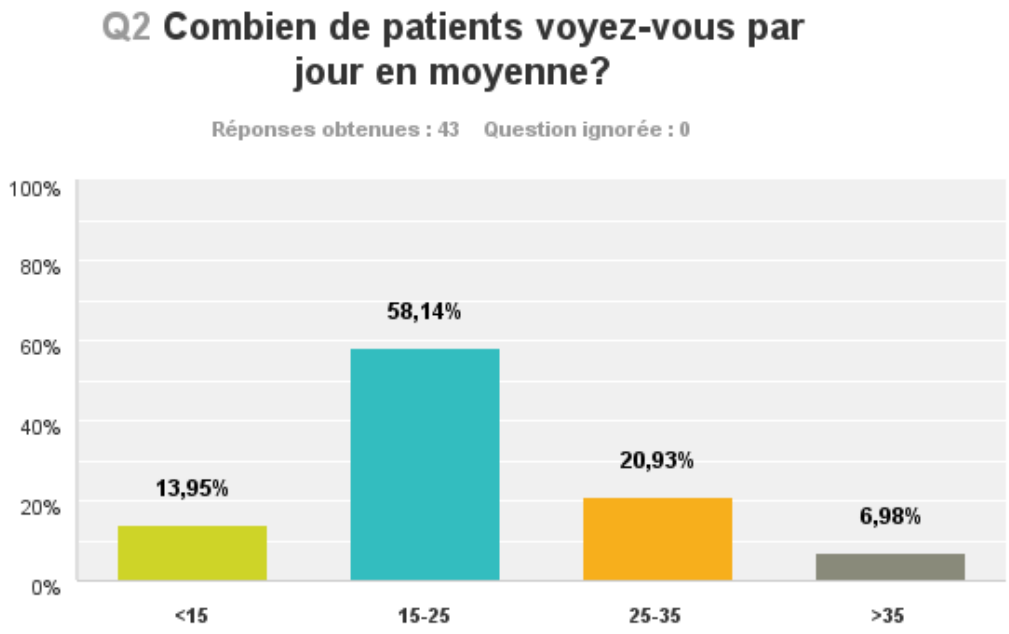
60% des médecins n'ont pas d'orientation ou de compétence particulière en dehors de la médecine générale. Parmi les orientations retrouvées, quatre concernent la pédiatrie : réseau périnatalité, médecine des adolescents, urgences pédiatriques. Ce sont ces mêmes médecins qui ont les chiffres de consultations pédiatriques les plus élevés. Les autres orientations sont très variées : cancérologie, hématologie, gynécologie…Ce résultat est à mettre en parallèle avec le fait que le médecin est plus ou moins à l'aise avec les enfants comme nous le verrons par la suite.

Le pourcentage moyen de consultation pédiatrique retrouvé est de 16% avec un chiffre moyen annuel de MNO (Majoration nourrissons de 0 à 2 ans) de 127 et de MGE (Majoration jeune enfant de 2 à 6 ans) de 137. On observe toutefois une large disparité avec des chiffres de MNO allant de 5 à 948 et des chiffres de MGE allant de 3 à 500. On rappelle que les médecins installés en secteur 2 ne sont pas tenus de côter ces actes ce qui explique que nous n'ayons pas des résultats

complets concernant ces chiffres pour ces médecins. Les médecins ayant une orientation pédiatrique font partie des médecins ayant les chiffres les plus élevés de MNO et MGE. Concernant les médecins n'ayant pas d'autre orientation que celle de la médecine générale, il y a une répartition équivalente entre des chiffres élevés de MNO/MGE et des chiffres beaucoup plus bas : ceci reflète la disparité abordée plus haut (données croisées 2). Elle est probablement à corréler à la formation de chaque médecin généraliste, aux stages réalisés durant l'internat et aux intérêts propres à chaque médecin, comme nous avons pu le montrer en début de thèse.

Pour 45% des médecins interrogés le chiffre des consultations pédiatriques reste stable ; 22% seulement considèrent que ce chiffre est en augmentation, et 32% en diminution. Il est intéressant de noter que les médecins ayant les chiffres les plus élevés de MNO et MGE font partie de ceux qui trouvent que ce chiffre est en augmentation (donnée croisée 3). On peut se demander si ceci ne peut pas s'expliquer par le fait que les parents vont plutôt emmener leurs enfants chez un médecin qui a l'habitude de voir des enfants d'où des chiffres toujours plus élevés de consultations pédiatriques. On remarque toutefois que les médecins les plus récemment installés (après 2000) et n'ayant pas d'orientation particulière hormis celle de la médecine générale ont tous des chiffres de MNO et MGE à la moyenne ou plus élevés que la moyenne : ceci est à mettre en parallèle aux explications données sur le fait d'être à l'aise ou non avec les enfants comme nous le verrons par la suite (donnée croisée 4).

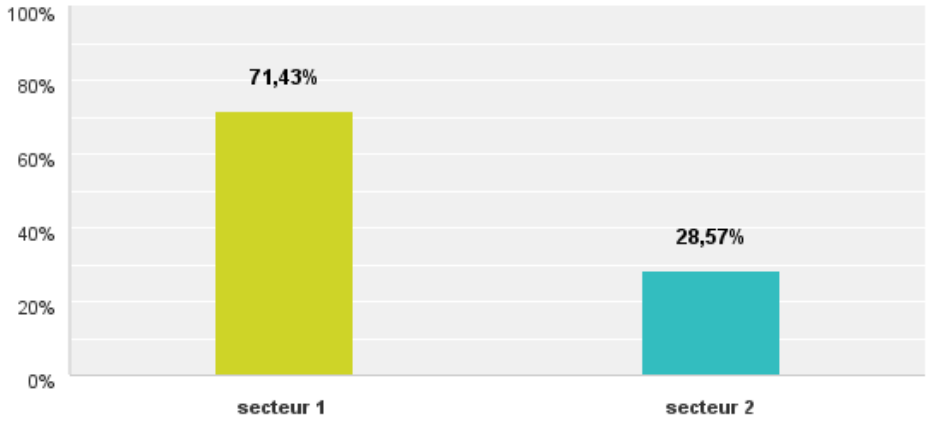
Diagrammes des résultats obtenus pour les 43 questionnaires du site Survey Monkey



Choix de réponses	Réponses	
<15	13,95%	6
15-25	58,14%	25
25-35	20,93%	9
>35	6,98%	3
Total		**43**

Q3 Etes-vous en secteur 1 ou en secteur 2 ?

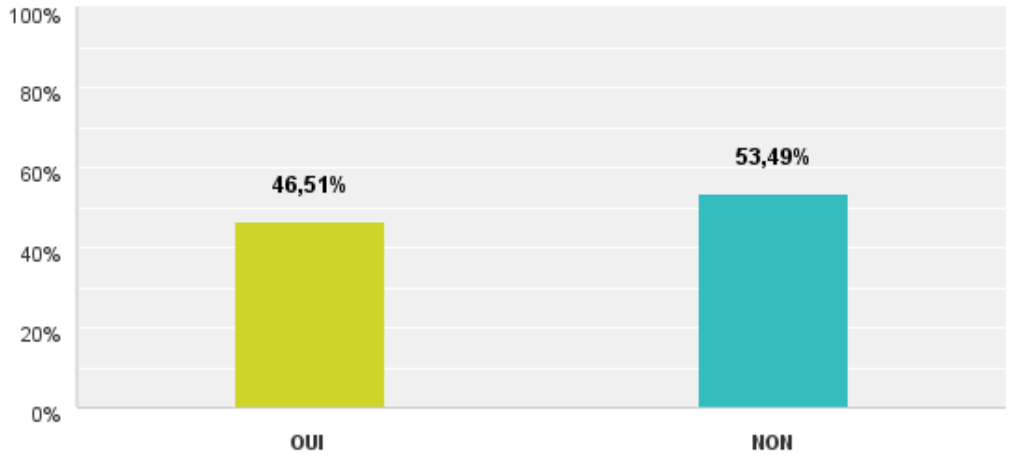
Réponses obtenues : 42 Question ignorée : 1



Choix de réponses	Réponses	
secteur 1	**71,43%**	30
secteur 2	**28,57%**	12
Total		**42**

Q4 Proposez-vous des espaces de consultation libre, sans rendez-vous?

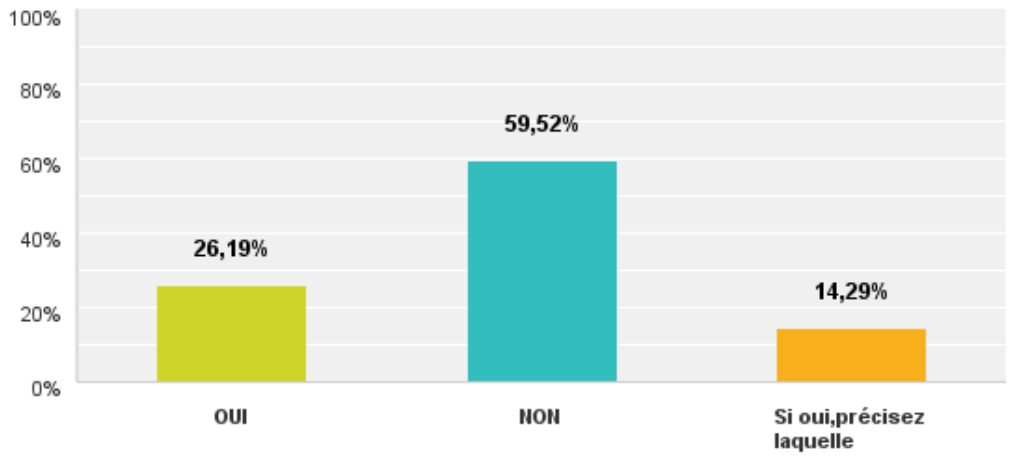
Réponses obtenues : 43 Question ignorée : 0



Choix de réponses	Réponses	
OUI	**46,51%**	20
NON	**53,49%**	23
Total		**43**

Q5 Avez-vous une orientation, une compétence particulière en dehors de celle de la médecine générale?

