

Proposition d'outils pour la réalisation des consultations pédiatriques systématiques de 0 à 6 ans : étude qualitative auprès des pédiatres et des généralistes du Vaucluse

Amandine Catalan

▶ **To cite this version:**

Amandine Catalan. Proposition d'outils pour la réalisation des consultations pédiatriques systématiques de 0 à 6 ans : étude qualitative auprès des pédiatres et des généralistes du Vaucluse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01938929

HAL Id: dumas-01938929

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01938929

Submitted on 29 Nov 2018

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

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

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Proposition d'outils pour la réalisation des consultations pédiatriques systématiques de 0 à 6 ans : étude qualitative auprès des pédiatres et des généralistes du Vaucluse.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Avril 2018

Par Madame Amandine CATALAN

Née le 23 octobre 1989 à Montélimar (26)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	**Président**
Monsieur le Professeur MERROT Thierry	**Assesseur**
Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien	**Assesseur**
Madame le Docteur FORTE Jenny	**Directeur**

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Proposition d'outils pour la réalisation des consultations pédiatriques systématiques de 0 à 6 ans : étude qualitative auprès des pédiatres et des généralistes du Vaucluse.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Avril 2018

Par Madame Amandine CATALAN

Née le 23 octobre 1989 à Montélimar (26)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	**Président**
Monsieur le Professeur MERROT Thierry	**Assesseur**
Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien	**Assesseur**
Madame le Docteur FORTE Jenny	**Directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Logistique : Joëlle FRAVEGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs — DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs — MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs — O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs — P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs — C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président — F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs — A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs — H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur — W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs — S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs — E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs — R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur — P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs — J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs — J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs — H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs — G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs — D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs — C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs — O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs — D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs — P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs — M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur — T. MARRIE (Canada)
Sir — G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur — M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur — L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur — A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur — S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE *A TEMPS PARTIEL*

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

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

ANATOMIE *4201*

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

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

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

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

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

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

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

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

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

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

CARDIOLOGIE *5102*

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

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

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

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

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

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

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

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

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

MILLION Matthieu (MCU-PH)

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

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

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

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

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

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

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

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

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

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

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

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

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

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

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

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

'CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

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

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

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

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

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

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE *4402*

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

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

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

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

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

Remerciements

A mon président de jury,
Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect

A Monsieur le Professeur MERROT Thierry,

Pour avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.
Veuillez recevoir ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien,

Pour avoir accepté de juger cette thèse,
Pour avoir été le coordinateur de mon SASPAS,
Pour votre générosité à transmettre votre savoir,
Veuillez trouver l'expression de ma gratitude.

A Madame le Docteur FORTE Jenny,

Plus qu'un maître de stage, plus qu'une directrice de thèse,
Tu es devenue une amie, une confidente, un exemple à suivre.
Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci pour tes conseils,
Merci d'avoir cette passion à transmettre tes connaissances,
Merci de m'avoir proposée cette future collaboration.
Tu es un modèle tant sur le plan professionnel que personnel,
Je n'aurais jamais assez de mots pour t'exprimer ma reconnaissance.

A tous les médecins rencontrés pendant mon cursus.

Au service de médecine B du Dr Chamouni à l'Hôpital d'Orange :

Vous m'avez vue naître en tant qu'interne.
Je n'oublierai jamais l'aide que vous m'avez apportée dans mes premiers pas.

A Madame le Docteur JOUTY Cécile :

Merci de m'avoir fait aimer la pédiatrie,
Votre dévouement pour ces petits patients est communicatif.
Cette thèse est née grâce à vous.

Au service d'urgence du Dr Colombani à l'Hôpital d'Orange :

Stage redouté et pourtant si apprécié,
De belles rencontres, des équipes soudées,
Que de bons souvenirs.

A Monsieur le Docteur ANDREO Pascal :

Vous m'avez fait découvrir le monde de la médecine générale,
Vous avez su me transmettre le goût de l'exercice libéral,
Votre altruisme restera gravé dans ma mémoire.

Au service du SSR 2 du Pr Villani à Sainte-Marguerite :

En particulier au Docteur AMIOT et au Docteur BUFFON,
Merci de m'avoir rassurée sur mon apprentissage,
Merci d'avoir pimenter nos visites hebdomadaires,
Merci aux équipes paramédicales pour votre bonne humeur.

A Monsieur le Docteur VANDERVELDEN Francis,

Vous avez su me guider dans mon activité future,
Merci pour votre écoute et vos conseils.

A Monsieur le Docteur FERRY Jean-Paul,

Merci d'avoir accepté de me recevoir une demi-journée par semaine,
Votre enseignement de la dermatologie sera un outil précieux,
Votre bienveillance m'a profondément touchée.

A Madame le Docteur PLAINFOSSE Evelien,

Même si je n'ai jamais consulté avec toi (mais il n'est pas trop tard !),
Ta bonté, ta gentillesse, ton partage font de toi une référence.
Ravie d'être ta future collaboratrice.

A ma petite famille,

A Poun et Moun,

Vous avez toujours cru en moi, vous m'avez toujours soutenue,
Vous m'avez encouragée quand je n'y croyais plus,
Ce métier j'en rêve depuis toute petite et grâce à vous il devient réalité.
La vie n'a pas toujours été tendre, mais ensemble on est plus fort.
Aujourd'hui, c'est le premier jour du reste de ma vie et je vous promets d'en profiter.
Vous êtes des parents exceptionnels. Je vous aime très fort.

A Pépé et Mémé,

A tous nos moments passés ensemble, à tous nos bons souvenirs,
A nos parties de rami, à nos messages du samedi matin,
A l'amour que vous donnez.
Je vous aime.

A Mamie,

Merci de ton soutien et de ton écoute,
Merci pour tes conseils.
Je t'aime.

A Papi,

J'aurais aimé t'avoir à mes côtés,
De là où tu es, j'espère que tu seras fière de moi.
Je t'aime. Tu me manques tellement.

A ma sœur et mon beau-frère, Elodie et Johann,

A tous ces instants partagés dans notre enfance,
A la confiance que vous avez en moi.

A mes trois neveux, Jays, Logan et Evan,

A nos vendredis chez Poun et Moun,
Parce que … « Le vendredi…Tout est permis ».
Vous êtes mes rayons de soleil,
Je n'ai pas été la tante la plus disponible mais je compte me rattraper.

A mes oncles et mes tantes,

Merci d'avoir fait l'effort de vous déplacer pour ce jour si important à mes yeux.

A mes cousins et mes cousines,

Pour ces moments passés ensemble qui ont rythmé nos vacances.

A mes amis,

A Fanny, ma sœur de cœur,

Tu es là depuis toujours pour me consoler, me motiver ou même me secouer,
Merci pour toutes ces années partagées,
Merci pour ton amitié sans faille.

A Julie C.,

Présente, à mes côtés, depuis l'adolescence, tu as toujours cru en moi,
Tu as su trouver les mots encourageants et réconfortants,
Ta vocation pour la petite enfance m'a confortée dans le choix du sujet de thèse.

A Amélie,

La meilleure des infirmières et…des agents immobiliers !
Pour ta joie de vivre communicative,
Pour toute l'aide que m'a apportée.

A mes montpelliéraines et mon montpelliérain, Anne So, Alphane, Audrey, Claire, Charlyne, Marie, Damien. Pensée particulière à Julie A. et Laura, mes sous colleuses préférées.

Pour avoir fait de mon externat des années inoubliables.

A mes co-internes, Clem, Philippe, Loris, Marnie, Andreas, Camille, Stephan, Marc Antoine, Stéphane.

Merci pour votre soutien et votre réassurance.

A mes amis, Yo, Seb et Coco, Will, Romain, Thomas.

A Delphine, la meilleure des secrétaires médicales.

Et à toutes les personnes que j'ai pu oublier….

« L’enfance est une tige fragile

qui a besoin d’appui ».

La Rochefoucauld-Doudeauville

Table des matières

Introduction…….... 6

I. Données socio-démographiques. 6
II. Compétences pédiatriques en médecine générale. 7
A. Réformes de l'Examen National Classant. 7
B. Loi Santé. 8
C. Nouvelle convention de 2016. 9
III. Déficits sensoriels et le développement psychomoteur. 11
A. Déficits auditifs. 11
B. Déficits visuels. 11
C. Développement psychomoteur. 12
IV. Objectif de l'étude. 12

Matériels et méthodes…….....14

I Type d'étude. 14
II Déroulement de l'étude. 14
III. Etude réalisée dans le groupe « pédiatres ». 15
A. Population étudiée. 15
B. Modalités de recrutement. 15
C. Guide d'entretien 17
IV. Etude réalisée dans le groupe « généralistes ». 18
A. Population étudiée. 18
B. Modalités de recrutement. 18
C. Guide d'entretien 20
V. Analyses des entretiens. 21
A. Transcription des entretiens. 21
B. Analyses des entretiens par la théorie ancrée. 21

Résultats……..……..23

I. Groupe « pédiatres ». 23
A. Caractéristiques de l'échantillon « pédiatres » 23
B. Analyses des entretiens « pédiatres ». 25
1. Organisation du cabinet. 25
a) Organisation relationnelle. 25
b) Organisation temporelle. 26
c) Organisation spatiale. 28

2. Moyens humains. 29
a) Relais utilisés. 29
b) Les échanges pédiatres-généralistes. 31
3. Moyens matériels. 33
a) Supports de connaissances. 33
b) Matériels diagnostiques et thérapeutiques. 35
4. Consultation de suivi de l'enfant. 41
a) Missions. 41
b) Difficultés rencontrées. 45
5. Perspectives. 48
a) Rôle futur du généraliste en pédiatrie. 48
b) Intérêt d'une systématisation de la consultation pédiatrique : 49
c) Alternatives envisagées : 50
II. Groupe « Généralistes » 51
A. Caractéristiques de l'échantillon « Généralistes » 51
B. Analyses des entretiens « généralistes ». 54
1. Organisation du cabinet. 54
a) Organisation temporelle. 54
b) Organisation spatiale. 57
2. Moyens humains. 58
a) Relais utilisés. 58
b) Echanges pédiatres-généralistes. 61
3. Moyens matériels. 62
a) Supports de connaissances. 62
b) Matériels diagnostiques et thérapeutiques. 65
4. Consultation de suivi de l'enfant. 70
a) Missions. 70
b) Difficultés rencontrées. 79
5. Perspectives. 82
a) Au cabinet du généraliste. 82
b) Dans le système de santé. 85

Discussion……88

I. Forces et limites de l'étude. 88

A. Force de l'étude. 88

1. Originalité de l'étude. 88

2. Méthodologie employée. 89

3. Diversité et représentativité de l'échantillon. 89

4. Sujet d'étude au cœur de l'actualité. 90

B. Limites de l'étude. 91

1. Biais de sélection. 91

2. Biais de classement. 91

a) Biais de mémorisation ou de déclaration 91

b) Biais d'interprétation ou biais de mesure 92

c) Biais d'évaluation 92

II. Analyse comparée des résultats obtenus entre le groupe « pédiatres » et « généralistes ». 93

A. Organisation du cabinet. 93

1. Organisation temporelle. 93

2. Organisation spatiale. 95

B. Moyens humains. 96

1. Relais utilisés. 96

2. Echanges pédiatres-généralistes. 98

C. Moyens matériels. 100

1. Supports de connaissances. 100

2. Matériels diagnostiques et thérapeutiques. 103

3. Consultation de suivi de l'enfant. 113

a) Missions. 113

b) Difficultés rencontrées. 119

4. Perspectives 122

a) Rôle futur du généraliste en pédiatrie. 122

b) Renforcer la multidisciplinarité. 123

Conclusion……129

Annexes……131

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé « pédiatres »……131

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-dirigé « généralistes » ……134

Bibliographie……136

Abréviations……143

Table des figures

Figure 1 : Diagramme en flux du groupe « pédiatres »……...16

Figure 2 : Diagramme en flux du groupe « généralistes »……..19

Figure 3 : Mallette Sensory Baby……..105

Figure 4 : Contenu de la mallette Sensory Baby……106

Figure 5 : Echelle de Pigassou……..107

Figure 6 : Echelle de « E »……108

Figure 7 : Test de Lang II……...108

Figure 8 : Test d'Ischihara……..109

Figure 9 : Boîtes de Moatti……109

Figure 10 : Audio4……...110

Figure 11 : Epreuves de l'ERTL4……..112

Table des tableaux

Tableau 1 : Revalorisation des consultations des enfants……..10

Tableau 2 : Caractéristiques du groupe « pédiatres »…….24

Tableau 3 : Caractéristiques du groupe « généralistes »……52

Tableau 4 : Sites Internet recommandés…….102

Tableau 5 : Fiche conseils sur les consultations pédiatriques pour les médecins généralistes……..126

Tableau 6 : Guide pratique des acquisitions et dépistages de 8 j à 12 mois……127

Tableau 7 : Guide pratique des acquisitions et dépistages de 16 mois à 6 ans…...128

Introduction

I. Données socio-démographiques.

Durant l'année 2016, 785 000 enfants sont nés en France. Malgré une légère baisse de l'indicateur conjoncturel de fécondité à 1.93 enfants par femme, la France reste l'un des pays d'Europe à avoir le plus grand nombre de naissance (1). Au 1er janvier 2013, elle comptait 4.8 millions d'enfants de moins de 6 ans. Leur système de prise en charge est mixte et libre. Ils peuvent être suivis soit par des pédiatres libéraux, soit par des médecins généralistes, soit par les deux (2). D'après une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2002, « parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% ont vu seulement un pédiatre, 40% ont vu seulement un médecin généraliste et 55% ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre » (3) (4) . Selon une autre étude réalisée en août 2007 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : 88 % des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier. Les enfants de moins de 16 ans constituent 13 % de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes. (5). Actuellement, cette proportion a augmenté à 19 %, d'après le Relevé Individuel d'Activités et de Prescriptions (RIAP) (données SNIR). Les actes de prévention pédiatriques représentent le tiers de l'activité pédiatrique en médecine générale, ce qui signe une forte implication des généralistes (6).

L'évolution de la démographie médicale en termes de densité et de répartition géographique, entraîne des modifications dans le suivi des enfants.
Au 1er janvier 2016, la France recensait 285 840 médecins inscrits à l'Ordre soit une hausse de +1,7 % comparativement à l'année précédente. Ce chiffre contraste avec la réalité territoriale. Alors que nous observons une pénurie de praticiens en France, cet accroissement s'explique en partie par les médecins retraités qui continuent d'exercer en faisant des remplacements. En effet, leur effectif a augmenté de 87.7 % alors que le nombre d'actifs ne s'est élevé que de 1,2 % (7).

La région Provence Alpes Côtes d'Azur (PACA) compte 26 447 médecins dont 2 440 dans le Vaucluse (7). Parmi eux, 768 sont des médecins généralistes et 43 des pédiatres. En dix ans, leur effectif a diminué de -11.8 % pour les généralistes et de -10.4 % pour les pédiatres (7). Sachant que la population totale du Vaucluse est d'environ 550 000 habitants et que la part des moins de 6 ans est stable depuis plus de 10 ans aux alentours de 7 %, il est impossible que les enfants soient suivis uniquement par des pédiatres (8) (9).

Autre fait inquiétant, le changement dans le mode d'exercice. Bien que les médecins généralistes exercent majoritairement en libéral (64.5 %), les pédiatres préfèrent rester salariés (51.2 %). Cette tendance risque de s'accentuer au fil du temps. Les pédiatres libéraux proches de la retraite ne sont plus remplacés par les jeunes diplômés, ceux-ci préférant l'hôpital à 91 %. Les 9 % restants s'installent surtout dans pôles urbains (94 %), amplifiant le phénomène de désertification des milieux ruraux (7).

II. Compétences pédiatriques en médecine générale.

Il existe une variabilité dans la prise en charge des enfants entre spécialistes et généralistes (6). L'intérêt de la consultation, le temps consacré, l'accompagnement des parents et les équipements de dépistage sont différents entre pédiatres et généralistes. Chacun aborde le suivi à sa manière. Des projets ont été développés pour répondre à cette situation.

A. Réformes de l'Examen National Classant.

La médecine générale est de plus en plus confrontée au suivi régulier des enfants. Malgré une modification récente de la maquette du DES de médecine générale permettant aux internes d'effectuer des stages de pédiatrie en ambulatoire, la formation initiale à l'égard des petits patients reste encore précaire. Tous les internes de médecine générale ne bénéficient pas de ce stage et certains s'installent sans avoir vu d'enfants depuis leur externat.

Pour tenter de faire face à cette situation, les ministères de la santé et des études supérieures ont ajouté des postes disponibles à l'ECN (Examen National Classant). En dix ans, la région PACA a vu son effectif total d'internes augmenter de 2.4 %, passant de 186 en 2006 à 446 en 2016. Cette hausse est inégale entre spécialités. Le nombre de généralistes s'est élevé de +282 % passant de 83 en 2006 à 234 en 2016 et celui des pédiatres est passé de 8 à 18 soit + 225 % (10). Nous observons une démographie en croissance avec un taux de natalité de +1.04 % pendant cette même période (11). Ces chiffres montrent la volonté des pouvoirs publics à former davantage de praticiens pour répondre aux besoins. Mais également, l'intention de déporter progressivement l'activité pédiatrique en médecine générale.

Cette mesure sera complétée par le renforcement de la formation pédiatrique. Des stages obligatoires en pédiatrie (pédiatrie hospitalière, pédiatrie ambulatoire, protection maternelle et infantile, etc.) seront mis en place pour les internes de médecine générale (12).

B. Loi Santé.

Les pouvoirs publics s'inquiètent de la conjoncture actuelle. Dans ce cadre-là, la Commission Nationale de la démographie des Professions de santé a publié en mars 2013 ses travaux sur la prise en charge de la santé de l'enfant et de son suivi (13). Leurs conclusions ont été reprises par le Projet de la loi Santé présenté par Marisol Touraine en octobre 2014 (12) et voté par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015. Une des mesures a pour objectif de renforcer la coordination des soins autour de l'enfant. Leur parcours de soins n'est, actuellement, organisé qu'autour des examens obligatoires du nourrisson, du calendrier des vaccinations et des examens de médecine scolaire aux âges clés. En dehors de ces consultations, les enfants ne sont pas incités à consulter pour un suivi. La désignation d'un médecin traitant devient obligatoire. Celui-ci peut-être un pédiatre ou un généraliste. Cela affirme la volonté des pouvoirs publics à impliquer les médecins généralistes dans les consultations systématiques. Elle a pour but de faciliter la mise en œuvre des mesures de prévention (prévention de l'obésité, amélioration du suivi vaccinal, prévention du tabagisme, lutte contre l'alcool ou la consommation de drogues, etc.).