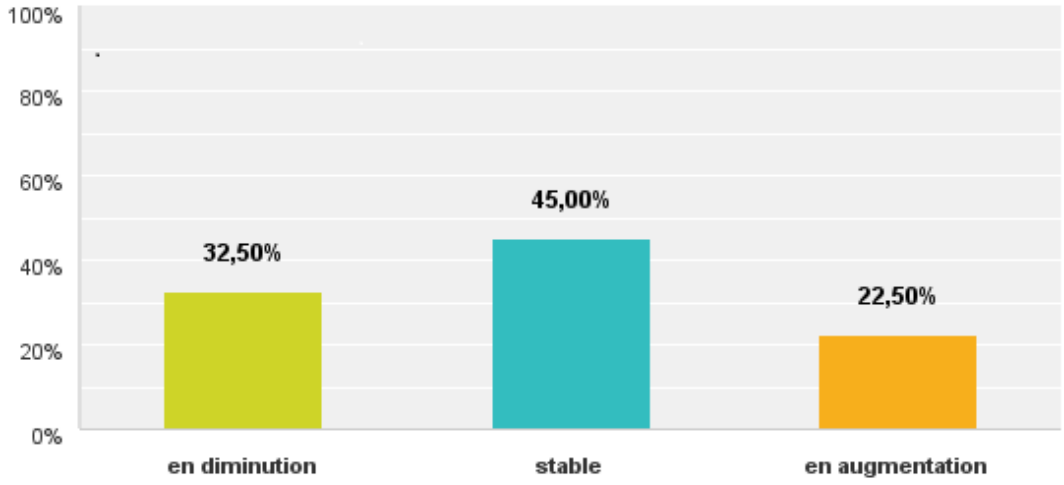
Réponses obtenues : 42 Question ignorée : 1



Choix de réponses	Réponses	
OUI	**26,19%**	11
NON	**59,52%**	25
Si oui,précisez laquelle	**14,29%**	6
Total		**42**

Q8: Depuis le début de votre exercice, vous avez l'impression que le chiffre des consultations pédiatriques est :

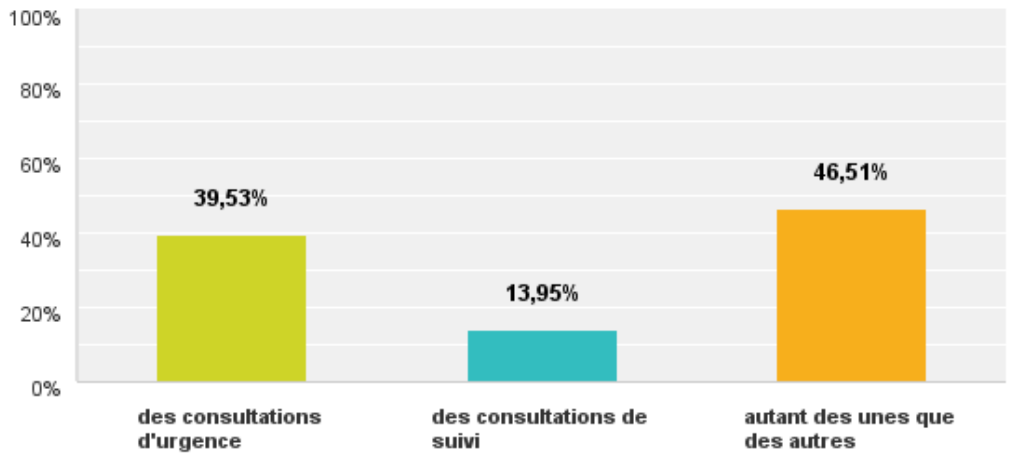
Réponses obtenues : 40 Question ignorée : 3



Choix de réponses	Réponses	
en diminution	32,50%	13
stable	45,00%	18
en augmentation	22,50%	9
Total		**40**

Q9 S'agit-il plutôt de consultations demandées en urgence (pathologie aiguë) ou des consultations de suivi (examen systématique, vaccination, etc…)?

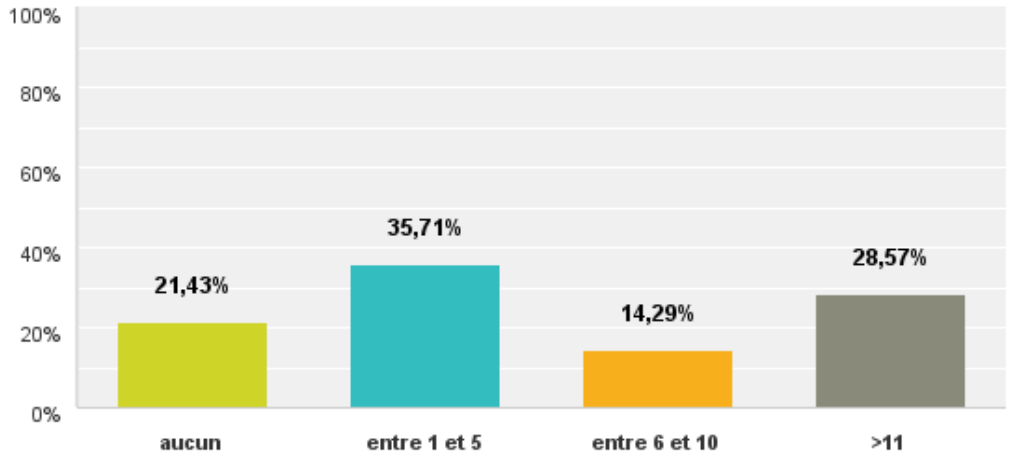
Réponses obtenues : 43 Question ignorée : 0



Choix de réponses	Réponses	
des consultations d'urgence	**39,53%**	17
des consultations de suivi	**13,95%**	6
autant des unes que des autres	**46,51%**	20
Total		**43**

Q10 Combien d'enfants suivez-vous depuis leur naissance chaque année?

Réponses obtenues : 42 Question ignorée : 1

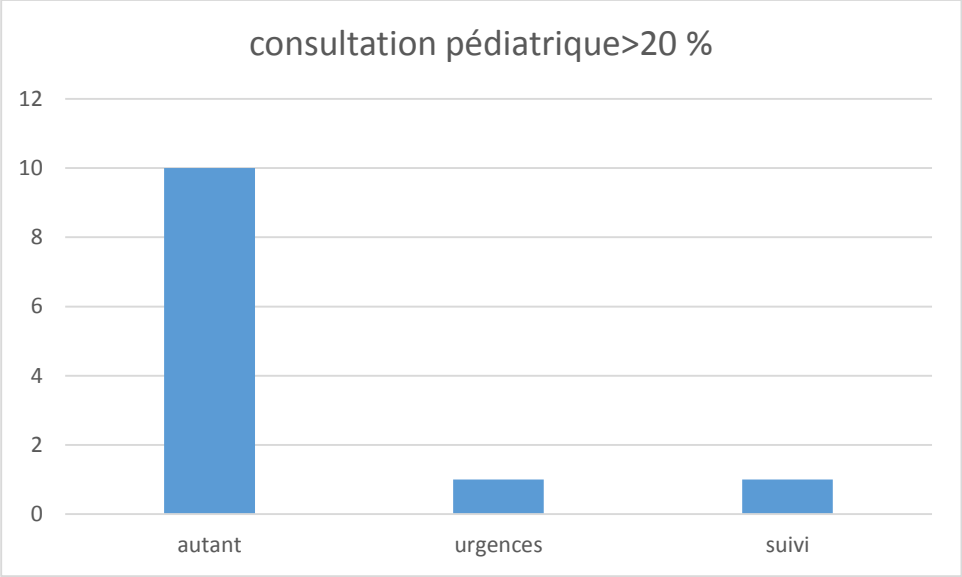


Choix de réponses	Réponses	
aucun	**21,43%**	9
entre 1 et 5	**35,71%**	15
entre 6 et 10	**14,29%**	6
>11	**28,57%**	12
Total		**42**