Mais cette loi santé fait polémique et divise. D'un côté les généralistes voient l'opportunité de clarifier la situation présente, étant donné qu'ils réalisent déjà 71 % des actes de 0 à 6 ans, contre 15 % pour les pédiatres. D'après eux, cela permettrait de valoriser les pédiatres en leur rendant leurs compétences d'expert de ville et de consultants. De l'autre, les pédiatres libéraux craignent que les médecins généralistes ne les sollicitent pas pour avis au profit de l'hôpital. Ils pensent aussi être surchargés par les patients dont ils seraient le médecin traitant, les rendant indisponibles pour les autres enfants qui mériteraient un suivi plus approfondi et spécifique (14).

C. Nouvelle convention de 2016.

Cette évolution de l'exercice de la médecine libérale a été prise en compte par la nouvelle convention nationale de 2016. Elle valorise les consultations pédiatriques de 0 à 6 ans. Le tarif de ces consultations a été simplifié et augmenté à 30 € mais reste inférieur à celle des spécialistes de l'enfance. Il s'agit de la majoration enfant pour les médecins généralistes d'un montant de 5 € (MEG).

Par la loi de modernisation du système de santé, un médecin traitant pour les enfants a été mis en place. Dans la continuité de ce précepte, la convention de 2016 organise une ROSP (Rémunération Sur Objectif De Santé Publique) pour ces médecins traitants. Les thèmes sont pour la plupart dans le champ de la prévention avec par exemple, le dépistage des troubles sensoriels et des troubles des apprentissages.

Le montant des consultations aux âges clefs et ayant un intérêt de santé public a été recalculé. Il s'agit des trois Consultations Obligatoires Enfant (COE) à effectuer entre les 8 jours qui suivent la naissance, entre le 9ème mois et du 10ème mois et entre le 24ème mois et le 25ème mois de l'enfant (15) ***(Tableau 1)***.

Tableau 1 : Revalorisation des consultations des enfants

	PEDIATRE		MEDECIN GENERALISTE	
	Nouvelles cotations	**Anciennes cotations**	**Nouvelles cotations**	**Anciennes cotations**
0 – 2 ans	32 € CS + NFP + MEP	31 € CS + FPE + MNP	30 € C + MNG + MEG	28 € C + MNO
2 – 6 ans	32 € CS + NFE + MEP	31 € CS + MPE + MPJ	30 € C + MNG + MEG	26 € C + MGE
3 examens obligatoires nourrissons	46 € C0E	38 € CS + MBB + FPE + MNP	46 € C0E	33 € C + FPE + MNO
Entre la sortie de maternité et le 28ème j	46 € CSM	38 € CS + FPE + MNP+ MBB	30 € C + MMG + MEG	28 € C + MNO

CS : Consultation Spécialiste.

NFP : Nouveau Forfait Pédiatrique (majoration spécifique pour les pédiatres).

NFE : Nouveau Forfait Enfant (majoration spécifique pour les pédiatres).

MEP : Majoration Enfant pour le Pédiatre.

COE : Consultations Obligatoires Enfant.

FPE : Forfait Pédiatrique pour le pédiatre pour les Enfants de 0 à 2 ans.

MNP : Majoration Nourrisson pour le Pédiatre.

MPE : Majoration pour la Prise en charge des Enfants de 25 mois à 6 ans par le pédiatre.

MPJ : Majoration Forfaitaire Transitoire pour les patients de 2 à 16 ans.

CSM : Consultation Sortie de Maternité.

MBB : Majoration pour le bébé.

MMG : Majoration pour les Médecins Généralistes.

MEG : Majoration Enfant pour les Généralistes.

MNO : Majoration Nourrissons Obligatoire.

MGE : Majoration Généraliste pour les Enfants de 2 à 6 ans.

III. Déficits sensoriels et le développement psychomoteur.

Lors des consultations de suivi, certaines missions semblent mettre en difficultés le médecin généraliste. Il s'agit notamment des dépistages des déficits sensoriels et de la recherche d'anomalie au niveau du développement psychomoteur.

A. Déficits auditifs.

La fréquence de la surdité sévère ou profonde est comprise entre 1 à 3 cas pour 1000 à la naissance (16). Bien que tous les nourrissons bénéficient de la réalisation de potentiels évoqués auditifs afin d'orienter immédiatement les enfants en cas d'anomalies, 1 enfant sur 1000 deviendra sourd au cours de la première année de vie. Au cours des cinq premières années de vie, 12 à 18 % des enfants présenteront une altération de leur fonction auditive (notamment à cause d'otite séreuse). À 3 ans, la prévalence des surdités sévères ou profondes s'élève alors à 3/1000 (17). Des outils sonores calibrés en fréquence et en intensité sont à disposition des médecins pour dépister au plus vite ces anomalies en étudiant la réactivité comportementale.

B. Déficits visuels.

On dénombre environ 10 % des enfants de moins de 5 ans avec une ou plusieurs anomalies visuelles (18). La plus recherchée dans les premières années de vie est l'amblyopie. Sa prévalence est estimée à 3 %. Elle peut être à l'origine d'un trouble de la maturation du cortex visuel irréversible si elle n'est pas détectée suffisamment tôt. Le dépistage et la précocité du diagnostic sont essentiels. Elle se recherche en masquant successivement chaque œil.

Le strabisme, lui, touche 5 % des enfants. Il est convergent dans 90 % des cas (19). Outre le préjudice esthétique, le strabisme comporte les mêmes risques sur la vision. Dans 50 % des cas, il entraîne une amblyopie. Une lumière forte permet de rechercher un éventuel strabisme grâce au reflet cornéen et au réflexe de convergence. Chez le nourrisson, il peut se découvrir grâce à l'utilisation de l'œil de

bœuf qui évalue la poursuite oculaire. Pour les plus grands, une paire de lunettes avec plastique opalescent est régulièrement utilisé.

Chez le grand enfant, les troubles visuels les plus fréquents sont les troubles de la réfraction avec une prévalence de 20 % (19).

Il est donc nécessaire de disposer de connaissances suffisantes et de matériels adéquats pour rechercher ces pathologies afin d'organiser une prise en charge adaptée le plus rapidement possible. Le but est d'éviter les répercussions scolaires et la gêne dans la vie quotidienne.

C. Développement psychomoteur.

L'évaluation du développement psychomoteur comprend schématiquement l'évaluation des acquisitions motrices et des capacités cognitives de l'enfant. La fréquence du retard développement psychomoteur est estimée à 3 %. Les plus souvent retrouvés sont les retards moteurs isolés (maladies neuro-musculaires, atteinte du système nerveux central avec expression motrice prédominante), les retards du langage (surdités, troubles envahissants de développement, affections neurologiques acquises, retard mental) et les retards globaux du développement.

La formation et la reconnaissance d'une anomalie ne sont pas faciles et encore moins pour un non spécialiste de la pédiatrie. Dans tous les cas, le but est de dépister précocement pour enclencher une prise en charge adaptée et en minimiser les conséquences à long terme.

IV. Objectif de l'étude.

Hormis des recommandations pour la pratique clinique par l'Haute Autorité de Santé (HAS) datant de 2005 (20), peu d'études se sont intéressées à faciliter le travail des médecins généralistes dans la réalisation de leur consultation de suivi. Depuis cinq ans, quelques thèses ont permis de faire l'analyse de la situation actuelle mais aucune n'a avancé de proposition pour épauler les généralistes dans la prise en charge des enfants (6), (21), (22).

L’objectif de notre étude est donc de mettre en évidence des outils pouvant aider les généralistes dans la réalisation des consultations systématiques chez les enfants âgés de 0 à 6 ans afin de proposer une standardisation dans le déroulement de la visite et de connaître les freins potentiels à leurs utilisations.

Matériels et Méthodes

I Type d'étude.

Une étude épidémiologique qualitative a été choisie pour répondre à notre question de recherche.

Il s'agit d'essayer de repérer ce qui est déjà fait par les médecins libéraux lors des consultations de suivi notamment au niveau du dépistage des troubles sensoriels, de déceler les éléments facilitateurs de ces consultations en termes de moyens matériels et humains et les difficultés rencontrées. De ces éléments nous essaierons de faire ressortir des propositions d'organisation et d'outils afin de permettre la réalisation d'un socle commun à ces consultations de suivi.

Ce sont des données subjectives qui ne sont ni mesurables ni quantifiables. La méthode qualitative est donc la plus adaptée pour étudier ces phénomènes sociaux afin d'avoir une meilleure compréhension du contexte (23).

II Déroulement de l'étude.

L'étude s'est déroulée en deux phases.

Dans un premier temps, des pédiatres libéraux ont été interrogés afin de mettre en évidence les outils employés et leurs recommandations pour un généraliste s'intéressant à la pédiatrie.

Dans un second temps, après analyse des premières données, des généralistes ont été questionnés sur leur pratique pédiatrique, sur la faisabilité des conseils émis par les pédiatres et sur leurs réticences éventuelles.

III. Etude réalisée dans le groupe « pédiatres ».

A. Population étudiée.

La population cible visant les pédiatres ambulatoires, les pédiatres libéraux du Vaucluse, sans critère d'exclusion, ont constitué la population source.

L'échantillon étudié a été construit à partir de la méthode d'échantillonnage raisonnée. Il s'agit d'une procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner les participants considérés comme typiques de la population cible.

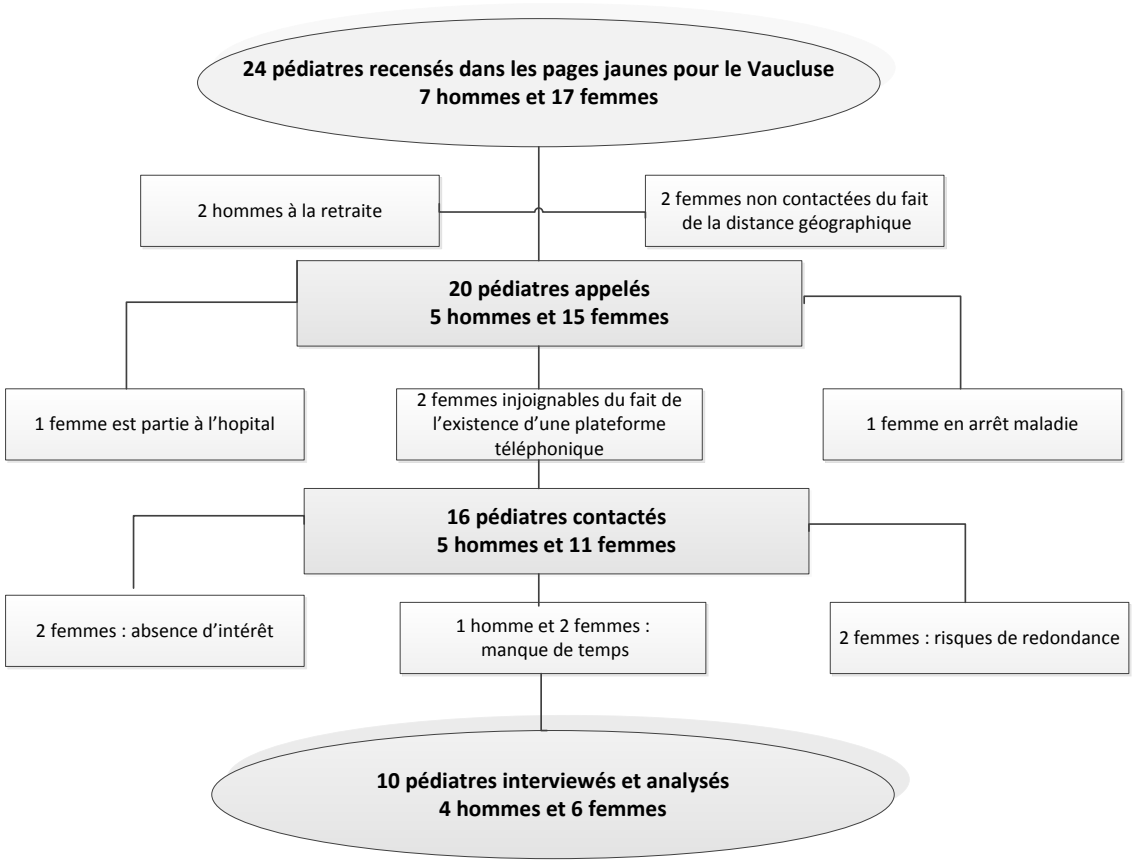
B. Modalités de recrutement.

Dans les études qualitatives, c'est la diversité et non la quantité des interviewés qui font la richesse des données.

Leur recrutement a été réalisé par le biais des pages jaunes.

Chacun a été contacté par téléphone pour convenir d'un rendez-vous après explication du sujet de thèse.

Figure 1 : Diagramme en flux du groupe « pédiatres ».



Sur les 24 pédiatres libéraux recensés dans les pages jaunes, 20 ont été appelés (5 hommes et 15 femmes) et 10 seulement ont répondu favorablement (4 hommes et 6 femmes). Les raisons invoquées étaient le manque de temps ou le désintérêt. 2 pédiatres n'ont pas souhaité être interviewés car leur associé l'avait déjà été. Il y allait avoir « redondance des données » d'après eux. Du fait de l'existence d'une plateforme téléphonique, 2 pédiatres étaient injoignables. ***(Figure 1)***

Les entrevues se sont déroulées dans leur cabinet en début ou en fin de demi-journée. Leur durée moyenne était de 28 minutes variant de 22 min à 55 min.

Elles se sont étendues sur deux mois, de mars à avril 2017.

Le nombre de praticiens à interroger n'a pas été défini a priori. Le recueil a été effectué jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à l'absence d'émergement d'un nouveau concept au cours des entretiens.

Elle a été atteinte après interrogatoire de 9 pédiatres. Une interview complémentaire a permis de confirmer la saturation des données.

C. Guide d'entretien

Un guide d'entretien semi-dirigé a été établi. Il s'agit d'un face à face comportant des questions ouvertes. La personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi des réponses préétablies. Ce type de guide d'entretien est adapté aux études qualitatives et a pour avantage de donner accès à une pensée libre (24).

Il comportait quatre thèmes. ***(Annexe 2)***

La première partie rassemblait des données socio-démographiques. Les pédiatres se présentaient (âge, sexe, année d'installation) et détaillaient leurs activités.

La deuxième partie consistait à découvrir leur organisation lors des consultations de suivi chez les enfants de 0 à 6 ans (déroulement, trame de l'examen clinique, matériel employé, supports papiers et relations avec les parents).

La troisième partie portait sur leurs représentations de la pédiatrie en médecine générale et les conseils qu'ils pouvaient fournir aux généralistes pour faciliter leur prise en charge. C'était l'occasion de connaître leurs avis sur le devenir de ces spécialités.

La quatrième partie reposait sur une réflexion générale vis-à-vis du système de soins, les relais utilisés et leurs accessibilités. Elle leur permettait d'avancer des solutions pour améliorer le suivi de l'enfant.

Ces différents thèmes ont tous été abordés lors des rendez-vous, pas nécessairement dans l'ordre logique du guide. Il a fallu effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans influencer l'interviewé.

IV. Etude réalisée dans le groupe « généralistes ».

A. Population étudiée.

Les médecins généralistes pratiquant le suivi des enfants jusqu'à 6 ans correspondent à la population cible.

Les médecins généralistes libéraux installés dans le Vaucluse et exerçant des consultations de suivi chez les enfants âgés de 0 à 6 ans sont la population source.

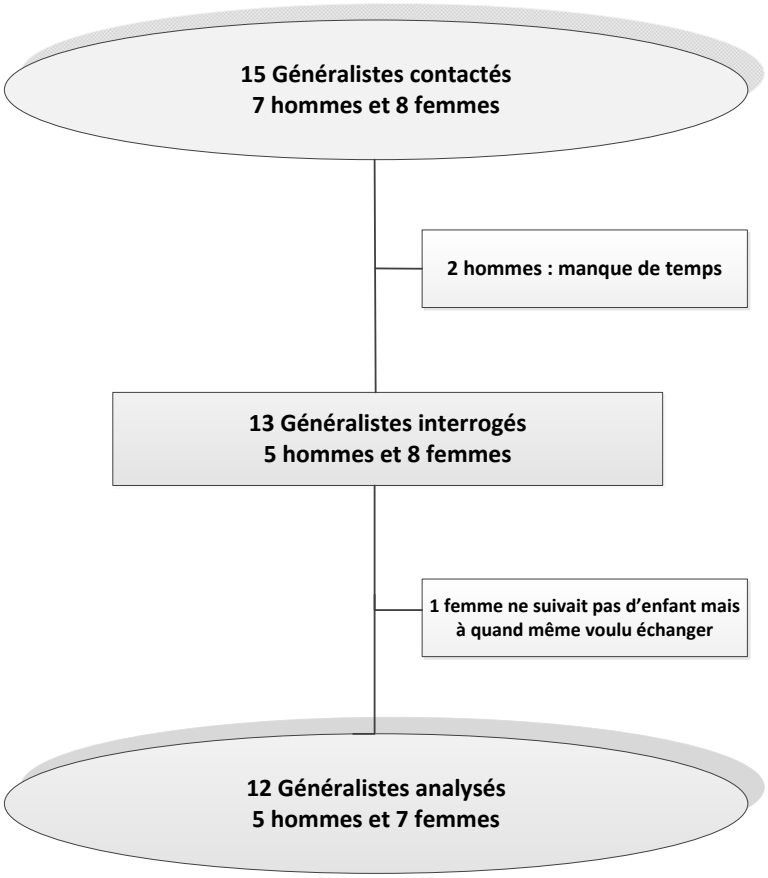
La méthode d'échantillonnage raisonnée a également été utilisée pour constituer l'échantillon.

B. Modalités de recrutement.

Les généralistes ont été sélectionnés grâce à la création, lors de l'internat, d'un réseau de praticiens afin d'avoir un échantillon le plus hétérogène possible sur l'âge, le sexe, l'année d'installation a priori. Le seul critère d'exclusion était l'absence de suivi pédiatrique dans leur activité.

Pour la majorité, le premier contact a eu lieu lors de GEDPC (Groupe d'Echange Développement Professionnel Continue) ou lors de FMC (Formation Médicale Continue). Dans les autres cas, le recrutement s'est fait par téléphone via les pages jaunes. Lors de la rencontre initiale, après s'être assurée de leur activité pédiatrique, la thématique du travail était présentée, et un rendez-vous était fixé. Lors de ce premier contact, l'explication du thème était succincte pour éviter une réflexion préalable et permettre une spontanéité des réponses au cours de l'entretien.

Figure 2 : Diagramme en flux du groupe « généralistes ».



Sur 15 médecins contactés, 12 ont répondu favorablement. Deux n'avaient pas le temps de me recevoir et un ne faisait pas de suivi d'enfant. Les entrevues se sont déroulées sur le lieu d'exercice du médecin ou sur mon lieu de stage, dans la journée ou en soirée ***(Figure 2)***.

Les entretiens ont eu lieu sur une période de deux mois, entre décembre 2017 et janvier 2018. Leur durée moyenne était de 29 minutes variant de 17 à 60 min.

Le nombre de praticiens à interroger n'a pas été défini a priori.

La saturation des données a été atteinte au bout de 10 interviews. Deux entrevues supplémentaires ont été réalisées pour confirmer l'absence de nouveaux concepts.