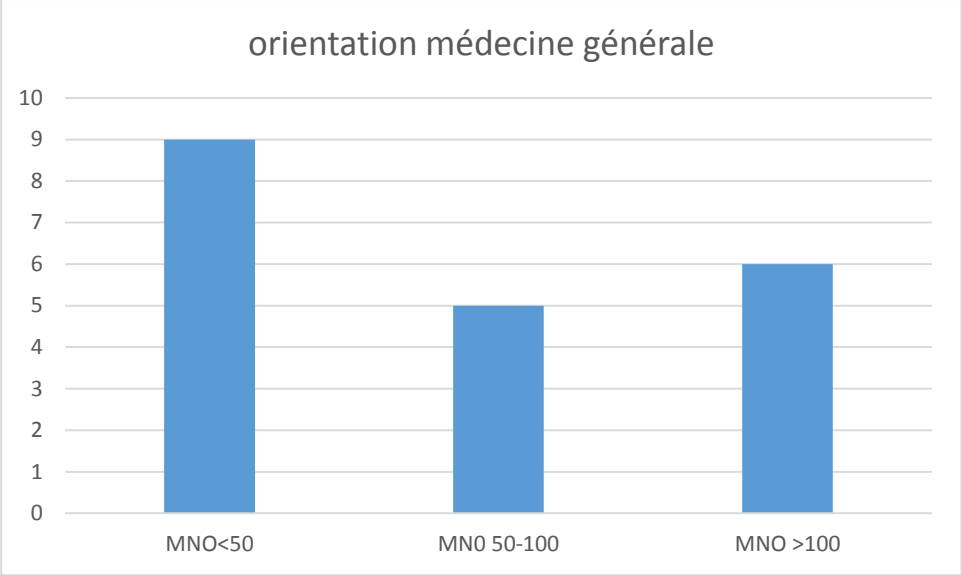
Données croisées

1) *Pourcentage élevé de consultation pédiatrique en fonction du type de consultation demandé*

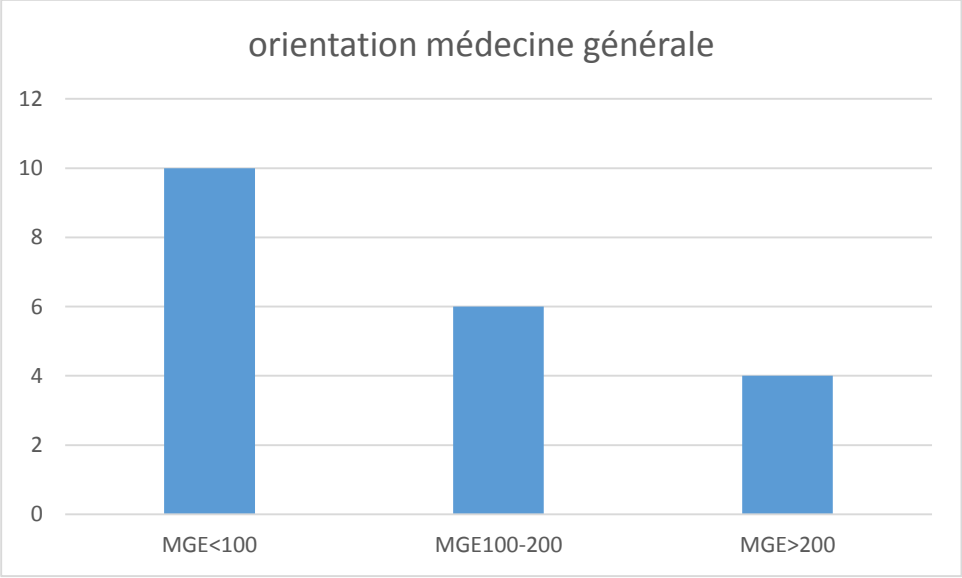
En ordonnée : nombre de médecins ayant un pourcentage de consultation pédiatrique>20%



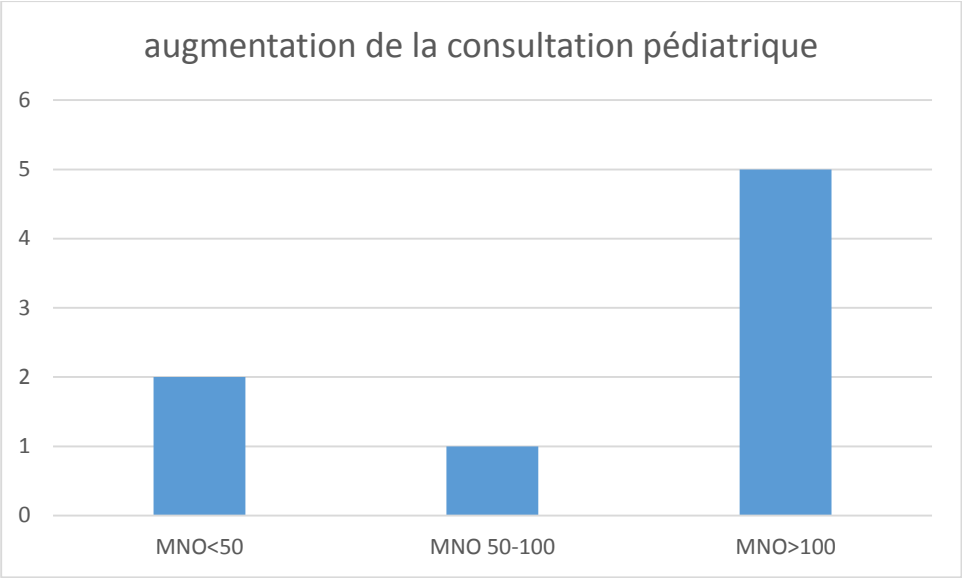
2) *Nombre de médecins généralistes n'ayant pas d'autre orientation que celle de la médecine générale en fonction du pourcentage de MNO*



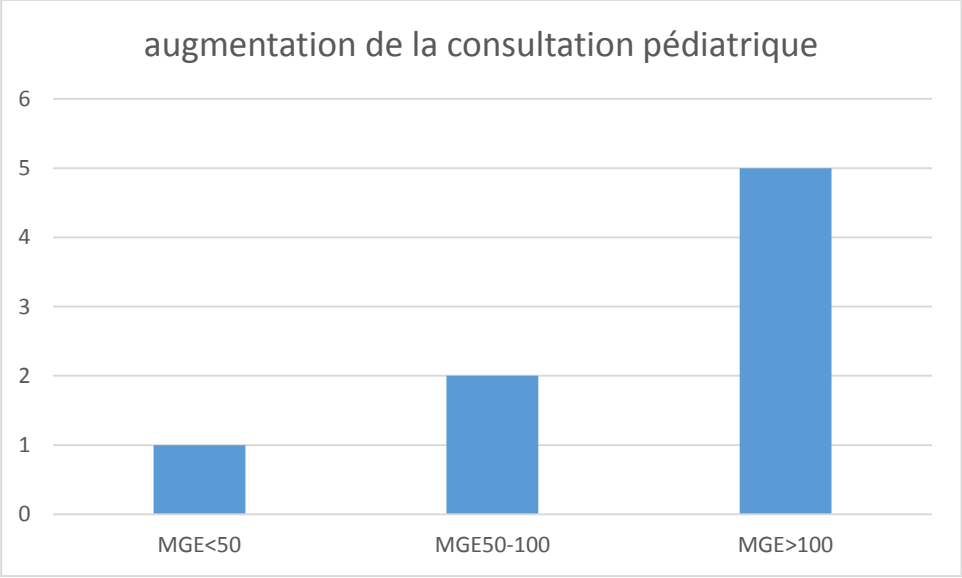
Nombre de médecins généralistes n'ayant pas d'autre orientation que celle de la médecine générale en fonction du pourcentage de MGE



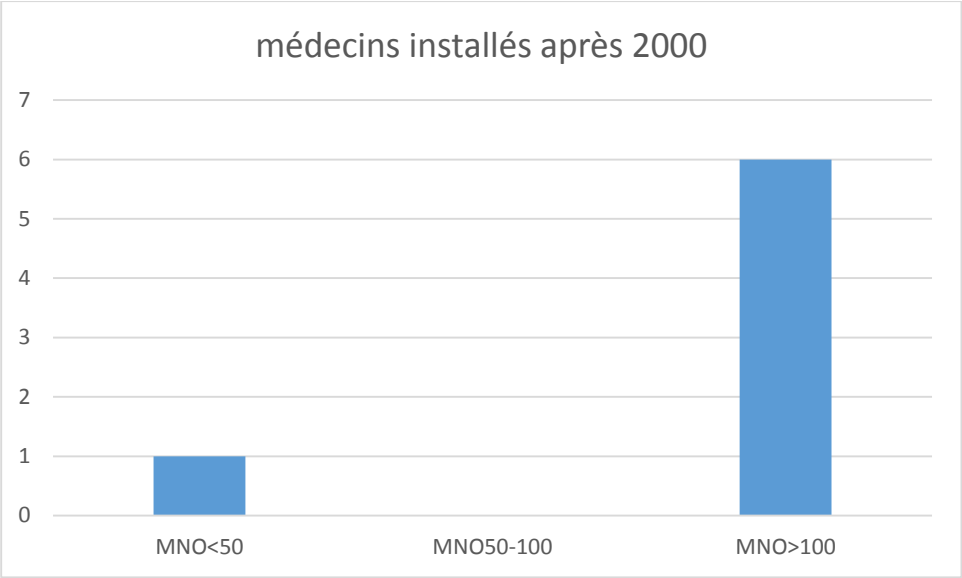
3) *Lien entre l'impression du médecin que la consultation pédiatrique est en augmentation et le pourcentage de MNO*