C. Guide d'entretien

Un deuxième guide d'entretien semi-dirigé destiné aux généralistes a été créé après transcriptions et codages des interviews pédiatriques. A partir de leurs données, plusieurs catégorisations ont émergé (25). Elles ont permis de construire un guide orienté pour répondre à la problématique.

Ce guide comportait quatre thèmes (Annexe 3).

A l'identique de celui des pédiatres, la première partie regroupait des éléments socio-démographiques, avec estimation de la proportion des moins de 6 ans dans leur patientèle et estimation des consultations de suivi versus les consultations d'urgence chez les enfants de 0 à 6 ans.

La deuxième partie les interrogeait sur leur organisation face au suivi des enfants (structure des consultations, contenu des consultations, matériels à disposition). Cela a permis de comparer leurs conduites à celles des pédiatres.

La troisième partie visait à percevoir leurs ressentis dans cette discipline précise qu'est la pédiatrie. Elle a cherché à connaître leur aisance face à un enfant, à déterminer les recours utilisés pour performer et à définir leur rôle. Cette partie a également permis d'avoir leur avis sur les recommandations des pédiatres.

La dernière partie concernant le système de soins était plus vaste. Elle permettait d'évoquer la nouvelle convention de 2016 et d'accueillir leurs idées pour améliorer le futur.

V. Analyses des entretiens.

A. Transcription des entretiens.

Il s'agit de la première étape de l'analyse des données qualitatives. Elle consiste à représenter sous forme écrite des éléments oraux et visuels, permettant de s'approprier les propos de l'interviewé.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord du praticien sous réserve d'anonymat. Ensuite, ils ont été intégralement retranscrits à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2016. Les entretiens étant anonymes, ils ont été notés de la manière suivante : « entretien 1, entretien 2 ». Les médecins, eux, ont été identifiés par des chiffres précédés de la première lettre de leur spécialité en majuscule (P1, P2, P3 etc. pour les pédiatres et M1, M2, M3 etc. pour les généralistes). L'ensemble des verbatims a été noté, c'est-à-dire l'ensemble des éléments de communication verbale et non verbale.

B. Analyses des entretiens par la théorie ancrée.

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

Il s'agit d'une méthode inductive visant à la construction de théories à partir des données recueillies. Elle procède par interférence probable, c'est-à-dire en déduisant des lois par généralisation des observations. Le but est de faire émerger une standardisation dans la démarche du généraliste lors d'une consultation pédiatrique (25).

Chaque entretien a été relu plusieurs fois. Toutes les phrases ont été analysées une par une. Il n'existait pas de grilles d'analyses ni de thèmes prédéfinis. Les idées préconçues avaient été listées auparavant pour pouvoir s'en détacher lors des entretiens et lors de l'analyse.

Par la suite, un codage a été réalisé. La première étape a consisté à un codage axial pour chaque entretien. Il s'agit d'une opération consistant à transformer les données brutes (faits observés, paroles recueillies), en une première formulation signifiante (= code), dont le sens reste proche du sens commun (25). Chaque interview a été codée dans leur intégrité, pour ne rien oublier.

L'accumulation de ces codes a fait émerger des catégories et des concepts. Il s'agit d'un regroupement plus général d'éléments déjà codifiés ayant la même signification ou les mêmes implications.

La deuxième étape correspond au codage horizontal. Il s'agit d'une mise en relation des catégories émanant des différents entretiens permettant d'établir une grille d'analyse. Couplée à la question de recherche de l'étude, elle a permis d'établir des propositions d'outils pour la réalisation des consultations pédiatriques systématiques de 0 à 6 ans.

Cette analyse a été faite à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo 11 Software.

Résultats

I. Groupe « pédiatres ».

A. Caractéristiques de l'échantillon « pédiatres ». (Tableau 2)

Au total, l'échantillon est composé de 10 pédiatres dont 4 hommes et 6 femmes.

La moyenne d'âge est de 51.7 ans : le plus jeune ayant 33 ans et le plus âgé 70 ans.

90 % des pédiatres interrogés sont installés sauf une femme faisant actuellement des remplacements libéraux en vue d'une installation. Tous se trouvent en milieu urbain.

La majorité (70 %) exerce en cabinet de groupe avec un proportion de 100 % chez les moins de 50 ans.

60 % ont une activité libérale exclusive mais 90 % ont eu à une activité mixte au cours de leur carrière.

Un seul pédiatre est conventionné secteur 2, les autres sont en secteur 1.

Tableau 2 : Caractéristiques du groupe « pédiatres »

PEDIATRE	SEXE	AGE	INSTALLATION	TYPE DE CABINET	ACTIVITE
P1	Femme	64 ans	1983	Cabinet individuel de 1983 à 1987. Cabinet de groupe depuis 1987.	Vacataire à la maternité jusqu'en 2009. Depuis exclusivement en libérale
P2	Femme	34 ans	2016	Cabinet de groupe dès l'installation.	Vacataire à la maternité en 2016. Depuis exclusivement en libérale
P3	Homme	33 ans	2016	Cabinet de groupe dès l'installation.	Mi-temps libéral Mi-temps hospitalier
P4	Femme	34 ans	2014	Cabinet de groupe dès l'installation.	Libérale Vacataire à la maternité
P5	Femme	52 ans	1997	Cabinet individuel de 1997 à 2013. Cabinet de groupe de 2013 à 2014. Cabinet individuel depuis 2014.	Libérale Vacataire à la maternité Pédiatre de crèche
P6	Homme	51 ans	1992 en Belgique 2002 en France	Cabinet de groupe 2002 à 2014. Cabinet individuel depuis 2014 mais entouré par de nombreux paramédicaux.	Vacataire à la maternité jusqu'en 2011. Depuis exclusivement libérale
P7	Homme	67 ans	1982	Cabinet individuel dès l'installation	Libérale Vacataire dans un hôpital psychiatrique Pédiatre de crèche
P8	Homme	70 ans	1978	Cabinet individuel jusqu'à 1996 Cabinet de groupe de 1996 à 2017.	Vacataire à la maternité jusqu'en 2011. De 2011 à 2017, exclusivement libérale
P9	Femme	49 ans	Non installée Remplaçante depuis 2015	Cabinet de groupe.	Hôpital exclusivement jusqu'en 2015. Remplacement en libéral exclusivement depuis 2015
P10	Femme	63 ans	1987	Cabinet de groupe dès l'installation.	Vacataire à la maternité jusqu'en 2009. Depuis exclusivement en libérale

B. Analyses des entretiens « pédiatres ».

1. Organisation du cabinet.

a) Organisation relationnelle.

Sept pédiatres fonctionnent avec une secrétaire à mi-temps et un logiciel de prise de rendez-vous ou une plateforme téléphonique.

> ***P2*** *: « La prise de rendez-vous se fait uniquement par secrétariat. Nous avons une secrétaire à mi-temps et à la fin de semaine nous avons un télésecrétariat déporté ».*

Deux pédiatres ont une secrétaire à plein temps.

> ***P5*** *: « J'ai la chance d'avoir une super secrétaire à temps plein, qui était là avant moi ».*

Pour eux, la présence d'une secrétaire médicale leur permet plus de fluidité dans les consultations. C'est le premier recours des parents. Elle gère la prise de rendez-vous pour le suivi et les urgences. Elle s'occupe aussi de l'administratif. Leur collaboration est un gain de temps.

> ***P9 :*** *« Le secrétariat se charge de la prise des rendez-vous, se charge de tout le côté administratif, se charge aussi de prendre les appels téléphoniques : elle essaye un peu de faire du tri, de l'orientation, de dépister ce qui doit se voir en urgence à ce qui peut attendre. »*

Seulement un pédiatre n'a pas de secrétariat.

> ***P7*** *: « Non, pas de secrétaire. Je suis mon propre secrétaire. Ce n'est pas gênant, je prends rendez-vous, je ne fais pas de consultation par téléphone donc c'est vite fait ».*

b) Organisation temporelle.

- **Plages horaires dédiées aux suivis :**

60 % des pédiatres regroupent les consultations de suivi en début de demi-journée. Selon eux, cela permet de limiter le contact avec les enfants malades et d'avoir un enfant plus calme et attentif au moment de l'examen.

> ***P1*** *: « Oui, alors en général, les tous petits, les premiers nés, les premiers mois, on les prend de 8h du matin à 10h/10h30, en début de matinée et en début d'après-midi de 13h30 à 15h. Là, on réserve aux tous petits donc aux consultations systématiques, pour éviter de les mettre en contact avec les bronchiolites, les diarrhées ou autres. »*

20 % préfèrent une structure horaire pour plus de fluidité dans les consultations.

> ***P4 :*** *« J'en vois trois par heure dont deux rendez-vous fixes : par exemple, j'ai mes rendez-vous de 9h00 et 9h30 et celui de 9h15, c'est une urgence. J'ajoute éventuellement un petit quatrième mais je n'aime pas trop. »*

Un pédiatre consacre des demi-journées à un âge ou à un suivi particulier.

> ***P6*** *: « Le lundi et mardi matin, c'est les bébés de 0 à 1 mois. Sinon, j'ai un après-midi par mois de suivi d'enfant en surpoids, un après-midi par mois de suivi d'adolescent, un après-midi par mois où l'on fait que des vaccins. »*

Seul un pédiatre n'a pas de plages horaires spécifiques pour le suivi.

> ***P7*** *: « S'il y a un trou, je leur propose l'heure, je n'ai pas de places particulières. »*

- **Temps de consultation :**

Sept pédiatres sur dix accordent 20 à 30 minutes pour les consultations systématiques.

> ***P10*** *: « La durée est variable mais en gros, entre 20 et 30 min. ».*

Seuls les deux plus jeunes médecins prennent 15 min.

> ***P3 :*** *« 15 min sans faire l'encaissement c'est faisable ».*

La première consultation et certains âges clefs nécessitent plus de temps.

> ***P1*** *:« …surtout la première consultation… je dirais plus 3/4h… »*

***P2** : « Il y a juste certains âges clefs : 9 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans, 6 ans où l'on fait des examens particuliers donc ça prend un peu plus de temps. »*

- **<u>Fréquences des consultations systématiques :</u>**

90 % respectent le rythme des consultations de suivi recommandées par la CPAM d'autant plus qu'elles sont guidées par les vaccinations. Seul l'examen des 20 mois est négligé par manque d'intérêt. Pour les plus grands, les consultations semestrielles préconisées sont en pratique souvent plus annuelles.

***P1** : « Les tous petits, on les voit, d'un mois à six mois, régulièrement ou parfois quand ils vont très bien, ça m'arrive de leur proposer de sauter la visite des trois mois notamment s'ils grossissent bien, si c'est un troisième enfant. Ça nous arrive de supprimer un contrôle mais en général on les voit régulièrement.*
On les revoit à 9 mois et maintenant à 11 et 12 mois avec les vaccinations qui sont un peu proches. Après 16 mois, on a 20 mois qui n'est pas souvent très utile puis 2 ans et tous les ans jusqu'à 6 ans ».

Un pédiatre, du fait de son organisation particulière et de nombreux paramédicaux l'entourant, limite les consultations de suivi systématiques à 6 ou 7.

***P6 :** « Moi, je les vois à un mois pour faire connaissance, voir les parents, connaître les antécédents, pour expliquer le fonctionnement du cabinet et puis deux mois vaccinations, quatre mois vaccinations +/- diversification.*
De quatre mois jusqu'à neuf mois il y a un grand saut […]
Entre 11 et 12 mois, j'essaie de ne pas les voir […]. Il s'agit de visites vraiment inutiles. C'est là qu'on fait pour les après-midi vaccin. Après je les vois directement à 2 ans. Au lieu de faire 15 visites systématiques, il y en a plus que 6 ou 7, c'est une bonne réduction ».

- **<u>Re convocations pour les consultations systématiques :</u>**

Tous les pédiatres proposent le prochain rendez-vous à la fin de la consultation. Certains le fixent eux-mêmes, d'autres laissent cette tâche à leur secrétaire.

***P2** : « Ils le prennent en sortant au secrétariat ».*

***P10** : « On les donne à la fin de la consultation, pour éviter de mélanger les enfants ».*

Ce qui diffère entre eux est l'anticipation du nombre de rendez-vous. 70 % des pédiatres programment leur rendez-vous sur des périodes de six mois.

***P5** : « Souvent, quand les parents sortent du bureau, la secrétaire propose un nouveau rendez-vous, même souvent elle essaie de programmer deux ou trois rendez-vous à la suite ».*

Deux pédiatres seulement les prennent mois par mois.

***P3** : « Je sais que certains collègues fonctionnent par tranche de 6 mois. Nous, ils prennent au mois. Quand ils sortent, ils prennent RDV pour le mois suivant. On a encore la chance de ne pas être overbooké, donc on arrive à voir à peu près tout le monde tous les mois. »*

c) Organisation spatiale.

- **<u>Organisation de la salle d'attente :</u>**

L'ensemble des pédiatres dispose de jouets dans leur salle d'attente. C'est un moyen de mettre en confiance l'enfant et de les faire patienter en sérénité.

***P5** : « Dans la salle d'attente...j'ai des jouets et tu as vu qu'il y a aussi le toboggan ».*

Deux pédiatres veulent créer une aire de jeux dans leur salle d'attente commune.

***P2** : « Moi, j'ai envie de faire des petites caisses de jouets […]. J'ai fait plusieurs remplacements où les pédiatres sont remplis de jouets et je trouve ça trop bien. Dans notre future salle d'attente, on a prévu une aire de jeu ».*

- **<u>Organisation de la salle d'examen :</u>**

Huit pédiatres recommandent d'avoir quelques jouets dans la salle d'examen. Cela permet d'évaluer le comportement de l'enfant et son développement psychomoteur.

***P4** : « 2-3 petits jouets LAVABLES dans le cabinet, c'est bien aussi, notamment pour les jeux d'imitation. Et puis, ça me permet de regarder le comportement de l'enfant quand je discute avec les parents […]. Ils s'y intéressent, ils empilent les cubes, sans que j'ai besoin de jouer avec eux, je vois déjà ce qu'il arrive à faire tout seul ».*

Un pédiatre utilise la décoration de son cabinet pour faciliter la pratique clinique et apaiser l'enfant.

***P5** : « Un nounours pour mimer les choses. Après j'ai une échelle à oiseaux que je leur fais regarder quand je fais les vaccins. Ces petits trucs fun que tu rajoutes dans ton cabinet, ça va t'aider au quotidien, ce n'est pas négligeable, ça va vraiment te servir ».*

Côté pratique, 40 % des pédiatres voient un intérêt à séparer, même symboliquement, le lieu de l'interrogatoire et le lieu de l'examen physique pour rassurer l'enfant.

> ***P10** : « Je pense que c'est bien qu'il y ait une petite séparation (comme ici la voute) entre le lieu de l'interrogatoire et le lieu de l'examen physique. Du côté où il y a la table, ils se mettent toujours à pleurer mais une fois passés la voute, c'est terminé. […]. C'est la limite. Ils font vraiment la différence entre les deux endroits, donc juste une petite séparation même quelque chose de symbolique ».*

La sécurité de l'enfant prime dans l'organisation de leur salle d'examen. Quatre pédiatres conseillent d'avoir tout le matériel à disposition autour de la table d'examen pour surveiller continuellement l'enfant et d'encadrer la table d'examen quel que soit le moyen.

> ***P2** : « J'essaie d'avoir la balance proche de la table d'examen, après c'est plus un problème de sécurité de l'enfant. Par exemple, moi je me mets d'un côté de la table et les parents je les fais passer de l'autre côté. Comme ça ils sécurisent et en plus ils sont à côté de l'enfant […]. Il faut faire attention à tout ce qui est prise d'électricité. Les enfants ça touchent à tout ».*

2. Moyens humains.

a) Relais utilisés.

- **<u>Relais médicaux ambulatoires ou hospitaliers :</u>**

L'intégralité des pédiatres ambulatoires ont tendance à adresser leurs patients à des spécialistes de ville.

> ***P1** : « Lorsqu'il y a besoin d'un avis pédiatrique spécialisé (neurologique, orthopédique, ou pneumologique), on envoie beaucoup en ville sur Avignon ».*

Seulement deux pédiatres ont établi des liens étroits avec un centre de périnatalité et avec la PMI pour faciliter leurs exercices.

> ***P10** : « On travaille aussi avec la PMI. On adresse aussi les parents là-bas quand il y a des problèmes sociaux. On a une bonne entente avec eux et ils nous tiennent au courant ».*

L'hôpital est plutôt réservé pour les urgences ou la chirurgie.

> ***P2** : « Très souvent l'hôpital c'est pour les urgences ou quand ils sont suivis par un spécialiste travaillant à l'hôpital ».*

- **Relais paramédicaux :**

Un seul pédiatre évoque l'importance de s'entourer d'une équipe paramédicale pour une prise en charge globale de l'enfant. Leur coordination permet de contre balancer la pénurie des médecins et d'alléger les consultations systématiques trop chronophage pour lui.

> ***P6*** *: « Avant il y avait trois médecins dont des généralistes, mais ils sont partis à la retraite et non remplacés donc fallait s'adapter et c'était l'occasion. Je travaillais déjà à Avignon avec une kinésithérapeute et une psychomotricienne. Donc quand les pédiatres sont partis, je leur ai proposé de venir travailler une journée par semaine avec moi. Puis ensuite, il y a eu une psychologue, une orthophoniste, ostéopathe, chiropracteur, coach scolaire…. Il existe toutes sortes de personne qui peuvent travailler autour de l'enfant […]. Je travaille aussi avec une infirmière. Nous avons mis l'accent sur ce qu'on appelle les ateliers préventifs et c'est elle qui s'en occupe. Il y a 10 sujets différents, gratuits, donnant des conseils aux parents […].*
> *Je travaille aussi avec une assistante. Elle fait, très souvent, l'anamnèse. Je prends la suite après ».*

- **Fonctionnement de ces relais :**

Trois pédiatres ne sont pas satisfaits de l'accessibilité des spécialistes. Ils évoquent une communication directe de plus en plus compliquée avec le médecin spécialiste et des délais d'attentes importants, source d'anxiété pour les parents.

> ***P1 :*** *« C'est de moins en moins facile. C'est très difficile. On se bagarre à deux niveaux : d'une part lorsqu'on veut téléphoner ce n'est jamais le bon moment ou bien s'est fermé, il faut attendre énormément et quand on arrive à avoir le sécréterait, il faut envoyer un mail en expliquant pourquoi et après on nous donne une RDV plus ou moins rapidement. Ça devient de plus en plus long ».*

Pour pallier à cette difficulté, la moitié correspond aujourd'hui par mail. Pour eux, c'est le moyen d'échange le plus rapide.

> ***P10*** *: « Il faut le plus souvent envoyer un fax ou email. Par contre, une fois envoyé, le retour est assez rapide ».*

Cela leur permet d'avoir des avis et des conduites à tenir en attendant le rendez-vous. C'est une manière de contourner la difficulté d'accès aux spécialistes et un gain de temps pour l'enfant.

> ***P4 :*** *« Je fais mes premiers examens complémentaires. Si les résultats sont suspicieux, j'envoie un mail, elle me dit quoi faire, on organise le test. Comme ça les parents gagnent une consultation, on a déjà avancé ».*

Les autres reconnaissent être privilégiés du fait de leurs expériences professionnelles et de leurs connaissances personnelles.

> ***P9** : « Moi j'ai fait 18 ans de secteur hospitalier donc j'ai mes entrées ».*

Mais tous sont persuadés qu'un médecin généraliste peut bénéficier de ces mêmes relais, avec des délais d'attentes identiques si la situation le justifie.

> ***P3 :** « C'est exactement pareil. Quand c'est justifié, ils te les prennent sans problème. C'est sûr faut mettre la forme, faire un courrier ».*

b) Les échanges pédiatres-généralistes.

- **<u>Communication entre les deux spécialités :</u>**

Malgré de rares prises en charge partagées, les pédiatres déplorent la relation avec les médecins généralistes.

Quatre pédiatres affirment être sollicités qu'exceptionnellement pour avis ou poursuite de prise en charge.

> ***P2** : « Je n'ai pas trop de contact avec eux, c'est vrai. Sincèrement…. De temps en temps j'en ai un qui m'appelle pour avoir un avis mais c'est tout. La communication pédiatres généralistes est quasi nulle pour moi ».*

40 % expliquent ce manque de communication par la rancœur du passé.

> ***P8** : « Il y a vraiment eu une rivalité entre pédiatres et généralistes dans la prise en charge des enfants. Rivalité qui était un peu justifiée : à l'époque les médecins généralistes se levaient la nuit pour faire des visites, ils rouspétaient de voir les enfants suivis par les pédiatres. Ça se comprend aussi ».*

Deux sur dix évoquent un dénigrement de leur profession par les généralistes.

> ***P2** : « Je ne suis pas sûre qu'ils aient aussi une bonne vision de la pédiatrie…je pense que certains disent que ça ne sert à rien de voir un pédiatre de ville ».*

Deux autres reconnaissent leur manque de disponibilité.

> ***P9** : « Il y a peu de pédiatres libéraux donc c'est vrai que la disponibilité de pédiatre est réduite […]. On ne peut pas non plus répondre toute la journée, de temps en temps oui mais après ».*

- **<u>Propositions d'amélioration des rapports :</u>**

L'ensemble des pédiatres souhaiterait davantage de communication avec les généralistes.

> ***P6*** *: « L'échange est très intéressant entre les différentes spécialités. Tu as appris les choses différemment de moi donc ça peut être toujours intéressant de partager. Moi, j'aime bien travailler ensemble, et je pense que c'est la meilleure façon d'apprendre. »*

Tous se disent disponibles pour donner un avis. Ils aimeraient une prise en charge partagée avec l'omnipraticien.

> ***P3*** *: « Je pense qu'il ne faut pas hésiter à nous appeler ou à nous envoyer des enfants quand tu as des doutes. Nous, ici, on est quand même ouvert pour donner des avis, il n'y a pas de problèmes là-dessus ».*

Quatre pédiatres proposent de faire des formations communes ou de les convier à leur réunion mensuelle.

> ***P3 :*** *« Les pédiatres du Vaucluse se réunissent régulièrement, ce serait le genre de réunion qui pourrait être ouverte aux médecins généralistes qui font beaucoup de pédiatrie. Ou bien faire un cours de pédiatrie une fois/an aux médecins généralistes ».*

Deux femmes suggèrent aux nouveaux généralistes installés de se présenter à leurs confrères pour faciliter l'échange.

> ***P10*** *: « C'est vrai que quand ils s'installent, c'est important qu'ils se présentent aux médecins des alentours. C'est beaucoup plus facile après par téléphone et de mettre une tête sur une voix ».*

Un seul pédiatre est maitre de stage pour des internes en médecine générale. Elle voit là, l'opportunité de former des médecins généralistes à la pédiatrie sans être trop spécifique.

> ***P5*** *: « Je suis maitre de stage pour les internes de médecine générale. J'ai eu trois internes dont deux ayant déjà fait le médecin généraliste et j'ai vu ce qu'ils leur manquaient ou pas, c'est pourquoi dans mes réponses j'ai essayé d'être le plus pratique possible ».*

3. Moyens matériels.

a) Supports de connaissances.

- **<u>Formations continues :</u>**

En plus d'améliorer les rapports entre spécialités, les pédiatres suggèrent aux généralistes de participer à des formations continues. 40 % recommandent celles de l'AFPA (Association Française des Pédiatres Ambulatoires) de par sa qualité d'informations et son côté pratique.

> ***P2*** *: « Je préfère le côté pratique du cabinet et les formations AFPA sont axées sur ça ».*
>
> ***P8*** *: « Je faisais partie d'un groupe qui s'appelle AFPA. C'est cette association en grande partie avec la société française des pédiatres, qui a développé cette approche systématique des troubles sensoriels de l'enfant, des dépistages de ces troubles, les dépistages des troubles scolaires, la prise en charge des enfants précoces, des enfants hyperactifs, etc. Elles proposent des congrès, des formations. Je pense que c'est important qu'un généraliste y participe ».*

Trois pédiatres invitent les généralistes à participer à leur réunion mensuelle pour les aider dans leur pratique pédiatrique.

> ***P7*** *: « Nous avons eu pas mal de formation tant au niveau national que local, notamment avec nos réunions de pédiatre. Il s'agit de sujets simples, et pas de maladie hyper rare qu'on ne voit jamais. Ça reste très pratique. Les médecins généralistes qui sont intéressés peuvent tout à fait participer ».*

Deux pédiatres conseillent également de participer à des congrès ou aux journées parisiennes pédiatriques pour remettre à jour les connaissances.

> ***P3*** *: « Il y a aussi les journées parisiennes de pédiatrie qui sont très bien faites ».*
>
> ***P8*** *: « Il faut aussi participer aux congrès pédiatriques. […] Tout change, tout évolue. C'est important de suivre l'évolution, d'entendre parler les autres, de se former ».*

- **<u>Formations à la pédiatrie des internes en médecine générale :</u>**

Tous les pédiatres interrogés évoquent un manque de pratique pédiatrique des internes en médecine générale. Ils préconisent un stage obligatoire de six mois dans la maquette de ces internes pour avoir l'expérience nécessaire.

***P8** : « Former les généralistes à la pédiatrie sur les bancs de la fac et dans les terrains de stage lors de l'internat pour une formation beaucoup plus étouffée. La plupart des médecins doivent se former sur le tas, de toute façon, je ne vois pas comment ils peuvent faire autrement ».*

Ils insistent sur le fait qu'être à l'aise avec des enfants n'est pas inné. Il s'agit d'un apprentissage de nombreuses années.

***P3** : « Si pour nous la pédiatrie dure quatre ans, c'est qu'il y a des raisons aussi ».*

Un médecin recommande le DU (Diplôme Universitaire) de pédiatrie pour les futurs généralistes qui aiment cette spécialité.

***P4** : « Comme formation : le DU de pédiatrie. Je pense que le DU est très bien mais je pense surtout qu'il faut changer de système car aujourd'hui, il me paraît impossible d'être généraliste sans être passé en pédiatrie, et trois mois me paraît trop peu ».*

- **<u>Supports papiers :</u>**

30 % des pédiatres préconisent de s'abonner à des revues pour continuer à se former. Celles qui sont le plus souvent nommées sont la « Pédiatrie Pratique » et « les Archives françaises de pédiatrie ».

***P3** : « J'aime bien les archives de pédiatrie, ce n'est pas tous les mois mais deux fois par an tu as les nouveautés en pédiatrie. Sinon, tu as les magazines mensuels comme « pédiatrie pratique », tout est dans le titre. C'est des trucs pratiques de pédiatrie générale avec certaines prises en charge. C'est bien fait, ce n'est pas épais, ça se lit vite, ce n'est pas compliqué ».*

Deux préfèrent utiliser des livres pour améliorer leurs connaissances. Les collections « Pédiatrie en ambulatoire » et les « PERELMAN » sont souvent citées.

***P7** : « Il y a les livres Pédiatrie en ambulatoire : guide de référence de la consultation pédiatrique ».*

***P8** : « Les PERELMAN, c'est un ensemble de bouquins sur la pédiatrie, j'aime beaucoup ».*

Deux autres sont équipés d'un tableau de développement et d'un tableau récapitulant les différents laits. Ils insistent sur le fait que ces mémos peuvent s'avérer utiles en cas de doutes.

***P2** : « Un tableau sur le développement psychomoteur de l'enfant pour connaître exactement les acquisitions à quel âge etc. C'est quand même le plus important de savoir repérer un enfant qui n'avance pas correctement ».*

***P5** : « Equipe toi aussi d'un tableau référençant l'ensemble du lait. Ça peut sauver quand tu es perdue avec toutes ces marques surtout au début. Autre chose pratique : un disque de grossesse qui peut te servir pour calculer la durée d'allaitement ».*

- **Supports informatiques :**

La majorité des pédiatres exploitent Internet en cas d'incertitude diagnostique ou thérapeutique.

> ***P7 :*** *« De nos jours, le meilleur support c'est Internet ».*

Les sites qui sont le plus souvent évoqués sont Mpédia, le site de l'AFPA et « Pas à pas ». Ils l'utilisent pour conforter leur attitude mais le conseillent également aux parents pour les tranquilliser.

> ***P1*** *: « Le site de l'AFPA est bien : Mpédia ».*
>
> ***P9*** *: « Il y a des sites internet comme celui l'AFPA, très intéressant. Il y a le « Pas à pas » pédiatrique. Ça vous donne des d'organigrammes, des algorithmes plutôt. Ça c'est pratique ».*

Un pédiatre a même créé son propre site internet : bébé.guru, utile aussi bien pour les professionnels de santé que pour les parents.

> ***P7*** *: « Tu peux aller voir sur le site : bébé.guru. C'est le site du cabinet où tous les ateliers sont expliqués. […] Tu vas avoir tout le suivi, bouger pour grandir, le développement psychomoteur de l'enfant, comment stimuler, à quels moments, quels outils, le portage de l'enfant etc. ».*

L'ensemble des pédiatres reconnaissent utiliser des logiciels dédiés à la pédiatrie avec des fiches conseils ou des bilans typiques préremplis. Ils avouent que c'est un avantage de plus pour se rassurer.

> ***P9*** *: « On travaille avec des logiciels un peu typiques de pédiatrie avec des fiches préremplies par exemple. Il y en a qui travaille avec, d'autres moins parce que quelques fois c'est trop large. On a aussi des documents en fonction de l'âge pour le suivi. La fiche du carnet de santé, on l'a dans l'ordinateur aussi ».*

b) Matériels diagnostiques et thérapeutiques.

- **Matériels techniques pédiatriques :**

Tous les pédiatres estiment que leur spécialité est avant tout clinique et qu'il existe peu de matériels spécifiques.

> ***P10*** *: « C'est vrai, que nous, les pédiatres, nous n'avons pas énormément d'appareils. La pédiatrie, c'est beaucoup de clinique et de l'observation ».*

Les outils considérés comme indispensables pour tous médecins faisant de la pédiatrie sont : la toise, la balance pédiatrique, le mètre ruban, l'otoscope macroview, les brassards à tension et le saturomètre pédiatrique.

> ***P4** : « L'otoscope, macroview de préférence, le tensiomètre, le stéthoscope, la toise, la balance pédiatrique, le saturomètre adapté aux enfants. »*
>
> ***P5** : « Je pense qu'il faut investir dans un bon pèse bébé, fiable et qui calcule le poids en mouvement. […] L'otoscope aussi. Un macroview, c'est le top. Sinon, un stéthoscope pédiatrique, l'assortiment de brassard de tension, une toise horizontale et verticale, un mètre de couturière, un saturomètre, indispensable ».*

- **La trousse d'urgence pédiatrique :**

Trois pédiatres mentionnent spontanément l'importance d'avoir une trousse de secours pédiatrique lorsque l'on veut suivre des enfants. Ils insistent sur trois médicaments : la Rocéphine, l'Adrénaline et la Ventoline avec chambre d'inhalation.

> ***P4** : « On a les chambres d'inhalation avec de la Ventoline […]. Le matériel pour injecter de la Rocéphine si besoin et de l'Adrénaline ».*
>
> ***P5** : « Pour la trousse de secours à avoir au cabinet : la Rocéphine pour faire de la Rocéphine IM en toute urgence si besoin, de l'Adrénaline, un Babyhaler avec masques et avec Ventoline. C'est le plus important ».*
>
> ***P7 :** « Il faut avoir une trousse d'urgence avec de l'Anapen en cas d'allergie. »*

- **Matériels pour les dépistages sensoriels :**

Mallette Sensory Baby :

Pour neuf pédiatres interviewés, les consultations systématiques sont synonymes de dépistages. Ils recommandent la mallette Sensory Baby pour les dépistages de 0 à 3 ans et notamment pour les examens obligatoires de 9 et 24 mois.

> ***P4** : « On a la petite mallette de l'AFPA, la mallette Sensory-Baby. On l'utilise à 9 mois, 2 ans, 3 ans ».*
>
> ***P9** : « La mallette, le basic pour tous médecins qui veulent suivre des enfants ».*

Ils décrivent cette mallette comme pratique, efficace, adaptée et accessible à tous médecins. Elle regroupe de nombreux outils simples et rapides pour déceler des troubles auditifs ou visuels et orienter l'enfant dans les plus brefs délais.

***P3** : « Je pense que pour ceux qui veulent faire du suivi, la mallette de l'AFPA est bien faite, tu as les explications sur comment utiliser les outils. Ça donne l'idée du développement de l'enfant. Dedans tu as le mode d'emploi de la mallette ».*

***P5 :** « Elle a été travaillée avec des généralistes et des pédiatres donc il n'y a aucune impossibilité pour le généraliste de l'utiliser à condition d'investir et de s'investir un minimum pour le faire ».*

Deux pédiatres en fin de carrière n'en sont pas équipés. L'argument évoqué est un argument financier car l'investissement serait non rentable. Ceci dit, ils reconnaissent l'importance de cette mallette et sa facilité d'utilisation.

***P1 :** « Non, moi je ne l'ai pas. Mais bon c'est un tort, c'est certainement parce que je suis installée depuis longtemps et que le retraite approche. J'ai mes habitudes. C'est vrai que je ne l'utilise pas mais je pense que ça peut être une bonne aide ».*

***P10** : « Très bien, la mallette de l'AFPA. C'est vrai que nous, nous ne l'avons pas parce qu'on est à la fin de notre activité ».*

Un seul pédiatre ne fait pas de dépistage et ne connait pas cette mallette.

***P7 :** « Je ne fais pas beaucoup de test de dépistage car ils sont généralement faits à l'hôpital avant de venir. La mallette dont vous me parlez…je ne connais pas ».*

Le seul inconvénient souligné par deux médecins est le prix.

***P3 :** « C'est sûr que c'est un investissement car ça vaut 500 euros mais avec elle tu peux suivre un enfant jusqu'à deux ans et faire tous les examens de dépistage que tu as à faire ».*

Dépistage visuel :

Pour les nouveaux nés, deux pédiatres rappellent l'importance de réaliser la poursuite oculaire, l'examen de la pupille et d'étudier la réaction à la lumière.

***P7** : « La vue pour le bébé, j'éclaire les yeux pour savoir s'ils réagissent bien et je regarde les pupilles. Attention au rétinoblastome ! ».*

***P8 :** « Pour la poursuite oculaire, j'ai ce stylo avec un cheval sur ressort dessus. Je ne pensais pas que les enfants allaient être fascinés par lui, mais ça marche très bien. Ça bouge, ça remue et ça permet de suivre leur poursuite oculaire ».*

A partir de 3 ans, les trois quarts des pédiatres poursuivent le dépistage visuel avec des lunettes à secteur adaptées et des échelles visuelles spécifiques comme l'échelle des E ou l'échelle de Pigassou. Ils conseillent aux généralistes de disposer de ces échelles pour débrouiller les troubles visuels les plus importants.

***P1** : « Pour la vision, je me sers de ces échelles : échelles avec des images d'animaux et l'échelle des E ».*

Lorsque les enfants commencent à savoir lire, l'échelle de Monoyer est utilisée.

***P8 :** « Pour les grands j'ai la même que celle des adultes ».*

Trois réalisent le dépistage du daltonisme grâce à des planches adaptées ou par l'intermédiaire d'internet.

***P10** : « Les tests pour la vision classique, les différentes échelles. Pour le daltonisme, je n'ai pas les planches, je vais sur internet ».*

Un pédiatre, travaillant avec une orthoptiste, délègue cette tâche.

***P6 :** « Je ne fais pas les échelles visuelles car je travaille avec une orthoptiste qui vient ici, au cabinet. Tous ceux qui ont des antécédents ou une suspicion, je les envoie chez l'orthoptiste, qui vient une fois par semaine. C'est mieux fait ».*

Dépistage auditif :

Les pédiatres comprennent que certains généralistes soient réticents à l'achat de la mallette. Cependant, ils sont persuadés que le dépistage auditif reste primordial. Ils nous offrent donc d'autres alternatives comme les boites de Moatti pour les plus petits, souvent mieux connues des généralistes.

***P6** : « Le fameux Moatti pour l'audition, test très basic ».*

Un seul pédiatre ne manipule pas de matériel particulier.

***P7 :** « Moi, pour les tous petits j'ai une cloche. J'aime bien voir comment il réagit au son. On ne peut pas savoir s'il est hypoacousique mais on peut déjà dépister une surdité importante ».*

A partir de 2 ans, tous pratiquent le test de la voix chuchotée. Ils le suggèrent aux généralistes car il s'agit d'un test rapide, efficace et qui nécessite peu de matériel spécifique.

***P8 :** « J'utilise le test de la voix chuchotée : ce sont des images que tous les enfants connaissent. L'enfant sur les genoux de sa maman, il ne me regarde pas et il doit me montrer avec son doigt ce que je nomme tout bas ».*

***P10** :« Pour les plus grands, le test à voix chuchotée. Je fais l'audio4. C'est un test à voix chuchotée (elle me montre le test). Ça explore différentes fréquences. Il m'avait été recommandée lors d'une formation AFPA. Chez les plus grands, on leur dit de répéter, et chez les plus petits on leur demande de nous montrer l'image ».*

A partir de 5 ans, 50 % des pédiatres recommandent l'utilisation d'un audiomètre.

> ***P4*** *: « On a un casque pour l'audition (elle me le montre) : il fait des sons de décibels et de fréquences différentes à droite et à gauche et l'enfant lève la main à droite ou gauche suivant le côté où il entend le bruit. A partir de 5-6 ans, avant c'est un peu limite ».*

- **<u>Matériels pour les dépistages du langage et des apprentissages :</u>**

Sur les dix pédiatres interrogés, six prennent le temps de dépister les troubles du langage et des apprentissages entre 4 et 6 ans.