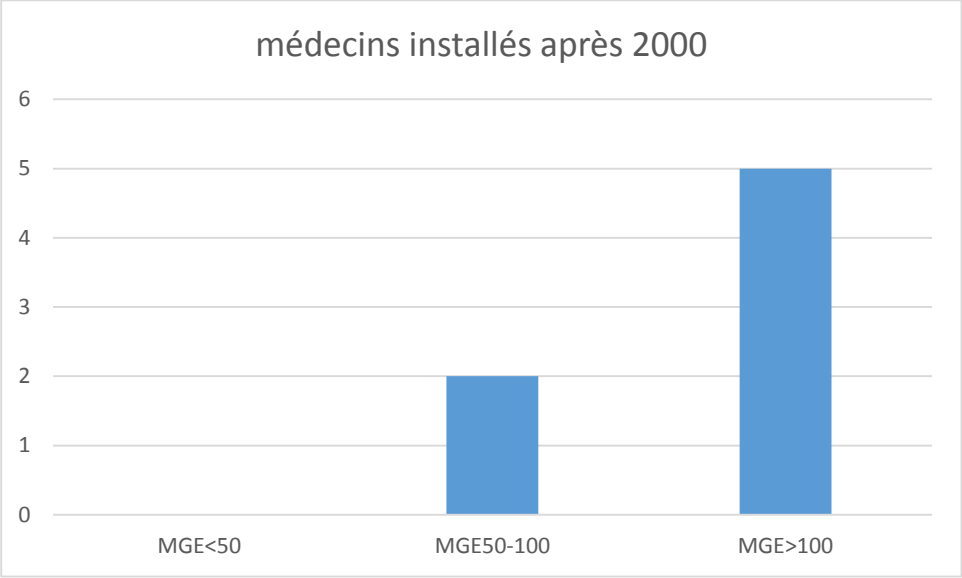
Lien entre l'impression du médecin que la consultation pédiatrique est en augmentation et le pourcentage de MGE



4) *Lien entre le fait d'être médecin généraliste récemment installé (après 2000) et le pourcentage de MNO*



Lien entre le fait d'être médecin généraliste récemment installé (après 2000) et le pourcentage de MGE



5.3. Analyse qualitative : questions 11 à 16

Lors des consultations pédiatriques, 78% des médecins généralistes disent être aussi à l'aise que lors d'une consultation adulte alors que pour 19% d'entre eux, c'est le contraire. Le premier groupe met en avant son expérience acquise à la fois lors de stages durant leurs études, lors de formations particulières, ou tout simplement sur le terrain. Le thème de l'« expérience » ou de la « formation » revient dans 20 réponses : c'est ce bagage acquis au cours des années qui semble permettre la meilleure prise en charge pour les enfants. Par exemple, à cette question, au questionnaire 42, le médecin répond : « *Je n'ai pas de soucis à appréhender une consultation pédiatrique, ayant été bien formé durant les études et ayant poursuivi cette formation au sein du réseau Périnat 92.* ». On peut corréler cette réponse à la réponse à la question 7 concernant le pourcentage de consultations pédiatriques : notre analyse confirme bien que ceux qui voient le plus d'enfants sont ceux qui ont le plus d'expérience et sont aussi à l'aise avec les enfants qu'avec les adultes voire plus à l'aise (donnée croisée 1); à l'inverse, ceux voyant peu d'enfants sont les mêmes qui parlent du manque d'expérience. Dans les commentaires des médecins se sentant moins à l'aise avec les enfants, les réponses corroborent notre analyse lors de notre introduction : des consultations plus longues, plus difficiles (4 réponses) avec la peur de passer à côté d'une pathologie spécifique de l'enfant (2 réponses). Le médecin au questionnaire 11

note « *plus long, plus fatigant* ». On observe également que les médecins installés après 2000 répondent tous qu'ils sont aussi à l'aise avec les adultes qu'avec les enfants alors que pour les médecins généralistes installés depuis plus longtemps les réponses sont plus partagées : 6 sont moins à l'aise avec des enfants (donnée croisée 2). On rappelle que l'une des causes de refus de répondre au questionnaire est le prochain départ à la retraite : on peut se demander comment auraient été modifiés les résultats si les médecins concernés avaient répondu.

Concernant les modifications apportées par le médecin pour s'adapter aux particularités des consultations pédiatriques, on retrouve en premier lieu l'adaptation des lieux de consultation : jeux pour enfants, mobilier adapté… De même que le matériel médical : tensiomètre, stéthoscope. Ces adaptations ont dans la majorité des cas été anticipées lors de l'installation du cabinet. L'organisation en réseau de soins pédiatriques ou la participation à des formations particulières est également un moyen retrouvé pour faciliter la prise en charge des enfants (6 réponses). Dans notre étude, il n'y a pas de corrélation entre le pourcentage de consultations pédiatriques et les adaptations faites par le médecin généraliste en ce qui concerne le matériel, les jeux ; en revanche on note que l'adhésion à un réseau de pédiatrie est corrélée à un pourcentage plus élevé de consultations pédiatriques.

Parmi les sujets abordés par le médecin généraliste, la mise à jour du carnet vaccinal est abordé de façon systématique par plus de 90% des médecins interrogés. On pointe ici le rôle de prévention particulièrement important du

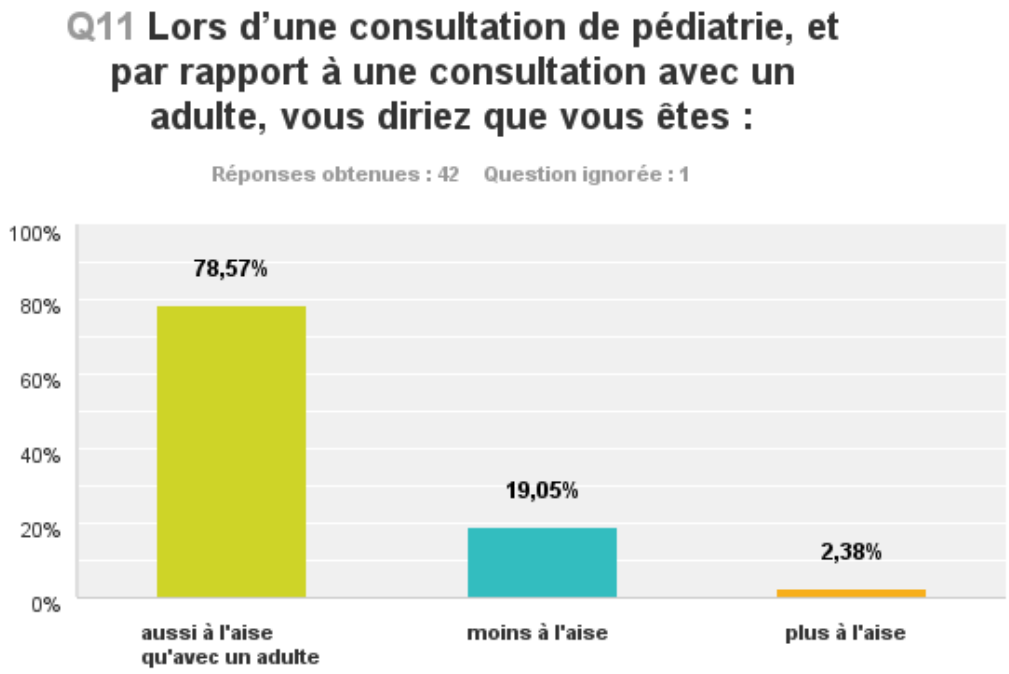
médecin généraliste. La majorité des vaccinations se faisant dans l'enfance, le médecin généraliste doit rester vigilant à bien respecter le carnet vaccinal : le fait de vérifier à chaque consultation doit permettre de n'en oublier aucune. La bonne tenue du carnet de santé est pour cela primordiale.

L'explication des différentes étapes de la diversification alimentaire ne semble pas être un problème pour 70% des médecins. Des outils préétablis de communication sont utilisés. 3 médecins interrogés remarquent que les effets de « mode » rendent parfois difficile d'être à jour des toutes dernières modifications de recommandations. Pour certains, ce sujet est plus du ressort de la PMI ou du pédiatre et n'est pas abordé de façon systématique avec les parents en consultation de médecine générale : en particulier, au questionnaire 31, le médecin précise : *« la diversification alimentaire ne concernant que les nourrissons, le problème se rencontre rarement car déjà pris en charge par la PMI ou le pédiatre. »*.

La demande de certificat de sport est, pour 90% des médecins, un moment d'échange autour d'autres sujets de santé. La vaccination, l'alimentation, la scolarité, la sexualité sont, dans l'ordre, les exemples de sujets abordés lors de ces consultations.

Les trois dernières questions rendent compte de l'importance de la prise en charge globale en médecine générale ainsi que de la prévention. Comme nous l'avons vu en introduction, notre étude permet ici à travers notre échantillon de médecins de réfléchir sur ce qui est le travail essentiel demandé aux médecins généralistes.