Trois utilisent l'ERTL 4 et 6 (Evaluation de Repérage des Troubles du Langage) à 4 ans et 6 ans. Ils y trouvent là un moyen rapide de découvrir ces troubles et d'orienter chez l'orthophoniste si nécessaire. Pour eux, ce test est compatible avec l'activité du généraliste.

> ***P2 :*** *« Effectivement, il y a $ERTL_4$ et $ERTL_6$, tu peux le faire aussi. Il est recommandé par l'AFPA ».*
>
> ***P5*** *: « Faire l'ERTL4, c'est bien je pense et c'est facile à faire. En plus, il te permet de bien savoir qui tu vas envoyer chez l'orthophoniste ou pas et donc ne pas les surcharger non plus ».*

Deux utilisent l'Eval MATER. L'inconvénient est que ce test est chronophage. Il est également programmé par la médecine scolaire donc peu de pédiatre le préconise aux généralistes.

> ***P3*** *: « On utilise également l'Eval Mater pour les plus grands. Mais c'est très long, c'est au moins 3/4h. Je pense que ce n'est pas indispensable pour vous car de toute façon, ces tests-là sont aussi fait à l'école par l'infirmière scolaire ».*

Un seul pédiatre évoque les BREV (Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives) mais reconnait la spécificité de ce test, difficilement réalisable en cabinet pour les généralistes.

> ***P8*** *: « Pour le dépistage des difficultés scolaires, on a aussi ce qu'on appelle les BREV : Batterie Rapide d'Evaluation. Mais on l'utilise rarement donc pour les généralistes je n'en vois pas l'utilité. »*

- **<u>Matériels pour les dépistages du comportement et de l'humeur :</u>**

Deux pédiatres ont abordé le thème du dépistage du comportement et de l'humeur. Ils ont recours à des questionnaires standardisés lorsqu'ils ont un doute diagnostique. Ils utilisent le M-CHAD (Modified-Check-list for Autism in Toddlers) pour dépister les troubles envahissant de développement, le test de Conners pour le dépistage des troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité ou encore le HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) pour les troubles anxieux ou dépressifs.

> ***P5 :*** *« Il y a des échelles pour le dépistage de l'autisme, le CHAD ».*
>
> ***P8 :*** *« Le test de Conners. C'est pour le dépistage des enfants hyperactifs avec déficit attentionnel. Il y a un questionnaire pour les parents et un pour les instituteurs.*
> *On a aussi le test HAD pour faire le dépistage des dépressifs ou des anxieux. La différence n'est pas toujours simple. Il est très bien ce test, simple, rapide, efficace ».*

La connaissance de ces tests par un médecin généraliste peut permettre de gagner du temps dans la mise en place de la prise en charge.

> ***P8 :*** *« Je ne dis pas que le généraliste doit faire ces tests mais au moins qu'il sache que ça existe ».*

4. Consultation de suivi de l'enfant.

a) Missions.

- **<u>Interrogatoire :</u>**

Lorsque nous interrogeons les pédiatres sur les questions essentielles à poser aux parents, quel que soit l'âge entre 0 et 6 ans, cinq thèmes reviennent régulièrement : L'alimentation, le sommeil, le transit, le développement psychomoteur et l'explication des vaccins.

> ***P2*** *: « C'est vrai que si tu me parles du suivi normal des nourrissons, je commence toujours par les questions sur l'alimentation, le sommeil, le transit, les explications des vaccins. J'interroge aussi sur les étapes des âges clefs du développement ».*
>
> ***P7 :*** *« On parle du régime, des problèmes qu'il a actuellement, comment se débrouille l'enfant, ce qu'il sait faire ou pas, quels sont ses centres d'intérêts pour les plus grands ».*

Trois pédiatres insistent spontanément sur la première consultation, qui demande souvent plus de temps. Il faut faire un interrogatoire approfondi à la recherche des antécédents personnels et familiaux, du déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

> ***P2*** *: « La première consultation du premier mois est plus longue car je vais m'intéresser aux antécédents familiaux, au déroulement de la grossesse, aux coliques, aux pleurs. Le premier mois, il y a pas mal de sujets à aborder ».*

Tous laissent un temps de parole à la fin de l'entretien pour évaluer le bien être parental et les éventuelles problématiques.

> ***P2 :*** *« Je leur laisse un temps de parole s'ils ont des questions ».*

Un pédiatre, travaillant avec une équipe paramédicale, délègue l'anamnèse à une infirmière. En s'aidant des modèles de l'AFPA, ils ont établi des enquêtes à remplir par les parents dans la salle d'attente pour avancer au plus vite lors de la consultation.

> ***P6*** *: « L'après-midi, je travaille avec une assistante qui fait l'anamnèse au début. Je consulte aussi avec les enquêtes pour les consultations à 2, 4, 9, 24 mois. Il s'agit de petites enquêtes dont j'ai fait une partie et une partie faite par l'AFPA. Elles sont plutôt bien faites et ça permet d'avoir plus d'information ».*

- **<u>Examen physique :</u>**

90 % des pédiatres se disent systématiques lors de leur examen physique. Ils disposent d'une trame commune facilitant la consultation et mettant en confiance l'enfant.

Tous conviennent de l'importance de déshabiller l'enfant et de réaliser un examen complet.

> ***P3 :*** *« Tout bébé est pesé tout nu !!! »*
>
> ***P9*** *: « En pédiatrie, toujours un examen complet : petit tout nu, pesée tout nu, examiner tout nu et on fait tous les appareils ».*

Ils recommandent de débuter l'examen par l'auscultation cardiopulmonaire et vasculaire puis abdomen et ORL. Ils finissent généralement par l'auscultation des articulations, de la hanche notamment. Ils conseillent donc de commencer par tout ce qui nécessite du calme et de l'attention. Les mesures anthropométriques sont effectuées en dernier lieux comme les vaccins si nécessaire.

> ***P1*** *: « Pour les tous petits, j'observe l'enfant, sa gesticulation, son tonus, le contact avec les parents puis avec nous. J'ai l'impression de faire tout ce qui est neurologique au début et puis après ORL, puis tout ce qui est orthopédique (les hanches), les organes génitaux externes. La vaccination juste après l'examen clinique ».*
>
> ***P5 :*** *« Je fais ce qui nécessite le plus de calme et d'attention, ce qui ne gêne pas l'enfant en premier et je finis par examiner ce qui va le déranger et déclencher les pleurs. C'est ça la logique ».*

Pour la moitié d'entre eux, l'évaluation du développement psychomoteur est contrôlée lors de la phase d'observation quand ils discutent avec les parents et que l'enfant joue. Ils complètent ensuite si nécessaire avec des outils adaptés systématiquement avant le déshabillage.

> ***P1*** *: « Pendant que l'on parle avec les parents, on peut observer s'ils sont attentifs aux jouets, ce qu'ils font. En général, c'est la petite table d'examen avec des jeux notamment ce jeu de construction qui permet à la fois d'observer l'enfant, son habilité ».*
>
> ***P3*** *: « Rien qu'en regardant le petit jouait, tu as une idée du développement ».*

De la même manière, 80 % des pédiatres font les tests de dépistage avant l'examen afin d'obtenir la concentration de l'enfant.

> ***P4*** *: « Je fais d'abord l'audition et la vision sur les genoux de la maman. Elle s'assoit, elle garde le bébé sur les genoux. C'est obligé de le faire sur un temps calme sinon c'est foutu ».*

- **Carnet de santé**

Les pédiatres interviewés sont intransigeants sur la nécessité de remplir le carnet de santé pour un meilleur suivi de l'enfant. Ils proposent à tous médecins d'écrire un mot, pour les consultations aigües comme pour les consultations systématiques.

> ***P2 :*** *« TOUJOURS un mot sur le carnet de santé. Les mots dans les carnets de santé sont une raréfaction ».*
>
> ***P7*** *: « Je note tous les éléments sur le carnet de santé. Je suis intransigeant sur les carnets de santé ».*

Ils rappellent l'importance des courbes de croissance sur le carnet de santé pour le dépistage.

> ***P4 :*** *« Au niveau du poids, il faut aussi que ce soit noté, car c'est important dans le suivi pour savoir s'il y a retard ou pas ainsi que la courbe du périmètre crânien et de la taille ».*
>
> ***P9*** *: « On rentre les données biométriques, on fait nos courbes grâce au logiciel mais ça ne m'empêche pas de les reporter sur le carnet de santé ».*

- **Guidance parentale.**

Education parentale

Les consultations pédiatriques systématiques sont considérées pour la moitié des pédiatres comme le moment propice pour éduquer les parents. Ce sont lors de ces visites qu'ils anticipent les peurs des parents (notamment pour les pathologies aigues) et qu'ils amorcent un travail de réassurance.

> ***P1*** *: « Ce suivi permet de parler avec les parents, de les orienter, sans oublier aussi, à l'heure actuelle, le temps passé sur les explications de la vaccination ».*
>
> ***P4*** *: « Il faut les éduquer. Ils savent, que si l'enfant a le nez qui coulent et 38.2 et qu'il n'y a rien d'autre en dehors de ça, on ne les voit pas, du moins pas avant 48h d'évolution. Elles le savent les mamans. C'est comme pour la prescription d'antibiotique, ils en réclament souvent mais après explications, ils arrivent à comprendre. Si tu t'y prends avant que la situation arrive, le jour J ça passe mieux et tu gagnes du temps ».*

Pour le plus ancien des pédiatres, il adapte son éducation parentale en observant le comportement des parents lors de la consultation.

***P8** : « J'aime bien regarder les parents déshabiller leurs enfants, ça permet d'avoir très vite une idée de comment ils s'occupent de lui. On distingue rapidement ceux qui ont besoin de conseils et ceux qui s'en sortent très bien ».*

Un pédiatre insiste sur les dangers domestiques. Les parents étant dans l'affection pour leurs enfants ne réalisent pas toujours que les risques changent avec leurs âges. Un rappel à chaque consultation de suivi lui semble nécessaire.

***P5** : « Les parents ne réalisent pas toujours que leurs enfants grandissent et donc qu'ils n'ont pas les mêmes besoins. Quelques fois ils les laissent sur la table tout seul. N'hésite pas à les reprendre et leur faire remarquer que c'est dangereux. Ça déroule ensuite sur les accidents de la vie quotidienne ».*

Supports parentaux :

Pour épauler la famille, chaque pédiatre à sa méthode. Il n'y a pas de consensus.

Cinq utilisent des fiches conseils. La plupart du temps, il s'agit de fiches pour l'alimentation et la fièvre. D'autres élargissent à la plagiocéphalie, aux gastroentérites et aux traumatisés crâniens.

***P5** : « Les fiches d'alimentation, les fiches pour la fièvre, je n'ai pas grand-chose, je parle beaucoup sinon. Ce qui est bien aussi, c'est d'avoir du matériel pédagogique pour expliquer aux parents ».*

***P6** : « Si c'est un traumatisé crânien ou une gastro, là oui effectivement, il y a des fiches spécifiques ».*

***P10** : « On peut donner des photocopies pour les régimes ainsi que sur la prévention de la plagiocéphalie ».*

Un pédiatre utilise le carnet de santé comme principal support.

***P1** : « Je me sers du carnet de santé, souvent on oublie. Il y a même une page sur l'alimentation. Je leur explique oralement ».*

Un autre se sert de son logiciel informatique avec des fiches préremplies.

***P9** : « Alimentation bébé. Sur ce dossier, le logiciel va me demander si c'est un allaitement mixte ou maternel, donc si je lui dis mixte il va me sortir la fiche par rapport à l'âge. Après il y en a qui travaille là-dessus, d'autres moins parce que des fois c'est trop large […]. On a aussi toutes les fiches pour le suivi dans le logiciel. C'est recalqué sur ce qu'il y a dans le carnet de santé ».*

Trois pédiatres ne donnent que des conseils oraux.

> ***P7*** *: « Il y a juste l'explication orale ».*

Trois pédiatres recommandent des sites internet aux parents : Mpédia, Bébé.guru, afin de les guider et de les encadrer dans leur recherche.

> ***P4 :*** *« Il y a le site Mpédia, fait par les pédiatres, où les mamans peuvent poser leurs questions et avoir des réponses par des pédiatres assez rapidement ».*

> ***P6*** *: « bébé.guru. C'est le site du cabinet où tous les ateliers sont expliqués. »*

Un pédiatre dispose d'une boite mail destinée aux parents pour répondre à leur demande le plus rapidement possible.

> ***P6*** *: « Je travaille beaucoup par mail aussi, pour des petits conseils pour éviter des consultations inutiles. Ils envoient des photos de boutons ou de trucs comme ça. J'essaie au maximum de répondre par mail ».*

b) Difficultés rencontrées.

- **<u>Conjoncture actuelle et la pénurie de médecin</u>**

Tous les pédiatres déplorent le manque de médecin et les conséquences sur le suivi des enfants.

> ***P5 :*** *« Après je pense que c'est un boulot très exigeant qui va l'être encore plus car il y aura de moins en moins de spécialiste en ville et ça sera à vous de régler les problèmes compliqués ».*

> ***P7*** *: « Effectivement, il n'y a plus des masses de pédiatres dans la région, c'est un vrai problème ».*

Un pédiatre évoque de la culpabilité en refusant les patients.

> ***P10*** *: « C'est très difficile de dire « non, on ne prend plus de patients ». Psychologiquement, c'est dur. Même en mettant un répondeur pour dire que le cabinet est complet et qu'il faut appeler le 15, le 15 ne peut pas faire des miracles. Il faut être réaliste ».*

Certains réalisent que l'activité pédiatrique ambulatoire glisse en médecine générale.

> ***P4*** *: « C'est le même rôle que nous clairement. C'est aussi le médecin généraliste qui suit les enfants mensuellement mais la formation pour vous n'est pas facile. Nous avons quatre ans de spécialité et vous avez trois mois voir rien de pédiatrie. Et la pédiatrie, ce n'est pas de la médecine générale ».*

P5 : *« Je me dis que les généralistes vont suivre des enfants. Il faut qu'on arrive à mettre en place un dialogue et se dire que les pédiatres vont suivre de plus en plus d'enfants malades et feront moins de suivi ».*

Un jeune pédiatre souligne l'absence de liberté pour un généraliste dans la création de sa patientèle. Il devra suivre de plus en plus d'enfants sans en avoir eu le choix et certains ne seront pas intéressés par cette spécialité entraînant un désinvestissement.

P4 : *« Il y en a qui font très bien et d'autres qui ne sentent pas trop concernés par le problème. Le médecin généraliste est un peu obligé de suivre les enfants. Pour certains, c'est un peu en dépit, donc c'est vrai que ce n'est pas super ».*

Elle pense que cette pénurie de médecins se répercute dans le suivi des enfants. Ils n'ont plus de suivi et ne sont vus que par des urgentistes pour des pathologies aigües.

P4 *: « Quand les gens arrivent dans une région, ils ne trouvent pas de médecins, parce que plus personne ne prend de nouveaux patients. Ils vont donc aux urgences. Sauf qu'aux urgences il n'y a pas de suivi et après ils vont voir à droite, à gauche. Ce n'est jamais le même médecin qui les voit ».*

- **<u>Difficultés dans l'apprentissage de la pédiatrie pour les internes en médecine générale.</u>**

La majorité des pédiatres (60 %) reconnaissent qu'il est compliqué pour un généraliste de s'installer sans avoir pratiqué la pédiatrie.

Ils ont tendance à dire qu'actuellement le rôle du généraliste se rapproche du leur mais que la formation n'est pas suffisante, notamment en ambulatoire.

P3 *: « C'est vrai que c'est très compliqué pour eux parce qu'ils ne sont pas formés. Le stage en pédiatrie est trop court dans votre formation et surtout vous et même nous dans notre internat, on n'apprend pas la pédiatrie de ville. C'est encore une pédiatrie différente de la pédiatrie hospitalière ».*

P8 : *« Vous ne savez pas vraiment faire. Il n'a pas d'enseignement à ce sujet. La pédiatrie représente 2-3 mois dans votre cursus »*

P9 *: « C'est vrai que les généralistes ont tendance à ne pas faire un examen complet. Il sera peut-être un peu plus embêté parce qu'il n'a pas l'expérience de ce qui vit un interne de pédiatrie pendant 4 ou 5 ans en stage ».*

- **<u>Difficultés pour un généraliste à se procurer le matériel pédiatrique.</u>**

Deux médecins pédiatres décrivent la difficulté pour les médecins généralistes à se procurer le matériel pédiatrique spécifique, surtout pour les outils de dépistage.

> ***P5*** *: « Le matériel spécifique de pédiatrie, c'est compliqué de se le procurer ».*
>
> ***P8*** *: « C'est vrai que ça ne se trouve pas dans les commerces communs. Ça me paraît d'une part sectaire et d'autre part contreproductif, mais bon ».*

Ils préconisent de s'adresser directement aux fournisseurs pour acquérir ces équipements.

> ***P5*** *: « Il faut aller chez le fournisseur direct pour la mallette Sensory Baby. C'est vrai que nous, on peut l'avoir avec des réductions par l'AFPA. Vous par contre, vous serez certainement obligé de payer plein pot ».*

Les autres pensent que l'accès à ces instruments est simple et rapide quel que soit la spécialité.

> ***P4 :*** *« Vous pouvez vous procurer le matériel sans aucun problème sur les sites internet ».*
>
> ***P9*** *: « Vous pouvez vous procurer cette mallette en tant que médecin généraliste ».*

- **<u>Difficultés face aux parents</u>**

Bien que la plupart des pédiatres constatent que les relations avec les parents sont agréables, un mentionne des difficultés à échanger à cause de l'angoisse parentale.

> ***P7 :*** *« Parfois, ma relation avec la mère est compliquée car celles qui sont trop dans le « cocooning » pensent qu'on fait mal à leur enfant alors que pas du tout ».*

Un autre signale subir quelque fois des pressions des parents lors de la rédaction des ordonnances.

> ***P4*** *: « C'est vrai qu'au bout d'un moment, tu craques. Quand tu sais que tu ne dois pas le mettre sous antibiotique mais que ça fait 5 fois qu'ils viennent te voir, au bout d'un moment, tu as un moment de faiblesse ».*

5. Perspectives.

a) Rôle futur du généraliste en pédiatrie.

Pour l'ensemble des pédiatres, le généraliste sera confronté à consulter davantage d'enfants.

> ***P1*** *: « Je pense qu'ils vont être amenés à voir de plus en plus d'enfants. Ça semble être indispensable et important ».*
>
> ***P3*** *: « C'est surtout qu'il va avoir un rôle obligatoire. Les gens te disent sans cesse qu'ils n'arrivent plus à voir leur pédiatre donc le généraliste voit de plus en plus d'enfant ».*

Pour la majorité (6/10), il y aura une évolution dans l'exercice pédiatrique du généraliste. Il sera amené à faire de plus en plus de suivi.

> ***P5*** *: « Les enfants chez qui tout va bien devraient plutôt être suivi par les généralistes ».*

Une correspondance plus étroite avec le pédiatre est souhaitable. Dans l'idéal, le généraliste se consacrera aux consultations de suivi systématiques et devra diriger l'enfant chez le pédiatre ambulatoire en cas d'anomalie.

> ***P1*** *: « [L'idéal] ce serait que le généraliste soit mieux formé aux maladies de l'enfant, au développement de l'enfant et puis quand il y a un problème, l'adresse au pédiatre ».*
>
> ***P10*** *: « Si la situation leur échappe, savoir passer la main. »*

Deux pédiatres pensent que le rôle du généraliste se limitera aux pathologies aigües et aux petites « urgences ».

> ***P3*** *: « Je pense que ça restera plus de l'urgence. Le suivi, c'est limite plus difficile que l'urgence parce qu'il faut dépister celui qui ne va pas bien dans le flot de tous ceux qui vont bien. C'est plus difficile je pense sans formation (parce que vous n'en avez pas), de dépister le développement anormal que de traiter l'otite ».*
>
> ***P8 :*** *« Effectivement, le reflexe normal est de vouloir que les médecins généralistes suivent des enfants en bonne santé et que s'il y a un problème, vous nous les adressiez. Mais vous dites ça parce que vous êtes jeune, tous ne pensent pas pareil. Les pédiatres continueront à faire du suivi et les généralistes les urgences ».*

b) Intérêt d'une systématisation de la consultation pédiatrique :

Deux pédiatres relatent l'avantage d'être systématique.

> ***P5 :*** *« Oui, systématiquement, sinon on s'y perd. Si tu n'as pas ta trame dans ta tête, tu vas partir dans l'angoisse des parents avec des prescriptions aberrantes. Sans cette trame tu es perdue. Tu ne feras pas les bons tests au bon moment ».*

> ***P9*** *: « C'est reflexe pour nous, on répète sans cesse les mêmes gestes, c'est automatique donc on est rapide et efficace. »*

L'un d'eux insiste sur ce point car la pédiatrie est une spécialité complexe. Elle nécessite des connaissances précises pour chaque âge.

> ***P5*** *: « C'est la particularité de la pédiatrie : chaque âge a sa technique, ses petites manies. C'est ce qui est compliqué en pédiatrie. C'est comme si tu apprenais une consultation pour chaque âge ».*

Grâce à l'interview, deux médecins ont pris conscience que leurs consultations étaient systématisées.

> ***P1*** *: « C'est vrai maintenant que j'y pense il doit y en avoir une ».*

> ***P2*** *: « C'est vrai, je le fais toujours dans le même ordre, je n'y avais pas pensé à ça ».*

Un autre refuse catégoriquement de rentrer dans ce système et son organisation particulière, avec une équipe paramédicale, le lui permet.

> ***P6*** *: « Non pas du tout, je le déconseille même. Après je leur dit que pour ces consultations-là, ils peuvent aller voir le médecin traitant. »*

c) Alternatives envisagées :

Les pédiatres interrogés considèrent le manque de médecins comme une impasse.

> ***P4*** *: « Le problème, c'est que nous ne sommes pas assez nombreux. C'est un vrai problème, c'est le nerf de la guerre ».*

Mais seuls deux pédiatres proposent des alternatives.

Un médecin considère, que par la force des choses, un tri dans la patientèle sera obligatoire et que les consultations de suivi disparaitront.

> ***P6 :*** *« La médecine va changer et toi, tu seras la génération complètement dedans. On va vraiment passer d'une médecine « tout venant » à une médecine où l'on dit « venez avec de vrais problèmes et l'on essaiera de prendre du temps pour ça ».*

Un autre pédiatre estime qu'améliorer le système de permanence de soins pourrait désencombrer les libéraux.

> ***P8*** *: « Si j'étais membre d'une organisation de santé, je réfléchirais à un système pour améliorer la permanence des soins. Ce n'est pas normal que le tri se fasse aux urgences. Ce n'est bon ni pour le libéral ni pour l'hôpital ».*

II. Groupe « Généralistes »

A. Caractéristiques de l'échantillon « Généralistes ». (Tableau 3)

Au total, l'échantillon est composé de 12 généralistes dont 5 hommes et 7 femmes.

La moyenne d'âge est de 50.5 ans : le plus jeune ayant 35 ans et le plus âgé 63 ans.

Onze généralistes sur douze sont installés : cinq en milieu urbain, six en milieu rural. Une femme a fait le choix de rester remplaçante depuis son diplôme.

La majorité (91.6 % soit 11 généralistes sur 12) exerce en cabinet de groupe. Une femme a toujours travaillé seule.

Dix généralistes sur douze (83.3 %) ont une activité libérale exclusive. Une femme est également urgentiste dans un hôpital local et un homme est chef de clinique en médecine générale avec des activités reparties en tiers temps.

Avant l'installation, deux femmes généralistes étaient médecins scolaires. Deux autres femmes ont obtenu un diplôme universitaire de pédiatrie.

En moyenne, les médecins généralistes de l'échantillon suivent 23.7 % d'enfants de 0 à 16 ans (de 40 % à 18.78 %) avec une impression globale d'être consultée principalement pour des pathologies aigües (estimation de 65 % versus 35 % pour le suivi).

Tous les médecins généralistes sont conventionnés en secteur 1.

Tableau 3 : Caractéristiques du groupe « généralistes ».

MG	SEXE	AGE	INSTALLATION	TYPE DE CABINET	ACTIVITE	DONNEES RIAP* 2016
MG1	Femme	41 ans	2012	Cabinet de groupe	De 2003 à 2005 : Remplacement De 2005 à 2012 : - Mi-temps médecine scolaire - Mi-temps collaboration en libéral Depuis exclusivement en libéral	- % de patients de – de 16 ans : 25 % Nb de majoration nourrissons : 220 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 253
MG2	Homme	35 ans	2014	Cabinet de groupe	Chef de clinique : - 1/3 de temps dédié à l'activité libérale - 1/3 de temps dédié à l'enseignement - 1/3 de temps dédié à la recherche	% de patients de – de 16 ans : 20,76 % Nb de majoration nourrissons : 145 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 187
MG3	Homme	57 ans	2002	Cabinet de groupe	Remplacement libéral de 1996 à 2002	% de patients de – de 16 ans : 19.8 % Nb de majoration nourrissons : 120 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 173
MG4	Femme	43 ans	2010	Cabinet de groupe	Libéral exclusif depuis 2010	% de patients de – de 16 ans : 30 % Nb de majoration nourrissons : 250 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 288
MG5	Homme	58 ans	1989	Cabinet individuel puis cabinet de groupe .	Libéral exclusif depuis 1989 Maître de stage	% de patients de – de 16 ans : 18,78 % Nb de majoration nourrissons : 80 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 265
MG6	Homme	63 ans	1982	Cabinet individuel puis cabinet de groupe	Libéral exclusif depuis 1982	% de patients de – de 16 ans : 21,55 % Nb de majoration nourrissons : 200 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 306

MG	SEXE	AGE	ANNEE D'INSTALLATION	TYPE DE CABINET	ACTIVITE	DONNEES RIAP* 2016
MG7	Femme	46 ans	1998 à 2006 en Belgique Depuis 2006 en France	Cabinet de groupe	Libéral exclusif depuis 1998	% de patients de – de 16 ans : 40 % Nb de majoration nourrissons : 249 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 544
MG8	Femme	54 ans	2010	Cabinet de groupe	De 1990 à 2000 : Médecine scolaire De 2000 à 2010 : Remplacement Depuis 2010 : Libéral	% de patients de – de 16 ans : 25 % Nb de majoration nourrissons : 230 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 266
MG9	Homme	63 ans	1982	Cabinet individuel puis de groupe	Libéral exclusivement depuis 1982	% de patients de – de 16 ans : 20,76 % Nb de majoration nourrissons : 145 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 187
MG10	Femme	41 ans	2016	Cabinet de groupe	Mi-temps hospitalier (urgence) Mi-temps Libéral	% de patients de – de 16 ans : 20 % Nb de majoration nourrissons : 150 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 179
MG11	Femme	46 ans	Non installée	Cabinet de groupe	Remplacement libéraux exclusif depuis 1999	Remplaçante Absence de données RIAP
MG12	Femme	59 ans	1992	Cabinet individuel	Libérale exclusivement depuis 1992	% de patients de – de 16 ans : 20 % Nb de majoration nourrissons : 140 Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 191

Données moyennes en PACA en 2016 (données SNIR) :

- % de patients de – de 16 ans : 19.62

- Nb de majoration nourrissons : 83

- Nb de majoration enfants de 2 à 6 ans : 136

B. Analyses des entretiens « généralistes ».

1. Organisation du cabinet.

a) Organisation temporelle.

- **<u>Plages horaires dédiées au suivi :</u>**

83.3 % des généralistes avouent ne pas avoir de plages horaires consacrées aux suivis des enfants.

> ***MG1*** *: « Non pas de plages horaires particulières, ils arrivent comme ça ».*
>
> ***MG7*** *: « Non, pas forcément, pas d'heures préférentiels pour les recevoir ».*

En revanche, deux généralistes leur fixent des rendez-vous pour ne pas trop les faire patienter en salle d'attente. Les raisons évoquées sont le risque de contagion et la perte d'attention lors des examens de dépistage.

> ***MG2*** *: « Pour les enfants, ils prennent RDV comme ça ils restent moins de temps dans la salle d'attente en théorie… ».*
>
> ***MG3 :*** *« Alors les nourrissons, j'essaie de donner un rendez-vous, comme ça il n'y a pas d'attente. Je déteste qu'un nourrisson passe des heures dans une salle d'attente donc en règle générale, le nourrisson a la consultation sur RDV ».*

Du fait de l'organisation sociétale, deux autres généralistes remarquent que le mercredi après-midi est destiné aux enfants, de même que les fins de journée après l'école. Ils disent ne pas avoir le choix et devoir s'adapter.

> ***MG4*** *: « On nous sollicite beaucoup le mercredi après-midi ».*
>
> ***MG12*** *: « Oui, forcement mais ce n'est pas moi qui le décide, mais c'est après la classe ou les activités extra-scolaires. On me sollicite beaucoup aussi le mercredi après-midi ».*

Deux praticiens souhaiteraient détachées des demi-journées à ne voir que des enfants mais les difficultés d'organisations les rebutent.

> ***MG5*** *: « Logiquement, il faudrait le faire mais… (il souffle) …compliqué à organiser ».*
>
> ***MG11*** *: « Non, pas spécialement. J'aimerais avoir des plages horaires consacrées à eux mais je n'en ai pas, ce n'est pas fait pour ».*

Un seul généraliste, installé depuis de nombreuses années, réalise les consultations de suivi uniquement le matin. Il reconnait avoir une meilleure disponibilité à ce moment-là et une meilleure écoute de l'enfant.

> ***MG9*** *: « J'essaie le matin. C'est là où j'ai le plus de tranquillité ».*

Un médecin encourage tous les généralistes à recevoir les enfants sur rendez-vous pour éviter l'attente. Il assure de meilleures conditions de réalisation de l'examen.

> ***MG12*** *: « Ce qui est important aussi, c'est le temps d'attente et je pense que la solution c'est le rendez-vous. Avec les sans rendez-vous, les délais d'attente sont supérieurs à 2h, tout le monde est énervé, on ne tient plus. C'est stressant pour l'enfant comme pour le praticien ».*

- **<u>Temps de consultation :</u>**

Qu'ils s'agissent d'adultes ou d'enfants, quel que soit le motif de consultation, 66.6 % des généralistes reconnaissent avoir des créneaux identiques de 15 à 20 min.

> ***MG7*** *: « La même que pour les adultes, 15 min ».*

Onze admettent dépasser ce temps lors des consultations systématiques (variant autour de 20 à 30 min), notamment pour la première consultation ou les consultations obligatoires.

> ***MG1 :*** *« Pour les autres consultations, on réserve la durée standard de nos consultations, environ 15 min, mais ça déborde tout le temps ».*
>
> ***MG11 :*** *« En général les créneaux sont tous les mêmes mais j'ai un trou tous les 3-4 patients d'1/4h. Ça permet de rattraper le retard. Mais en tout cas, ça dure plus qu'un quart d'heure, c'est sûr ».*

Quatre généralistes bloquent deux créneaux horaires (soit 30 min) lorsqu'il s'agit de nourrisson.

> ***MG2*** *: « Oui, les consultations de suivi prévues, on prend 1/2 h. Pour les consultations des moins de 11 mois, si c'est une consultation programmée pour la vaccination ou dépistage, là on bloque 30 min ».*
>
> ***MG9*** *: « Non, plus long, surtout pour les visites systématiques. Je prévois 20 à 30 min ».*

Deux généralistes conçoivent qu'il faut plus de temps avec les enfants mais ne se l'accorde pas par manque de disponibilité.

> ***MG5*** *: « J'ai qu'un quart d'heure alors j'essaie de me dépêcher un peu ».*
>
> ***MG10*** *: « Il faut monter le temps de consultations, se laisser un peu plus de temps sauf qu'à l'heure actuelle ce n'est pas possible ».*

- **<u>Fréquence des consultations systématiques :</u>**

L'ensemble des médecins interviewés ne respectent pas toutes les consultations recommandées jusqu'à 24 mois. Certains évoquent un manque de temps, d'autres une absence de connaissance. Mais tous réalisent les consultations obligatoires et les consultations donnant lieu à des vaccinations. Ils laissent la possibilité aux parents de revenir mensuellement selon leurs désirs.

> ***MG2*** *: « Alors non je ne l'ai fait pas toutes étant donné que je ne fais pas grand-chose pour certaines d'entre elles. Je fais 1 mois, 2 mois, 3 mois, 4 mois, une fois entre 4 et 9 mois, après 9 mois, 11-12 mois puis 16-18 mois et 24 mois. Maintenant avec le Neisvac, il faut aussi les voir à 5 mois ».*
>
> ***MG3*** *: « Alors non. Je fais 15 jours-1 mois-2 mois jusqu'à 3 mois. Après je laisse la possibilité aux parents. Il y en a qui vienne tous les mois. Je leur dis : soit on continue, on se voit tous les mois, soit on se voit à la prochaine vaccination. Je dirais que c'est environ 60 % qui veulent tous les mois et 40 à chaque vaccination ».*

Un seul généraliste voit les nourrissons tous les mois jusqu'à 12 mois.

> ***MG4*** *: « Alors jusqu'à 12 mois, je les vois tous les mois puis je leur dis de revenir à 16-18 mois, 2 ans, 3 ans ».*

De 2 à 6 ans, peu de consultations systématiques sont réalisées au cabinet.

> ***MG2*** *: « Après deux ans ? Non, je ne les convoque pas systématiquement. Je ne vais pas mentir. Après il y a le carnet de santé : une page pour les trois ans et une pour 6 je crois »*

Un seul médecin dit vérifier les consultations de 3 et 6 ans.

> ***MG1*** *: « Dans le carnet de santé, il me semble qu'il y a 3 ans, et 6 ans donc je suis ça ».*

Cependant, tous affirment examiner régulièrement cette tranche d'âge pour des pathologies aigües et réalisent un petit check-up lors de ces consultations.

> ***MG1*** *: « Et puis quand ils sont malades, de toute façon, tu ne les perds pas de vue ».*
>
> ***MG5*** *: « Une fois qu'il est scolarisé je ne les vois plus que pour les pathologies aigües mais on en profite pour voir comment ils se débrouillent ».*

b) Organisation spatiale.

- **<u>Organisation de la salle d'attente :</u>**

La totalité des généralistes disposent d'un coin aménagé pour l'enfant dans la salle d'attente. Les jouets sont le plus souvent évoqués, certains ont installé une petite table et des petites chaises.

> ***MG2*** *: « Il y a les jeux dans la salle d'attente, ça les rassure ».*
>
> ***MG11*** *: « Des jouets dans la salle d'attente, je m'en sers pour que les gamins me suivent dans le bureau ».*

Ils y trouvent là un moyen de rassurer l'enfant et de le mettre à l'aise. Un généraliste insiste sur l'importance de l'accueil de l'enfant avant la consultation.

> ***MG12*** *: « Je pense qu'il faut être dans l'accueil surtout. C'est ça qui est le plus important. Il suffit d'avoir le sourire, de le mettre à l'aise, de plaisanter. Je pense que c'est important qu'il y ait dans la salle d'attente des petites chaises, des petits jouets. Je pense qu'il est quand même bien au niveau de la structure elle-même qu'il y ait ce genre de chose. C'est faire comme vous le souhaiteriez pour vos enfants ».*

- **<u>Organisation de la salle d'examen :</u>**

Dix généralistes ont des jouets pour occuper les enfants dans leur salle d'examen.

> ***MG3*** *: « J''ai aussi des jouets dans ma salle d'examen ».*

Un s'en sert comme outil de dépistage.

> ***MG11*** *: « J'ai un genre de chenille. Je m'en sers pour faire la poursuite ».*

Deux généralistes évoquent les inconvénients à avoir des jouets.

> ***MG7*** *: « Avant j'avais trop de chose et il fallait tout ranger entre deux consultations et c'était long. Aujourd'hui, j'ai réduit, c'est fait exprès ».*
>
> ***MG12*** *: « Ça reste un nid à bactérie, ça c'est une contrainte quand même parce qu'il faut les désinfecter, les nettoyer. C'est toujours un peu embêtant. Moi je les balance dans la machine à laver ».*

Les mamans venant souvent en famille, les généralises ont mis en place des astuces pour occuper toute la fratrie. Un utilise les jeux comme moyens d'attraction, un autre fait participer toute la famille à l'examen.

MG2 *: « Quand un frère ou une sœur sont là, […] ils prennent les jeux dans la salle d'attente et ils les amènent dans le bureau ».*

MG12 *: « Alors pour les petits, j'ai un tapis d'éveil, du coup je l'étale par terre. Ça permet, quand maman arrive avec deux loulous, de poser le deuxième par terre. Je fais régulièrement participer le grand frère ou la grande sœur parce que le petit est souvent très captivé par eux ».*

Aucun généraliste ne modifie la disposition du cabinet lors d'une consultation pédiatrique.

MG8 *: « Non, tout reste comme ça ».*

MG11 *: « Quand je reçois un enfant, je n'ai pas d'agencement plus particulier ».*

Un seul médecin, ayant construit une maison médicale en 2016, a pris en compte la facilité d'accès à son cabinet pour les poussettes.

MG9 *: « Cet espace a été pensé pour les poussettes. Il me désigne l'espace. C'est dans la construction qu'on a pensé pédiatrie ».*

2. Moyens humains.

a) Relais utilisés.

- **<u>Relais pédiatriques ambulatoires :</u>**

41.6 % des généralistes assurent contacter un pédiatre ambulatoire en cas de difficultés diagnostiques ou thérapeutiques.

MG1 *: « Ça m'arrive d'adresser au pédiatre de ville souvent quand même. Je les adresse plus volontiers en ville qu'à l'hôpital car je n'ai pas vraiment de contact à l'hôpital ».*

MG7 *: « Oui, souvent je téléphone à des pédiatres de ville. Ça marche bien ».*

Un généraliste évite de voir les enfants de 0 à 3 ans pour le suivi et les orientent vers un pédiatre.