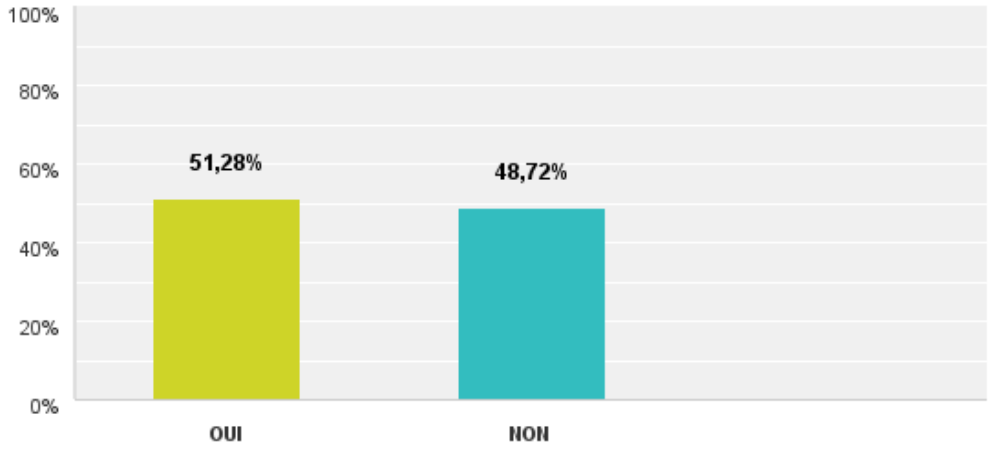
Diagrammes des résultats obtenus pour les 43 questionnaires du site Survey Monkey



Choix de réponses	Réponses	
aussi à l'aise qu'avec un adulte	**78,57%**	33
moins à l'aise	**19,05%**	8
plus à l'aise	**2,38%**	1
Total		**42**

Q13 Les consultations dédiées aux enfants ont-elles entrainé des modifications dans votre cabinet médical (jeux d'enfants, mobilier adapté, achat de matériel médical spécifique, formations complémentaires, DIU de pédiatrie, adhésion à réseau de soins pédiatriques…) ?

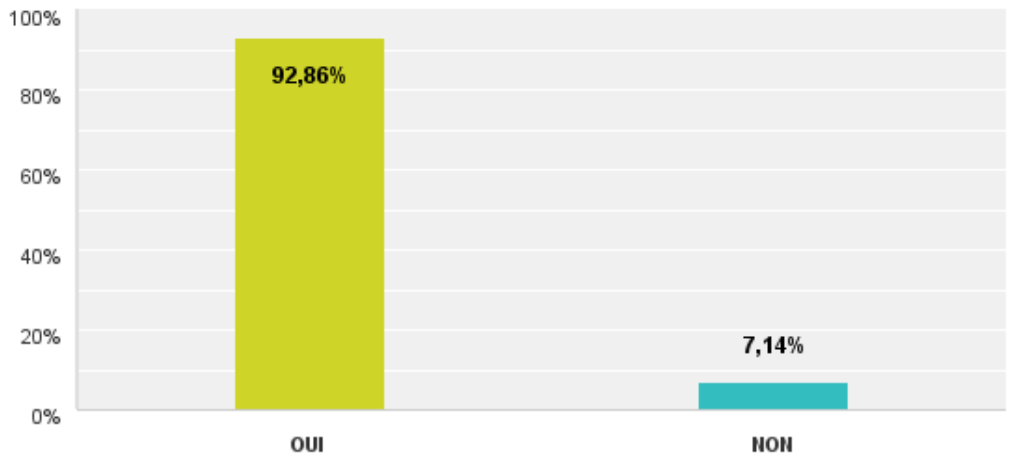
Réponses obtenues : 39 Question ignorée : 4



Choix de réponses	Réponses	
OUI	**51,28%**	20
NON	**48,72%**	19
Si oui précisez	**0,00%**	0
Total		**39**

Q14 Abordez-vous avec les parents de façon systématique le suivi vaccinal de leur enfant?

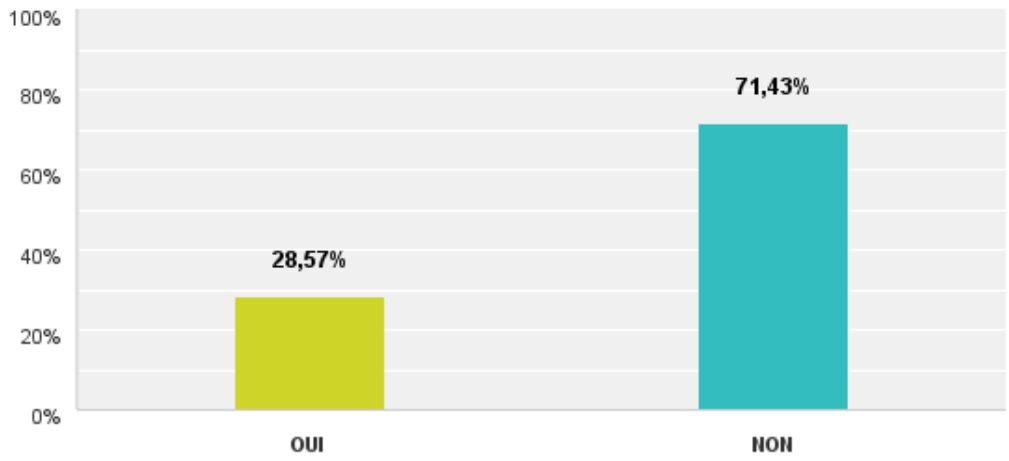
Réponses obtenues : 42 Question ignorée : 1



Choix de réponses	Réponses	
OUI	**92,86%**	39
NON	**7,14%**	3
Total		**42**

Q15 Ressentez-vous des difficultés à expliquer les différentes étapes de la diversification alimentaire aux parents?

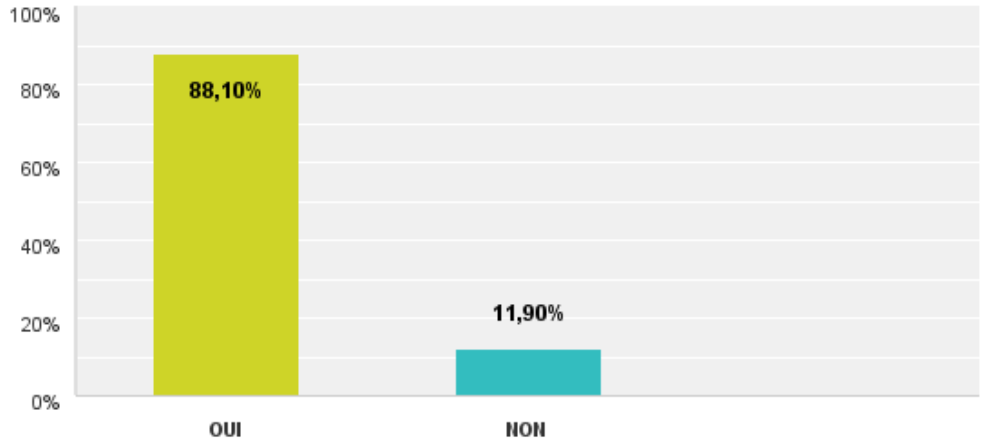
Réponses obtenues : 42 Question ignorée : 1



Choix de réponses	Réponses	
OUI	**28,57%**	12
NON	**71,43%**	30
Total		**42**

Q16 La demande de certificat de sport est-elle l'occasion pour vous d'aborder d'autres questions de santé avec les enfants?

Réponses obtenues : 42 Question ignorée : 1

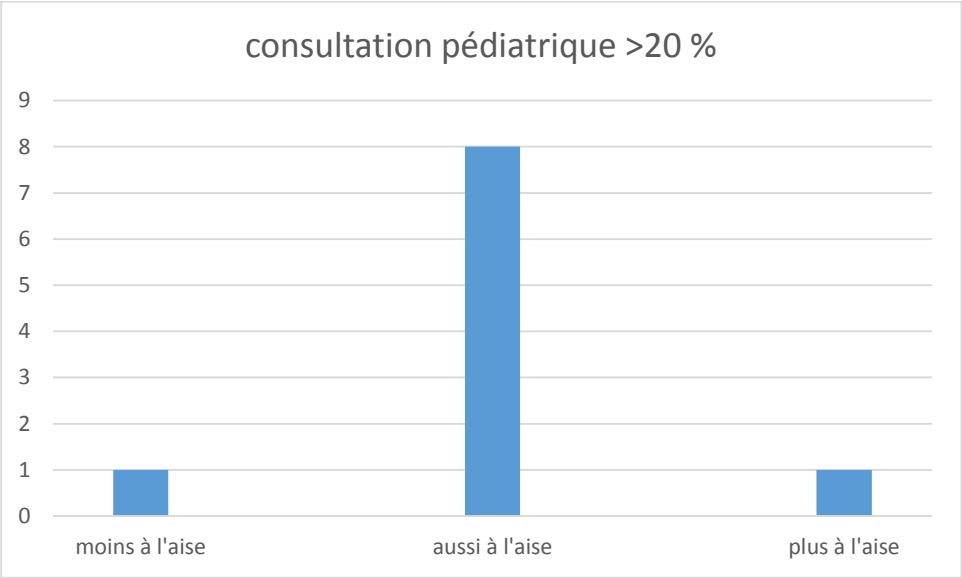


Choix de réponses	Réponses	
OUI	**88,10%**	37
NON	**11,90%**	5
Lesquelles?	**0,00%**	0
Total		**42**