MG10 *: « Jusqu'à trois ans, je préfère qu'ils soient suivis par un pédiatre ».*

Deux généralistes adressent les enfants à des pédiatres sur spécialisés mais rarement à des pédiatres généraux.

***MG8** : « Quand j'ai un souci en aigu, j'envoie aux urgences pédiatriques. Ensuite en fonction de la problématique, je vais envoyer chez l'ORL, ou chez l'ophtalmo, ou chez un allergo ou pneumo qui s'occupe des enfants, ou chez des spécialistes à l'hôpital ».*

***MG9** : « Un pédiatre ambulatoire oui mais toujours spécialisé c'est-à-dire cardio pédiatre ou pneumo allergo pédiatre. En deuxième avis, je ne l'enverrai pas chez un pédiatre de ville mais un pédiatre spécialisé ou un spécialiste pas forcément pédiatrique ».*

Quatre généralistes ne voient pas l'utilité du pédiatre de ville. Ils considèrent cette étape comme une perte de temps dans la prise en charge de l'enfant.

***MG6** : « Non jamais en ville, je ne vois pas ce qu'ils peuvent apporter. Les seuls pédiatres chez qui j'envoie ce sont les pédiatres hospitaliers. »*

***MG11** : « Non, s'il y a un truc j'envoie direct à l'hôpital. Je ne passe pas par la ville, je n'ai pas le reflexe et je n'ai pas de réseau. En plus, je me dis qu'ils l'enverront à l'hôpital donc je prends un avis spécialisé directement à l'hôpital en fait ».*

- **<u>Relais pédiatriques hospitaliers :</u>**

Depuis l'ouverture des urgences pédiatriques à Avignon, un généraliste oublie le pédiatre ambulatoire.

***MG3** : « Il y a les urgences pédiatriques maintenant. Et donc je demande aux parents de vite descendre le gamin sur Avignon ».*

Deux praticiens envoient plus facilement aux urgences pédiatriques ou prennent conseils auprès d'un pédiatre hospitalier. La structure hospitalière a un côté rassurant pour les généralistes.

***MG10** : « Je demande plutôt des conseils par téléphone à l'hôpital parce que je travaille aussi aux urgences. Une prise en charge hospitalière ne remplace pas une prise en charge au cabinet, ça n'a rien à voir ».*

***MG12** : « Si j'ai besoin d'un avis ça sera un pédiatre à l'hôpital. A partir du moment où il y a besoin de faire des investigations, on leur adresse […]. L'hôpital, ça rassure ».*

- **<u>Fonctionnement de ces relais :</u>**

Facilités d'accès aux pédiatres :

Les généralistes sont partagés quant à la disponibilité des pédiatres.

La moitié sont satisfaits et trouvent une réponse adaptée dans les 24-48 h grâce aux pédiatres contactés, en ville ou à l'hôpital. Les échanges se font beaucoup par téléphone, peu par courriers ou mail.

> ***MG3*** *: « Ça s'est toujours bien passé. Ils m'ont toujours donné des réponses assez rapides ou ils me le prennent rapidement. Je pense que si tu fais l'effort d'appeler un de tes confrères il te dira oui. Ils savent très bien que ce n'est pas pour les embêter. Si tu appelles tu as une bonne raison ».*
>
> ***MG5*** *: « Ils me répondent assez facilement et me les prennent assez facilement si besoin ».*

L'autre moitié, au contraire, a des difficultés à converser avec les pédiatres. Ils déplorent l'absence de communication directe.

> ***MG1*** *: « Pour avoir certains pédiatres de ville au téléphone, il faut que ça soit très grave. Je ne les trouve pas très disponibles pour nous aider. D'autres, on n'arrive jamais à les avoir de vive voix, la secrétaire fait l'intermédiaire, je trouve ça dommage ».*
>
> ***MG9*** *: « En règle générale, c'est quand même compliqué parce qu'au plus ils sont spécialisés, au plus ils sont rares, au plus il y a de la demande ».*

Nouvelle convention de 2016 :

Pour favoriser cette communication en ambulatoire, la nouvelle convention de 2016 valorise les consultations où le médecin traitant adresse son patient à un médecin correspondant, lequel s'engage à le prendre dans les 48h. Les généralistes interrogés à ce sujet sont unanimes sur le fait que cette réforme ne changera rien ni à leur pratique, ni au délai de prise en charge.

> ***MG7*** *: « Non, ça ne va rien changer d'après moi, je ne pense pas. Pour 5€, chacun va rester avec ses habitudes ».*
>
> ***MG9*** *: « Je n'y prête même pas attention. Quand je prends mon téléphone pour appeler un confrère, je ne vais pas me dire, « tiens il le prend en moins de 48h, j'ai le droit à 5€ de plus ».*

b) Echanges pédiatres-généralistes.

- **<u>Communications entre spécialités :</u>**

Tous les généralistes regrettent le manque de correspondance avec les pédiatres. Sept n'ont aucune communication avec eux. Ils ne se connaissent que par carnet de santé interposé.

> ***MG2*** *: « Elles ne sont pas totalement mauvaises parce qu'elles sont inexistantes. Après il y a toujours le carnet de santé et les pédiatres tiennent extrêmement bien le carnet de santé ».*
>
> ***MG11*** *: « Moi, j'en ai zéro, si ce n'est que par le carnet de santé. Je ne connais personne et j'appelle personne non plus ».*

Ils partagent peu de prise en charge. Chacun est isolé. Deux médecins soulignent une complémentarité de leur discipline qui n'est pas exploité.

> ***MG2*** *: « Le pédiatre fait très souvent le suivi, il performe plus que nous dans ce domaine mais nous, on connait tout l'environnement psychosocial, c'est important pour le développement de l'enfant. On n'échange pas du tout avec les pédiatres sur ça, c'est dommage parce que la prise en charge en serait meilleure, c'est évident ».*
>
> ***MG12*** *: « D'ailleurs eux même ne nous joignent pas non plus. Il n'y a pas d'échange. Rien du tout. Pas de communication alors qu'on pourrait s'aider ».*

Un quart des praticiens ressentent une scissure entre les deux spécialités et ont l'impression d'être décrier par les pédiatres.

> ***MG9*** *: « Peut-être à la limite, qu'ils descendent un peu de leur piédestal. Quand on a un spécialiste qui s'installe dans le coin, il vient se présenter. J'ai vu des chirurgiens, des dermatos mais des pédiatres j'en ai jamais vu ».*

Quand ils apprennent que les pédiatres les convient à leur soirée de formation, par l'intermédiaire de la thèse, ils déplorent l'absence d'invitation officielle et régulière.

> ***MG4*** *: « Ils te le disent à toi, mais nous, on ne le sait pas. Ils ne nous appellent pas pour nous le dire, on n'a aucun communiqué ou courrier donc bon ».*

33.3 % ont créé, au fil du temps, un réseau avec un ou deux pédiatres proches géographiquement de leur cabinet. Ils avouent que cette communication est très agréable.

> ***MG4*** *: « J'aime bien travailler avec les pédiatres. J'ai deux trois numéros que je peux appeler facilement […]. Ça reste une référence. Je ne prétends pas jouer le même rôle. D'ailleurs si un bébé me pose un problème je préfère passer la main ».*

***MG5** : « Des pédiatres avec qui j'ai une affinité, avec qui j'ai travaillé, avec qui je suis à l'aise. Quand on se connait, c'est plus facile ».*

Deux médecins confient qu'ils ont réussi à tisser des liens avec un pédiatre grâce aux suivis de leurs enfants.

***MG1** : « Le fait de faire suivre mes enfants par un pédiatre avec qui je m'entendais bien m'a permis de communiquer facilement avec lui quand j'avais des problèmes avec des enfants lors de mes consultations ».*

***MG2** : « Elle a suivi à plusieurs reprises mes enfants et du coup, c'est vrai que c'est elle que j'ai tendance à appeler en premier ».*

- **Propositions d'amélioration des rapports :**

L'ensemble des généralistes admettent que de meilleurs échanges faciliteraient la prise en charge des enfants.

Ils proposent de les rencontrer au cours de formations pédiatriques. Ils y voient un moyen de se perfectionner et de rencontrer leurs interlocuteurs.

***MG1** : « Nous avons très peu de formations avec les pédiatres en fait. Les formations DPC pédiatrie, il n'y en a pas tellement non plus ».*

3. Moyens matériels.

a) Supports de connaissances.

- **Formations continues :**

Un tiers des généralistes interrogés ont effectué une ou plusieurs formations sur le suivi systématique de l'enfant en fonction de leurs lacunes.

***MG4** : « J'ai fait de formations sur la vision de l'enfant. J'ai fait l'audition aussi et l'orthopédie ».*

***MG9** : « J'ai participé à une formation de l'AFPA je crois, sur le suivi du nourrisson de 0 à 2 ans ».*

Deux autres disent participer régulièrement à des congrès.

> ***MG3*** *: « J'ai participé aux journées pédiatriques du Garlaban, ce sont de bonnes formations ».*
>
> ***MG7*** *: « J'ai fait plusieurs congrès pédiatriques sur Marseille ».*

- **<u>Formations universitaires :</u>**

Chaque généraliste a réalisé un stage hospitalier pédiatrique lors de leur internat.

> ***MG11*** *: « J'ai fait de la pédiatrie pendant mes stages d'internes. J'ai fait plusieurs stages et aux urgences pédiatriques aussi parce que j'aimais bien ça ».*
>
> ***MG6*** *: « On avait des stages de pédiatrie à l'hôpital ».*

Tous reconnaissent ne pas être suffisamment formés à la pédiatrie ambulatoire et encouragent les nouvelles réformes.

> ***MG5*** *: « Je trouve qu'avec toutes ces nouvelles réformes, on vous fait faire de plus en plus de libéral ».*
>
> ***MG8*** *: « J'ai fait un stage en pédiatrie. C'était l'un de mes derniers stages en tant qu'interne. A l'époque, on n'avait pas de stage en ville. Aujourd'hui vous êtes quand même mieux préparés à l'ambulatoire ».*

Deux médecins généralistes ont effectué un diplôme universitaire pédiatrique pour se perfectionner et se sentir plus à l'aise face à un enfant.

> ***MG4*** *: « J'ai le diplôme universitaire de pédiatrie et j'ai fait ma thèse sur de la pédiatrie ».*
>
> ***MG10*** *: « J'ai passé le DU de pédiatrie à Montpellier sur la prise en charge de l'enfant en cabinet médical. J'ai trouvé que c'était un bon DU sur les céphalées de l'enfant, la prise en charge globale, la nutrition et tout, donc c'était bien ».*

- **<u>Visites des laboratoires :</u>**

Trois médecins citent les visites des laboratoires comme supports de connaissances. Ils considèrent ces visites comme des rappels sur certains traitements.

MG5 *: « Ça fait des piqures de rappels même si ce n'est pas toujours pertinent ».*

Ils reconnaissent que la remise de fiches voir même de petits matériels pédiatriques les ont régulièrement dépannés.

MG12 *: « J'ai eu beaucoup de fiches par les visiteurs médicaux que je donnais systématiquement ».*

- **<u>Supports d'apprentissages :</u>**

Cinq généralistes sur douze utilisent le carnet de santé comme guide, notamment pour les examens systématiques.

> ***MG5*** *: « Je trouve que le carnet de santé est de mieux en mieux fait donc c'est un peu mon pense bête ».*

Les certificats pour les examens obligatoires leur permettent aussi d'être le plus exhaustifs possible.

> ***MG3*** *: « Dans le certificat des 9 ou 24 mois, il y a tout un tas de questions à remplir. Moi, je ne remplis pas tout parce que je ne fais pas tout mais ça te permet de rien oublier ».*

Deux jeunes médecins ont un tableau sur le développement moteur. Bien que pratique en cas d'incertitude, ils le trouvent anxiogène.

> ***MG2*** *: « On a un petit dépliant sur le développement psychomoteur. (Il me le montre) Quand j'ai des doutes je le consulte mais je le trouve hyper exigeant ce dépliant et hyper anxiogène, donc je ne le regarde pas systématiquement ».*
>
> ***MG4*** *: « J'ai les grands tableaux pour les acquisitions. Même si c'est un peu angoissant, dans le principe je trouve ça bien ».*

Un médecin utilise aussi les tableaux récapitulatifs sur les laits.

> ***MG4*** *: « Je me sers aussi des tableaux pour l'alimentation et les quantités parce que souvent on est au-delà des quantités nécessaires ».*

Un quart des généralistes feuillètent de temps à autre leurs cours ou leurs livres.

> ***MG1*** *: « J'ai des livres qui sont là mais je ne les utilise pas souvent car on est tout le temps penché sur internet et on trouve facilement en fait ».*

Mais tous utilisent internet en cas de doutes.

> ***MG6*** *: « C'est vrai que maintenant avec internet c'est tellement facile ».*
>
> ***MG12 :*** *« Je recherche sur internet, je m'informe comme ça, sur le tas ».*

Les sites internet les plus utilisés sont : Antibioclic pour l'infectieux, Pédiaos pour l'orthopédie, Docvadis pour des questions orientées médecine générale, Pédiadoc pour le développement psychomoteur et Mesvaccins.net pour les rattrapages vaccinaux.

> ***MG1*** *: « Pour tout ce qui est infectieux, Antibioclic même pour l'enfant c'est bien. Pour l'orthopédie, j'utilise Pediaos, c'est un site qui regroupe les grandes pathologies orthopédiques de l'enfant ».*

***MG2** : « Il y a le site Pédiadoc, sur lequel je vais de temps en temps, Mes vaccins.net, quand il y a des retards vaccinaux ».*

***MG12** : « Il y a Docvadis, et là il peut y avoir des questions concernant la pédiatrie aussi ».*

- **<u>Pratique clinique :</u>**

25 % des généralistes admettent avoir appris la pédiatrie sur le terrain et avec l'expérience.

***MG3** : « J'ai appris sur le tas. C'est comme la première fois où l'on te demande de faire un acte, de demander des sous ou de poser une IV. Il fallait bien. Tu ne sais pas si c'est bien ou pas mais tu te lances ».*

***MG4 :** « J'ai l'impression, peut être que c'est une erreur, mais avec un peu d'expérience tu vois vite s'il y a un truc qui cloche chez un enfant ».*

Pour trois médecins, le fait de devenir parents les a aidés dans leur exercice pédiatrique.

***MG2** : « Après avoir eu deux enfants, il y a une certaine subjectivité dans l'évaluation du développement psychomoteur ».*

Un généraliste, étant maître de stage, confirme que l'échange et la pratique au côté de la nouvelle génération lui permet de poursuivre sa formation et remettre en question ses habitudes.

***MG5** : « J'ai mes jeunes stagiaires qui me remettent au gout du jour. (Sourires). Ils sortent de la fac, ils ont des connaissances toutes fraiches. Et ça fait du bien. Des choses que tu fais par habitudes, ça te remet en question ».*

b) Matériels diagnostiques et thérapeutiques.

- **<u>Matériels techniques pédiatriques :</u>**

Les généralistes concèdent avoir peu de matériels pédiatriques spécifiques.

***MG1** : « Après je n'ai pas de matériel vraiment spécifique ».*

***MG8** : « Non, je ne pense pas avoir de matériel spécifique ».*

En revanche, ils sont tous équipés d'une toise pour nourrissons puis pour enfants/adultes, d'un pèse bébé et d'un mètre ruban.

***MG3** : « Une toise mobile et un autre fixe pour les plus grands, un pèse-bébé, un ruban métrique ».*

***MG9** : « Une toise bébé, pèse bébé, un mètre ruban, c'est de l'usage quotidien »*

Onze généralistes sont munis d'un stéthoscope pédiatrique et la moitié possède un petit brassard à tension.

> ***MG2** : « On a le stéthoscope pédiatrique pour protéger nos oreilles. (Rires). »*
>
> ***MG5** : « J'ai aussi un petit appareil pour prendre la tension avec un petit brassard. Mais je m'en sers très rarement ».*
>
> ***MG11** : « Stéthoscope pour enfant, brassard à tension. Dans tous les cabinets où je remplace il y en a donc moi je n'en sers ».*

Un préconise l'utilisation d'un otoscope Macroview, notamment pour ceux qu'ils veulent faire davantage de pédiatrie.

> ***MG12 :** « Le macroview, c'est indispensable. Je pense vraiment qu'il faut avoir de bons outils et encore plus pour les enfants ».*

Seul un généraliste évoque l'importance d'un saturomètre pédiatrique.

> ***MG7** : « Je vais m'acheter un petit oxymètre. Je n'en ai pas pour l'instant et ça me manque, je trouve que c'est essentiel. Parce qu'utiliser le saturomètre de l'adulte ça marche jamais bien ».*

Un autre est doté de matériel thérapeutique pour les crises d'asthme.

> ***MG8 :** « J'ai un baby haleur avec Ventoline si jamais je dois faire des inhalations au cabinet, ça m'est déjà arrivé ».*

- **<u>Matériel pour les dépistages sensoriels :</u>**

Dépistage visuel :

Les généralistes s'accordent à dire qu'ils ne sont pas optimaux pour le dépistage visuel notamment chez les nourrissons.

Ils ne disposent que de très peu de matériel.

> ***MG1** : « Je fais tout ce qui est vision mais je le fais à partir de 4 ans, j'avoue. Avant, je trouve ça compliqué et je n'ai pas le matériel ».*

***MG12** : « Non, le dépistage visuel, je ne fais pas ou alors que très rarement ».*

Pour l'illustrer, deux médecins disent utiliser la lumière de l'otoscope pour étudier le reflexe pupillaire chez les tous petits.

***MG4** : « Pour les tous petits, pour la lueur pupillaire et pour le reflexe, j'utilise l'éclairage de l'otoscope ».*

***MG9** : « On n'a pas d'éléments objectifs à part une petite lampe de l'otoscope pour le suivi du regard et la lueur pupillaire ».*

Trois médecins n'ont pas réussi à se procurer un œil de bœuf.

***MG4** : « Je n'ai pas d'œil de bœuf mais j'utilise un objet qu'ils puissent suivre. Ça marche aussi. »*

Pour les plus grands, l'ensemble des généralistes possèdent des échelles visuelles, comme l'échelle de Pigassou ou l'échelle de Monoyer. Mais ils avouent mal connaître les conditions d'utilisation et ne pas s'en servir régulièrement.

***MG2** : « J'ai aussi les échelles visuelles pour les plus grands, quand acquisition de l'écriture. Mais je ne vais pas te mentir, je le fais très rarement. Et j'ai aucune idée de la distance, je ne connais pas le test en fait. Sinon, pour les plus grands, à 6 ans, je fais le test de Monoyer. Mais, on ne le fait pas régulièrement ».*

***MG6** : « J'ai quelques échelles comme Pigassou, et des échelles avec images pour les plus petits ».*

Dépistage auditif :

Les généralistes ont peu d'équipement concernant le dépistage auditif.