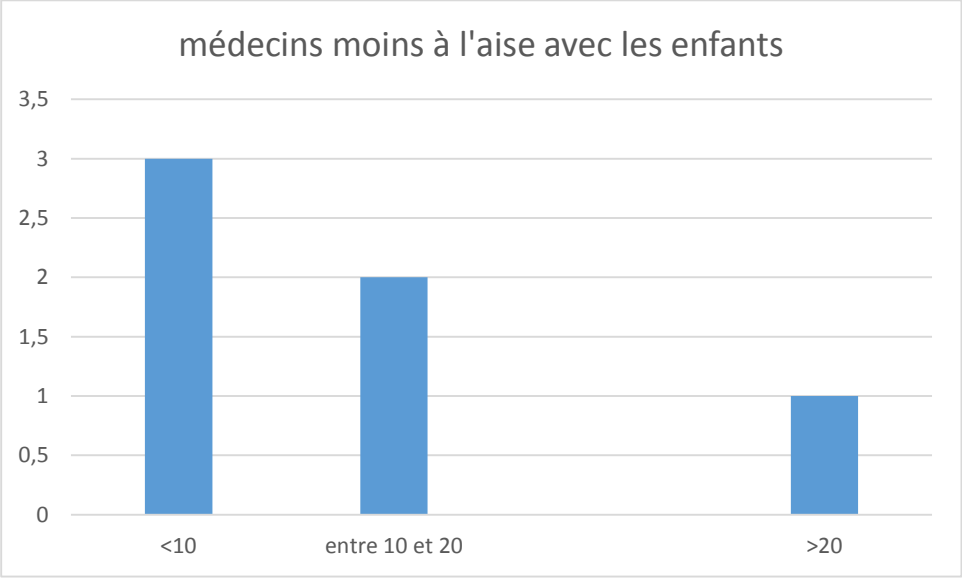
Donnée croisées

1) *Pourcentage élevé de consultation pédiatrique en fonction du ressenti du médecin face à une consultation pédiatrique par rapport à une consultation adulte*

En ordonnée : nombre de médecins ayant un pourcentage de consultation pédiatrique>20%



2) *Lien entre le fait que le médecin se sente moins à l'aise avec un enfant et le pourcentage de consultation pédiatrique*



5.4 Conclusion de l'étude

D'un point de vue personnel, j'avais pensé à ce sujet devant certaines difficultés que j'avais eues lors de mes stages face à des enfants avec leurs parents. Ce travail m'a d'abord permis, à travers mes recherches, d'en apprendre davantage sur l'organisation des soins des enfants en France : des données statistiques, des articles de loi m'ont permis d'appréhender la réalité de la situation pédiatrique en France. J'ai également pu me rendre compte grâce à ce travail que les difficultés que j'avais eues ne sont pas étrangères à d'autres médecins. Avec le temps, le gain d'expérience permet d'aplanir ces difficultés et de trouver des solutions pour y remédier. Des consultations pédiatriques, si particulières, peuvent peut-être alors être envisagées avec moins de crainte.

6. DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif de réaliser un état des lieux des consultations pédiatriques chez le médecin généraliste dans deux localités d'Ile-de-France et d'analyser le ressenti de médecins généralistes face à ces consultations pédiatriques.

Nous nous sommes tout d'abord intéressés à la démographie médicale, en nous focalisant sur l'évolution de la démographie des médecins généralistes et des pédiatres. Notre analyse met en évidence plusieurs tendances :

- L'attrait du travail en médecine de ville semble diminuer ces dernières années. Que ce soit du côté des médecins généralistes ou des pédiatres, le nombre d'installations en ville diminue. Les contraintes administratives importantes d'un côté, l'amélioration des conditions de travail hospitalier et le salariat de l'autre, sont des raisons possibles qui peuvent expliquer que les jeunes médecins, après des études surtout hospitalières, ne s'installent pas.
- Dans notre étude, en terme de densité médicale, dans les deux localités étudiées, il y a 1 pédiatre pour 4 (Paris) ou 7 (Meudon) médecins généralistes. Le médecin généraliste reste le premier médecin de proximité. La pédiatrie fait partie des compétences du médecin généraliste. En s'appuyant sur la démographie actuelle et sur le taux de natalité qui reste stable, on peut prévoir que les médecins généralistes vont être amenés à voir beaucoup d'enfants en consultation.
- Dans son livre « Numerus clausus, Pourquoi la France va manquer de médecins »(31), Daniel Wallach, médecin de formation, donne les projections sur les effectifs médicaux publiés par la DRESS en février 2007 : il y aura en 2030, 206 000 médecins après une diminution à 188 000 en 2019. Ils seront plus jeunes et on comptera 55% de femmes.

Cette évolution aura très probablement un impact sur la prise en charge des patients, notamment des enfants ; notre étude est un point de départ pour l'analyse de la prise en charge des enfants, qu'il sera possible de comparer dans plusieurs années. On peut faire l'hypothèse que l'accès aux soins de premier recours, en ambulatoire, sera de plus en plus difficile. Les enfants seront suivis de plus en plus en ville par les médecins généralistes et la prise en charge spécialisée par le pédiatre se fera à l'hôpital.

Nous avons ensuite étudié la proportion de consultations pédiatriques des médecins généralistes et analysé leur ressenti face à la prise en charge des enfants. Du fait de la taille de notre échantillon, notre étude n'a pas de valeur statistique, mais des orientations semblent se dessiner.

Notre échantillon était représentatif des données nationales : la majorité des médecins interrogés exerçait en secteur 1 et était installée avant 2000. Les chiffres de MNO et de MGE étaient très variés. 10% des médecins appelés ne voyaient pas du tout d'enfants. Ceci rend compte de l'orientation propre à chaque médecin généraliste. Suivant sa formation, suivant ses préférences personnelles, le médecin généraliste construit sa patientèle à son image. Ceux qui sont le moins à l'aise avec les enfants sont ceux qui en voient le moins. Les médecins qui n'ont pas répondu au questionnaire étaient pour la plupart des médecins proches de la

retraite ; obtenir leurs données nous aurait peut-être permis de confirmer cette tendance.

Dans notre analyse, il semble ressortir que les médecins installés après 2000 sont plus à l'aise dans la prise en charge des enfants. On pourrait expliquer cela par une formation plus encadrée, plus complète lors de l'internat de médecine générale. La formation et aussi l'expérience permettent aux médecins généralistes de mieux appréhender les consultations pédiatriques.

Les résultats de notre étude ne sont applicables qu'aux deux populations étudiées : les médecins généralistes de Meudon et de Paris 14ème . Une étude à plus large échelle, dans d'autres départements, serait intéressante afin de valider les résultats. Elle permettrait de comparer l'activité des médecins dans d'autres régions, tout en tenant compte des disparités régionales de l'offre de soins.

Une meilleure participation des médecins généralistes à l'étude aurait été souhaitable pour une analyse plus complète des réponses au questionnaire et certains questionnaires étaient incomplets. Le manque de temps a été le principal motif de refus. De plus, le questionnaire était anonyme : ceci nous a permis d'être en aveugle par rapport au médecin répondant au questionnaire mais nous a limité dans certaines données notamment le sexe des médecins et leur lieu d'exercice.

La construction du questionnaire lui-même peut être discutée. Nous avons choisi d'aborder ce thème sous l'angle tout d'abord des chiffres : MNO, MGE, consultations péditariques… puis de poser queslques questions plus ouvertes. Une autre façon de travailler aurait pu être choisie : par exemple, des entretiens

individuels avec chaque médecin, plus de questions ouvertes…Notre analyse est donc restreinte du fait même du nombre et du type de questions choisies.

7. CONCLUSION

Notre étude a permis de réaliser un état des lieux des consultations pédiatriques chez les médecins généralistes de deux localités d'Ile-de-France et d'analyser leur ressenti face aux particularités de ces consultations. Du fait de la taille de notre échantillon et du lieu d'étude, notre étude n'a pu être exhaustive. D'autres études pourraient être menées, sous un angle différent, peut-être pour confirmer les tendances retrouvées dans nos résultats. Si l'on fait un rapprochement plausible entre la date d'installation et l'âge du médecin, 3 groupes semblent se dessiner : les médecins installés depuis longtemps qui ont toujours vu des enfants, qui ont de l'expérience et qui sont très à l'aise avec les enfants ; on peut penser qu'ils sont à l'aise également dans tous les champs de la médecine générale ; les médecins installés depuis longtemps qui ont perdu l'habitude de voir des enfants, qui en voient donc peu et ne se sentent pas très à l'aise ; on peut probablement inclure dans ce groupe les 10% de médecins n'ayant pas voulu répondre au questionnaire en l'absence de consultations pédiatriques ; enfin le troisième groupe pourrait regrouper les médecins nouvellement installés qui, en majorité, sont à l'aise avec les enfants. Ce classement en trois catégories nous permet de mettre en évidence

l'importance de la formation initiale et l'intérêt personnel du médecin pour la pédiatrie.

On peut se poser la question de savoir si les médecins formés aujourd'hui avec la maquette actuelle seront plus nombreux à mieux appréhender les consultations pédiatriques que leurs prédécesseurs. D'un autre point de vue, on peut supposer que les parents souhaitent que leur enfant soit suivi par le même médecin tout au long de son enfance et se dirigeront peut-être plus vers un jeune médecin, qui pourra assurer le suivi pendant dix ans, et auquel ils pourront peut-être davantage s'identifier. Une enquête auprès des parents serait intéressante à mener.

La démographie à la fois de la population pédiatrique et des médecins généralistes est en constante évolution. D'après la prévision de la DRESSS ou de l'INSEE, le nombre de médecins va diminuer en particulier les médecins installés en ville. Or les médecins généralistes seront toujours plus nombreux que les pédiatres en ville. La prise en charge des enfants va donc probablement être de plus en plus de la responsabilité des médecins généralistes. Une formation en pédiatrie pour tous les futurs médecins généralistes plus homogène, systématique lors de leurs études serait à envisager afin que dans leur futur mode d'exercice, les consultations pédiatriques soient vécues de façon plus sereine.

A ce sujet, on peut exprimer le souhait que tout futur médecin généraliste ait pu faire un stage de pédiatrie (en plus du stade gynécologie obstétrique), que ce soit à l'hôpital ou en ambulatoire : auprès d'un médecin de PMI ou d'un pédiatre installé en ville, tous deux ayant la fonction de maitre de stage équivalente à celle existant pour les médecins généralistes.

ANNEXES

Questionnaire aux médecins généralistes

1/ Quelle est l'année de votre installation en tant que médecin généraliste?

2/Combien de patients voyez-vous par jour en moyenne?

A : <15 B : 15-25 C : 25-35 D : >35

3/ Etes-vous en secteur 1 ou en secteur 2 ?

A : secteur 1 B : secteur 2

4/ Proposez-vous des espaces de consultation libre, sans rendez-vous?

A : OUI B : NON

5/ Avez-vous une orientation, une compétence particulière en dehors de celle de la médecine générale?

A : OUI B : NON Si oui, précisez laquelle

En vous appuyant sur les données du S.N.I.R de 2014(ameli.fr)

6/Quel est le chiffre des :

A : MNO (<2ans) : B : MGE (2-6ans) :

7/ …et quel est le pourcentage exact de consultations pédiatriques (<16 ans) ?

8/Depuis le début de votre exercice, vous avez l'impression que ce chiffre est :

A : en diminution B : stable C : en augmentation

9/S'agit-il plutôt de consultations demandées en urgence (pathologie aigue) ou des consultations de suivi (examen systématique, vaccination, etc…)?

A : des consultations d'urgence B : des consultations de suivi C : autant des unes que des autres

10/ Combien d'enfants suivez-vous depuis leur naissance chaque année?

A : aucun B : entre 1 et 5 C : entre 6 et 10 D :>11

11/ Lors d'une consultation de pédiatrie, et par rapport à une consultation avec un adulte, vous diriez que vous êtes :

A : aussi à l'aise qu'avec un adulte B : moins à l'aise C : plus à l'aise

12/ Expliquez votre réponse à la question précédente

13/ Les consultations dédiées aux enfants ont-elles entrainé des modifications dans votre cabinet médical (jeux d'enfants, mobilier adapté, formations complémentaires, DIU de pédiatrie, adhésion à un réseau de soins pédiatriques …) ?

A : OUI B : NON Si oui, expliquer

14/ Abordez-vous avec les parents de façon systématique le suivi vaccinal de leur enfant?

A : OUI B : NON

15 /Ressentez-vous des difficultés à expliquer les différentes étapes de la diversification alimentaire aux parents?

A : OUI B : NON C : Pourquoi ?

16/ La demande de certificat de sport est-elle l'occasion pour vous d'aborder d'autres questions de santé avec les enfants?

A : OUI B : NON

Tableaux des réponses aux 44 questionnaires

questions / questionnaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	1980	25-35	secteur 1	OUI	NON	44/160	5	diminution	urgences	aucun	aussi à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
2	1994	15-25	secteur 1	OUI	NON	202/274	NR	augmentat°	autant	6 à 10	aussi à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
3	2008	25-35	secteur1	NON	OUI	171/79	7.19	stable	autant	>11	aussi à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
4	1987	15-25	secteur1	OUI	NON	17/48	NR	stable	urgences	aucun	moins àl'aise		NON	OUI	OUI	OUI
5	1977	15-25	secteur1	OUI	NON	NR	13	diminution	urgences	>11	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
6	1978	>35	secteur 1	NON	OUI	45/72	25	augmentat°	autant	>11	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
7	1997	15-25	secteur 1	OUI	NON	67/80	15	stable	autant	>11	aussi à l'aise		NON	NON	NON	NON
8	1996	>35	secteur 1	NON	NON	110/318	16	augmentat°	urgences	>11	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	NON
9	1984	<15	secteur 2	NON	OUI	NC	NC	augmentat°	suivi	>11	aussi à l'aise		NON	OUI	OUI	OUI
10	2004	<15	secteur1	NON	OUI	948/198	53	augmentat°	suivi	>11	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
11	1982	25-35	secteur 2	OUI	NON	5;76	9	diminution	urgences	entre 1 et 5	moins à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
12	1983	25-35	secteur 1	OUI	NON	82/126	11.46	diminution	autant	6 à 10	aussi à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
13	2013	<15	secteur 1	NON	NON	42/55	11.88	augmentat°	urgences	aucun	aussi à l'aise		NON	OUI	OUI	OUI
14	2002	>35	secteur 1	OUI	OUI	235/221	20.36	augmentat°	autant	entre 1 et 5	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
15	1985	15-25	secteur 2	OUI	OUI	NC	20	stable	urgences	aucun	aussi à l'aise		NON	OUI	OUI	NON
16	NR	15-25	secteur 1	NON	NON	68/48	16	augmentat°	urgences	entre 1 et 5	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
17	1985	15-25	secteur 2	NON	NON	NC	15	diminution	autant	6 à 10	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	NON
18	1971	15-25	secteur 2	NON	NON	NC	10.94	diminution	autant	>11	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
19	1998	15-25	secteur 1	OUI	NON	NR	25	stable	autant	entre 1 et 5	plus à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
20	1987	15-25	secteur 2	NON	NON	NC	5	stable	urgences	entre 1 et 5	aussi à l'aise		OUI	OUI	OUI	OUI
21	NR	15-25	secteur 1	OUI	NON	147/185	28.11	NR	autant	NR	aussi à l'aise		NR	OUI	OUI	OUI
22	2007	15-25	secteur 1	NON	NON	159/125	NR	stable	suivi	entre 1 et 5	aussi à l'aise		OUI	NON	NON	OUI
23	1979	25-35	secteur 1	OUI	NON	400/500	15	stable	urgences	>11	moins à l'aise		NON	OUI	OUI	OUI
24	1978	15-25	secteur 1	NON	NON	5;25	10	diminution	urgences	entre 1 et 5	moins à l'aise		OUI	OUI	OUI	OUI
25	1985	15-25	secteur 1	OUI	NON	27/45	9.51	diminution	urgences	entre 1 et 5	aussi à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
26	2005	15-25	secteur 1	NON	NON	320/208	NR	stable	autant	6 à 10	moins à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
27	1988	<15	secteur 2	NON	OUI	NC	NR	NR	suivi	aucun	NR		NR	NR	NR	NR
28	NR	15-25	secteur 1	OUI	OUI	139/159	20	stable	autant	entre 1 et 5	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
29	2009	15-25	secteur 1	NON	OUI	116/145	20.41	augmentat°	autant	entre 1 et 5	moins à l'aise		NON	OUI	OUI	OUI
30	1987	25-35	secteur 2	NON	NON	44/15	10	stable	autant	>11	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
31	NR	<15	secteur 1	OUI	OUI	66/81	23.64	stable	autant	>11	aussi à l'aise		OUI	NON	NON	OUI
32	NR	15-25	secteur 1	OUI	NON	64/108	20.72	stable	autant	>11	aussi à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
33	NR	15-25	secteur 1	NON	OUI	34/127	13.3	stable	suivi	entre 1 et 5	aussi à l'aise		NON	OUI	OUI	OUI
34	NR	15-25	secteur 2	OUI	NON	2;23	6.36	diminution	urgences	aucun	aussi à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
35	1990	15-25	secteur 1	NON	OUI	200/250	29.64	stable	autant	6 à 10	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
36	1984	<15	NR	NON	OUI	NR	NR	dimimution	suivi	entre 1 et 5	aussi à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
37	1991	15-25	secteur 1	NON	OUI	68/36	10.33	stable	urgences	entre 1 et 5	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	NON
38	1988	15-25	secteur 2	OUI	NON	39/95	NR	diminution	autant	entre 1 et 5	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
39	1992	25-35	secteur 1	NON	NON	86/162	NR	NR	autant	entre 1 et 5	aussi à l'aise		NON	OUI	NON	OUI
40	1991	25-35	secteur 1	OUI	OUI	2;10	10	diminution	autant	aucun	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
41	1985	15-25	secteur 2	OUI	OUI	200/500	17	stable	urgences	aucun	moins à l'aise		NON	OUI	OUI	OUI
42	1996	15-25	secteur 1	NON	OUI	66/99	NR	stable	urgences	6 à 10	aussi à l'aise		OUI	OUI	NON	OUI
43	1981	15-25	secteur 2	NON	OUI	20	1	diminution	urgences	aucun	moins à l'aise		OUI	OUI	OUI	OUI
44	1988	<15	secteur 2	NON	OUI	0;12	20	stable	autant	6 à 10	aussi à l'aise		NON	OUI	OUI	OUI

BIBLIOGRAPHIE

(1)INSEE. Densité de professionnels libéraux de la santé au 1er janvier 2013, janvier 2013

Disponible sur :
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=20&ref_id=santc06107

(2)INSEE, Évolution du taux de natalité et du taux de mortalité jusqu'en 2014

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02152

(3)La prise en charge des enfants en médecine générale :une typologie des consultations et des visites, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, août 2007

(4)La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale, DRESS, septembre 2007

Disponible sur :

http://www.drees.sante.gouv.fr/la-prise-en-charge-des-enfants-en-medecine-generale-une-typologie-des-consultations-et-visites,4415.html

(5)Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004

(6)Baromètre santé médecins généralistes 2009, Baromètre Santé ,INPES, 2009

(7)FRIEDLI Suzanna. *Caractéristiques et projections à cinq ans de l'offre de soins primaires dans le 14ème arrondissement : enquête transversale auprès des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres.* Thèse : médecine : Université Paris Descartes : 2014.

(8)LASNE Vincent. *Évaluation de l'offre de soins primaires dans le 16ème arrondissement de Paris.* Thèse : médecine : Université Paris Descartes : 2014.

(9)ROGER Claire. Perceptions des médecins généralistes et des pédiatres sur une simplification du parcours vaccinal en France. Thèse : Médecine : Université Paris Descartes : 2014.

(10)JOANOVITS FRATI Marion. *Vaccination anti papillomavirus humain : pratiques, connaissances et opinions des praticiens : enquête réalisée auprès des médecins généralistes, des pédiatres et des gynécologues des Hauts de Seine (92).* Thèse : Médecine : Université Paris Descartes : 2009.

(11)BARBOIS Sébastien. *Les politiques vaccinales des médecins généralistes en Rhône-Alpes : pour eux-mêmes, leurs enfants, et leurs patients*. Thèse : Médecine : Université de Saint Etienne : 2014

(12)LAFON Gaëlle. *Qualité du suivi, en médecine de ville, de la croissance et de la corpulence des enfants prépubères habitant l'agglomération lilloise*. Thèse : Médecine : Université de Lille : 2014.

(13)MARTEL Elsa. *Le suivi pondéral des enfants de 0 à 6 ans en médecine de ville : évaluation des pratiques dans le Vaucluse.* Thèse : Médecine : Université d'Aix Marseille : 2014.

(14)ARTUFEL MEIFFRET Mélanie. *La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans.* Thèse : Médecine : Université de Nice : 2013.

(15)BEAUDET Joëlle. *Besoins et limites du médecin généraliste dans la prise en charge palliative des enfants à domicile en Champagne-Ardenne : une étude observationnelle*. Thèse : Médecine : Université de Reims : 2013.

(16)FAVENNEC Marie. *État des lieux et évaluation de la prise en charge des enfants et des adolescents diabétiques, par les médecins généralistes, en Basse-Normandie*. Thèse : médecine : Université de Caen : 2013.

(17)FAVIER Marion. *Prévention, dépistage et prise en charge du surpoids chez l'enfant de 0 à 3 ans : rôle du médecin traitant et relation avec les parents. Enquête auprès de 159 parents d'enfants en crèche de banlieue sud de Paris.* Thèse : Médecine : Université de Montpellier : 2013.

(18)HELLY Marion. *Le suivi des enfants en médecine générale en France : étude descriptive sur 20781 consultations issues d'une étude multicentrique nationale.* Thèse : Médecine : Université de Montpellier : 2013.

(19)ESNAULT Julien. *Suivi médical des enfants en situation de handicap par le médecin généraliste : enquête au sein de la maison départementale des personnes handicapées du Maine & Loire.* Thèse : Médecine : Université d'Angers : 2012.

(20)POULIQUEN Maela. *Examens systématiques de dépistage des enfants de 9, 24 et 36 mois : impact d'une formation spécifique sur la pratique de médecins généralistes bretons.* Thèse : Médecine : Université de Rennes : 2011

(21)DENAUD Axelle. *Opinions et pratiques de médecins généralistes de la Vienne concernant la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons et des enfants de moins de treize ans : enquête menée auprès de vingt et un médecins.* Thèse : Médecine : Université de Poitiers : 2009.

(22)FAPEO. L'évolution de la place de l'enfant dans la société, Les Analyses de la FAPEO, Septembre 2008, 36 p.

Disponible sur :

http://www.fapeo.be/wp-content/analyses/archives/Place_enfant_societe.pdf

(23)BUISSON F., DURKHEIM E. ; *Enfance* in Buisson F., Durkheim E. *Nouveau dictionnaire de pédagogie et d'éducation primaire*, Paris, Hachette, 1911

(24)GUIDETTI M., LALLEMAND S., MOREL M.-F., *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*, Deuxième édition, Armand colin, Paris, 2000

(25) YOUF Dominique, *L'enfant acteur et/ou sujet au sein de sa famille*, Sociétés et jeunesses en difficulté, N° 3, Paris, 2007

Disponible sur :

http://sejed.revues.org/340

(26)HUARD Pierre, Histoire illustrée de la pédiatrie, Roger Dacosta, Paris, 1981, 198 p.

(27)Ministère des Affaires Sociles et de la Santé, Arrêté du 10 juillet 2014 déterminant pour la période 2014-2018 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision, Journal Officiel de la République Francaise, 13 juillet 2014

Disponible sur :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20140713&numTexte=17&pageDebut=11794&pageFin=11803

(28)Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014, rapport 2010-2011

(29)Syndicat National des Pédiatres français, La lettre du Président, état des lieux de la pédiatrie, octobre 2014.

Disponible sur :

http://www.snpf.fr/fr/la-lettre-du-president/la-lettre-du-president.html

(30)INSEE, Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102

(31)INSEE, Tableaux détaillés, Population par sexes, âge er catégorie de population-France, communes, 26 juin 2014

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/2012/donnees-detaillees-recensement-2011.html

(32)WALLACH Daniel, *Pourquoi la France va manquer de médecins*, Paris : Springer, 2011, 289 p

(33)FANTINO Bruno, ROPERT Gérard, *Le système de santé en France, diagnostic et propositions*, 2008, 368 p

SOURCES SECONDAIRES

JEYENDRA Adrian, *Australian general practitioners' perspectives on their role in well-child health care*, BMC Fam Pract 2013, 14:2.

FRESE Thomas, Children and adolescents as patients in General Practice-The Reason of Encounter, J Clin Med Res, 2011, 3(4): 177-182.

SANCI LA, Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomized controlled trial, BMJ 2000, Jan 22, 320(7229): 224-230.

GILL Peter J, General Practitioner’s views on quality markers for children in UK primary care: a quality study, BMC Fam Pract, 2012, 13:92.

GERADA Clare, Child health: general practitioners and the care of children and young people, London J Prim Care(Abingdon), 2010 Jul, 3(1):8-9.

ALEXANDER Karyn E., the challenges of trying to increase preventive healthcare for children in general practice: results of a feasibility study, BMC Fram Pract, 2015, 16:94.

RESUME

Introduction
La pédiatrie est une compétence commune à tous les médecins généralistes. Lors de leur parcours d'internat, on observe une certaine disparité dans la formation en pédiatrie des internes de médecine générale suivant les stages choisis. Tous pourtant vont devoir prendre en charge des enfants du fait d'une démographie médicale, notamment de pédiatres, insuffisante en ville. Notre étude réalise un état des lieux des consultations des enfants de moins de 16 ans en médecine générale et analyse le ressenti des médecins généralistes face à ces consultations.
Méthode
Etude quantitative par envoi d'un questionnaire de seize questions auprès de 44 médecins généralistes de Paris 14ème et de Meudon de juin 2015 à octobre 2015.
Résultats
Notre étude montre une large hétérogénéité de la pratique pédiatrique en ville. Les médecins les plus récemment installés semblent former un groupe plus homogène avec une large population pédiatrique et des médecins plus à l'aise avec les enfants.
Conclusion
La démographie médicale à venir va probablement entrainer une augmentation des consultations pédiatriques chez le médecin généraliste. Une bonne formation, le travail en réseau, l'expérience acquise sur le terrain permettent au médecin généraliste de mieux appréhender la prise en charge des enfants.

Mots-clés : pédiatrie, suivi, médecine générale, formation.

ABSTRACT

Introduction
Pediatrics is a proficiency which is common to all general practitioners. During the course of the residency, one does observe that there is some disparity with regard to the training in pediatrics among the residents depending on the internships that they end up choosing. However, all of them will have to deal with children given the medical demography affecting pediatricians which is insufficient in the cities. Our study purports to draw a picture of the medical consultations by general practitioners of children under sixteen years of age and sets out how general practitioners deal with such consultations.
Methodology
Quantitative study by sending a sixteen question questionnaire to 44 general practitioners based in Paris XIV and Meudon from June 2015 to October 2015.
Results
Our study shows that pediatric practices are very heterogeneous. Doctors who have recently opened their practice appear to form a group that is more homogeneous which includes a large pediatric population and practitioners that are more comfortable with the children.
Conclusion
The future medical demography will very likely lead to an increase in pediatric consultations with general practitioners. Solid training, being part of a medical network and practical experience do enable the general practitioner to better deliver care to children.

Keywords: Childhood, Follow up, General practitioner, Training.

Faculté de médecine Paris Descartes, 15 rue de l'Ecole de Médecine, 75006 Paris