Ils reconnaissent ne pas posséder de tests objectifs pour détecter une anomalie auditive.

***MG12** : « L'audition, alors là, c'est vraiment au pif au mètre. Je n'ai pas d'appareils ».*

25 % emploient les boites de Moatti pour les plus petits.

***MG2** : « On fait assez régulièrement le test de MOATTI. Si je les suis depuis le début, ils l'ont au moins une fois ».*

Enfin, seul un généraliste a un audiomètre pour les plus grands.

***MG1** : « Avec l'audiomètre, à partir de 4 ans, ça marche bien, pas avant ».*

- **Matériels pour les dépistages du langage et des apprentissages :**

Aucun généraliste n'exploite de tests standardisés ou des instruments spécifiques pour détecter des troubles du langage ou des apprentissages.

Un quart utilisent des stylos pour leur faire dire les couleurs ou leur faire dessiner des formes géométriques.

> ***MG9*** *: « Non, pas forcément, à part un crayon et un papier. Non, pas de truc particulier ».*

Deux généralistes font répéter une série de mots pour dépister des troubles du langage et orienter chez l'orthophoniste si nécessaire.

> ***MG8*** *: « J'ai une liste de mots que je fais répéter mais bon ce n'est pas bien codifié ».*
>
> ***MG11*** *: « Je me sers de l'échelle de Pigassou pour les troubles du langage avec la description des animaux ».*

- **Adhésion des généralistes aux matériels de dépistage recommandés par les pédiatres :**

Mallette Sensory Baby :

Les généralistes sont conscients de leurs lacunes dans les dépistages notamment par manque d'équipements.

> ***MG2*** *: « Il faut que je m'améliore sur ce point-là. Je pense que j'ai conscience que je ne sais pas. Je pense qu'il y a des choses à faire ».*

Après présentation et explication de la mallette Sensory Baby, 58.3 % des généralistes sont intéressés pour la découvrir.

> ***MG1*** *: « Cette mallette semble complète et facile à utiliser surtout qu'on va voir de plus en plus d'enfants ».*
>
> ***MG5*** *: « Oui, ça peut être intéressant mais il faut la coupler à une information voire une formation pour bien s'en servir et être au courant de ce qu'il faut chercher. Je pense que ce n'est pas que l'outil qui fait l'acte. C'est l'outil et le technicien qui le manipule ».*
>
> ***MG11*** *: « Cette mallette a un intérêt en médecine générale, je pense que c'est vraiment super. Je trouve que c'est intéressant, bien, utile et nécessaire aussi ».*

Trois médecins seulement en avaient vaguement entendu parler.

> ***MG8*** *: « J'en ai entendu parler mais je ne l'ai jamais utilisé ».*

Quatre généralistes ne sont pas convaincus de la pertinence de cet outil.

> ***MG3*** *: « C'est peut-être possible, mais je veux d'abord regarder. Je ne sais pas trop. Elle peut être intéressante. Regarde je l'ai marqué comme ça je vais aller me renseigner ».*
>
> ***MG4*** *: « Je ne sais pas si c'est vraiment nécessaire, je suis un peu sceptique. C'est vrai qu'au plus on a de moyen mieux c'est. Mais bon, c'est plus rapide de poser des questions à l'enfant ou aux parents que de faire tout ça ».*

Les tests de dépistage du langage :

L'ERTL4 et 6 ne sont pas connus des généralistes sauf pour un médecin faisant de la recherche quantitative et ayant donc besoin de connaître les tests standardisés.

> ***MG2*** *: « J'en ai attendu parler mais par la recherche mais je ne les ai jamais utilisés ».*

Pourtant un tiers des praticiens avouent que ce genre d'outil pourrait faciliter leur exercice pédiatrique. Ils pensent qu'ils seront plus précis dans leur dépistage.

> ***MG7*** *: « Tu écris ça comment ? Effectivement ça peut être intéressant ».*
>
> ***MG8*** *: « C'est bien ça parce que moi je fais juste répéter des mots. C'est plus standardisé ton truc ».*

Les autres ne voient pas l'intérêt de ces tests au cabinet car souvent refait par la médecine scolaire ou chez l'orthophoniste.

> ***MG5*** *: « Souvent les enseignants et le médecin scolaire sont en avance sur nous par rapport aux dépistages. Donc après nous, on les suit ».*
>
> ***MG9*** *: « Je ne vois pas trop l'intérêt car on est bien aidé par l'orthophoniste qui est avec nous ».*

4. Consultation de suivi de l'enfant.

a) Missions.

- **<u>Interrogatoire :</u>**

Les généralistes axent leur interrogatoire autour de quatre thèmes : L'alimentation, le sommeil, le transit, le développement psychomoteur.

> ***MG2*** *: « Il y a l'alimentation (allaitement strict ou pas) ; le développement psychomoteur (où il en est au niveau moteur), le transit et s'il dort bien ».*
>
> ***MG4*** *: « Je pose des questions sur l'alimentation, l'éveil, où est ce qu'ils en sont au niveau neurologique, surtout le développement psychomoteur. Après je m'intéresse aussi à ce qu'ils mangent et les conditions de sommeil ».*
>
> ***MG5*** *: « A l'interrogatoire, on demande les habitudes de vie, alimentaires, temps de sommeil, temps de veille, s'ils font du sport, la scolarité ».*

33.3 % portent attention à l'entourage de l'enfant et à son mode de vie.

> ***MG2*** *: « Il y a les questions du carnet de santé que je remplis moi parce que les parents ne les ont pas remplies : Est ce qu'il y a eu un changement de lieux de vie ? Quel est le mode de garde ? Comment se passe la relation avec le grand frère ou la grande sœur ? Est-ce que j'ai du temps avec mon enfant ? ».*
>
> ***MG5*** *: « Je demande la structure familiale, s'il y a des frères ou sœurs, famille monoparentale ou recomposée, profession des parents. »*

Pour la consultation du nouveau-né, tous insistent sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, les antécédents familiaux.

> ***MG3*** *: « Je demande les antécédents, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement »*
>
> ***MG12*** *: « Si c'est la toute première consultation, je vais d'abord demander si l'accouchement c'est bien passé, s'il n'y a pas eu de problème particulier. Si c'est une femme que je connais, j'aurais quelques éléments déjà concernant la grossesse, sinon j'essaie de faire un recueil du déroulement de la grossesse et de l'accouchement ».*

Pour les plus grands, deux médecins avertissent des méfaits des écrans.

> ***MG2*** *: « Je ne fais pas beaucoup de prévention en systématique mais c'est vrai que j'aime bien leur dire pas plus de 2h devant les écrans. »*

***MG12** : « Pour les enfants plus grands, j'essaie de faire de la prévention notamment sur le temps passé devant les écrans ».*

Selon l'âge, 16.6 % des praticiens posent directement les questions à l'enfant pour l'inclure dans la consultation.

***MG1** : « Quand ils parlent, j'aime bien discuter avec eux et leur poser directement des questions ».*

***MG4** : « Lorsqu'ils sont plus grands et qu'ils parlent, je m'adresse directement à eux. J'aime bien qu'ils parlent en premier. Ils essayent quand ils peuvent de m'expliquer pourquoi ils sont là ».*

Deux généralistes consacrent un moment de l'interrogatoire à la santé de la mère.

***MG1** : « Je consacre toujours un peu de temps à discuter avec la maman pour savoir comment elle va. La période après l'accouchement n'est jamais facile et elle ne se confie pas spontanément ».*

***MG2** : « Un truc important auquel je tiens, c'est la santé de la maman et prévention de la dépression du post partum. Quasiment, 1/3 des patientes fondent en larmes quand on commence à demander comment elles vont. Donc à la fin de la consultation, surtout à deux mois, je parle à la maman systématiquement ».*

Tous les généralistes laissent, au terme de l'interrogatoire, un temps de parole libre aux parents.

***MG6** : « A la fin je demande aux parents s'ils veulent me parler de problèmes particuliers ».*

***MG9** : « Je réponds aux multiples questions des mamans qui sont souvent de très nombreuses petites questions auxquelles nous ne pensons pas forcement spontanément ».*

- **<u>Examen physique :</u>**

Globalement, les généralistes font tous la même chose mais de façon anarchique.

Quatre médecins reconnaissent ne pas avoir de trame spécifique et de pas être systématique.

***MG2** : « Je n'ai pas d'examen du développement systématisé ».*

***MG11** : « Je n'ai pas quelque chose de standardisé. Je ne suis pas très bien organisée je pense ».*

Cependant, tous les appareils sont vérifiés par chaque généraliste : cardiovasculaire, pneumologique, abdomen, ORL, neurologique.

***MG2** : « Je commence par l'auscultation cardiaque puis pulmonaire, la palpation abdominale. Chez le garçon, on va vérifier que les testicules sont bien descendus. Je vérifie qu'il n'y a pas de hernie, ni lors des efforts de toux. On vérifie la perforation anale. Je recherche les pouls fémoraux et le ressaut de hanche. Ensuite, l'examen ORL : la gorge, les oreilles, yeux. Je regarde aussi les fontanelles ».*

***MG11** : « Je pense que je commence à regarder le gamin dans l'ensemble. Ensuite, je fais du cardiovasculaire et pneumo. Pour les tous petits, je recherche les réflexes archaïques. Après je pense que je fais l'ORL puis je fais de l'abdo. En fait je descends. (Rires). Une fois en bas, je vire la couche et je regarde les kikis, les testicules, les hanches puisque j'y suis ».*

Ils admettent tous vérifier grossièrement le développement psychomoteur

***MG1** : « Je vérifie le développement moteur de l'enfant : s'il tient assis, s'il tient sa tête etc. »*

***MG8** : « Selon l'âge je regarde la marche ou la station assise, s'il se retourne seul ou pas ».*

Les mesures anthropométriques sont prises systématiquement à la fin de l'examen.

***MG1** : « Pour l'examen clinique, à la fin : poids, taille, PC ».*

***MG9** : « Je finis par cet examen taille poids PC parce que c'est le plus vite fait ».*

Seul un généraliste ne déshabille pas l'enfant.

***MG12** : « En général, je ne mets jamais le bébé tout nu ».*

- **<u>Carnet de santé :</u>**

Les généralistes interviewés soulignent l'importance du carnet de santé.

***MG2** : « Je jette toujours un coup d'œil dans le carnet de santé. Je trouve qu'il est de mieux en mieux tenu et de mieux en mieux présenter ».*

***MG11** : « Au début de la consultation, je regarde le carnet. Ça apporte des éléments essentiels ».*

Onze généralistes certifient écrire un mot à chaque consultation.

***MG6** : « J'écris toujours un petit mot ».*

***MG10** : « J'écris toujours un mot dans le carnet de santé ».*

Pour deux généralistes, le carnet de santé est le dossier médical de l'enfant. Leur dossier informatique est presque vierge.

***MG2** : « Chez moi, les dossiers enfants sur l'ordinateur, ils sont inexistants ».*

***MG12** : « Je me contente de mettre mes observations sur le carnet de santé. Je fais aussi les courbes de croissances dessus, et les vaccins. Ça me gêne de faire un doublon avec mon logiciel, ça nous fait perdre du temps pour rien ».*

Tous font les courbes de croissance dans le carnet pour favoriser le suivi.

***MG1** : « Je le fais dans le carnet de santé. Ça m'a toujours étonnée les pédiatres qui le font sur leurs logiciels. S'ils changent de médecins, on perd tout. ».*

***MG4** : « Ce qui est important c'est la courbe de taille et de poids. J'aime bien la faire moi. Justement parce que les pédiatres la font souvent sur leur logiciel, et après vu que les pédiatres ne les voient pas tout le temps, tu te trouves sans les courbes dans le carnet de santé ».*

***MG8** : « J'écris toujours dedans et je fais les courbes, ça me parait être le béaba. Sinon, à la limite, même pas la peine de les peser. Pour voir, s'il y a une cassure de poids, de taille, c'est quand même des choses importantes ».*

Le carnet est aussi le support des vérifications vaccinales. Ils y accordent un grand intérêt, elles sont systématiquement contrôlées.

***MG10** : « Je suis très sensibilisée pour les vaccins, je vérifie tout le temps ».*

***MG12** : « Je mets bien tous les vaccins, numéro de lot sur le carnet ».*

- **<u>Dépistages :</u>**

Dépistage visuel :

Les généralistes savent que dans un bon examen de suivi, le dépistage sensoriel est nécessaire. Cependant, ils reconnaissent ne pas faire ou ne pas bien faire par manque de matériel.

***MG11** : « C'est rare que dans mes dépistages je trouve quelque chose donc je me dis que je dois mal faire ou pas assez faire ».*

Trois médecins constatent être le plus souvent alerter par les parents ou les instituteurs.

***MG2** : « C'est souvent parce que les parents nous disent « oui, à l'école on m'a dit que… ». Il n'y a pas de dépistage oculaire systématique. Je le fais uniquement quand ils sont adressés par l'école ou les parents ».*

Ils ont mis en place d'autres moyens pour déceler des troubles de la vision. Ils pratiquent des contrôles simples nécessitant peu d'équipement. Trois généralistes décrivent leur méthode.

> ***MG1*** *: « Je fais la poursuite oculaire avec un stylo ».*
>
> ***MG4*** *: « Tu peux bouger ta tête pour faire suivre du regard ou leur cacher un œil avec ta main ».*
>
> ***MG11*** *: « J'appelle la maman pour la poursuite oculaire. Je la fais se déplacer et je vois l'enfant la suit du regard ».*

Deux les adressent à l'ophtalmologue au moindre doute ou en cas d'antécédents familiaux systématiquement.

> ***MG8*** *: « C'est vrai que j'essaie de demander s'il y a des troubles visuels dans la famille […]. S'il y a des antécédents familiaux notamment de myopie, je demande assez facilement un RDV avec l'ophtalmo ».*
>
> ***MG12*** *: « Je vais envoyer chez l'ophtalmo s'il y a soucis dans la famille ».*

Dépistage auditif :

Comme pour le dépistage de la vision, les généralistes n'ont pas l'impression d'être efficace.

> ***MG2*** *: « Pour l'audition, je trouve que je suis nul. Enfin, je ne dépiste pas si ce n'est pas un gros truc ou s'il n'y a pas une plainte ».*

Même s'ils dépistent l'audition plus systématiquement que la vision, ils ne se sentent pas performant. Le test de la voix chuchotée est le test fait le plus régulièrement (cité par cinq médecins).

> ***MG7*** *: « Je fais un petit test pour l'audition quand même en parlant à haute voix et à voix basse. Mais c'est vrai que ça serait bien d'avoir du matériel un peu plus pointu pour le faire soi-même ».*
>
> ***MG11*** *: « La voix chuchotée où je ne sais pas à combien je chuchote mais bon. Les frottements aussi. Je fais basique. Pour l'audition, je suis presque sûr que je ne détecte rien ».*

Le recours aux spécialistes est aussi une solution pour parer l'absence de dépistage pour tous les généralistes.

> ***MG7*** *: « Je demande aux parents s'ils ont l'impression que leur enfant entend bien, sinon je l'envoie chez l'ORL pour un test auditif ».*

***MG12** : « Si à 3 ans, il n'arrive pas à faire des petites phrases, je l'envoie chez l'ORL ».*

Dépistage des troubles du langage, de l'apprentissage et du comportement :

Les généralistes conçoivent ne pas chercher spécifiquement les troubles du langage ou de l'apprentissage. Ils s'appuient sur l'observation de l'enfant en consultation ou sur la médecine scolaire.

> ***MG3** : « Je ne le dépiste pas vraiment. Ça tu le vois un peu dès qu'il arrive. Souvent les instituteurs le signalent aux parents et c'est là où ils viennent chercher l'ordonnance pour faire le bilan ».*
>
> ***MG11** : « Je ne fais rien, je les entends parler en consultation, ça suffit ».*

Deux praticiens insistent sur l'interrogatoire des parents concernant le comportement de l'enfant au quotidien pour réaliser ce dépistage.

> ***MG11** : « Je demande aux parents s'ils ont l'impression que…Je fais par rapport à ce que me dise les parents ».*
>
> ***MG12** : « J'interroge beaucoup les parents pour m'orienter et puis quand on n'a pas les moyens techniques pour déceler, il y aura la nounou ou l'école pour nous dire qu'il y a un petit problème, un petit trouble du langage ».*

Pour deux autres, le travail en équipe, en maison médicale, avec des orthophonistes leur facilitent la mission.

> ***MG6** : « Il y a l'orthophoniste aussi pour nous aider mais c'est vrai que je n'ai pas de moyens particuliers ».*
>
> ***MG9** : « On est bien aidé par l'orthophoniste qui est avec nous, si on a un problème ».*

Un seul généraliste évoque spontanément les troubles du comportement et avoue la difficulté à les dépister. Il oriente rapidement aux spécialistes.

> ***MG9** : « Le diagnostic n'est pas évident. Je ne me sens pas à l'aise dans tout ce qui est, psychiatrique ou neuropsychiatrie. Chez l'enfant, c'est difficile. Je passe très vite la main ».*

- **<u>Réassurance des enfants :</u>**

L'ensemble des généralistes ont mis en place des stratégies de réassurance dans le but de mettre en confiance l'enfant.

Un quart se met à la hauteur de l'enfant pour ne pas l'impressionner.

> ***MG1*** *: « Je m'assois aussi toujours, je me mets toujours à leur niveau. Je trouve que ça aide beaucoup. Je ne suis jamais debout ».*
>
> ***MG9*** *: « Me mettre à la hauteur de l'enfant et lui parler gentiment souvent en rigolant. Mais se mettre à sa hauteur. Quand on examine un enfant par-dessus, il se sent agressé mais si on se met à sa hauteur, il va beaucoup mieux communiquer ».*

33.3 % des médecins ont remarqué que les laisser dans les bras des parents permet de les apaiser.

> ***MG2*** *: « J'examine les enfants dans les bras du papa ou de la maman, la tête de l'enfant dans le cou de sa maman ».*
>
> ***MG8*** *: « Si l'enfant pleure, je demande à la maman de les prendre sur elle. Et on fait l'examen sur elle ».*

Un généraliste laisse l'enfant découvrir le matériel, le toucher pour se l'approprier.

> ***MG1*** *: « Je laisse aussi toujours découvrir le matériel dans un premier temps. Je ne mets jamais un otoscope ou un stéthoscope dans l'oreille direct. Je le laisse un peu toucher, découvrir. Quand tu fais ça, en général, ça ne se passe pas trop mal ».*

Un autre mise sur l'ambiance de la salle de consultation avec un fond sonore.

> ***MG10*** *: « Quand je le pèse, il y a un peu la musique à côté ».*

Lors des vaccins, quatre généralistes délivrent leurs astuces pour calmer l'enfant : biberons d'eau sucrée, diplôme de vaccination, bonbons.

> ***MG2*** *: « Après les vaccins, on donne un bonbon […] mais c'est un gros dilemme. On veut justement changer le système mais on ne sait pas quoi offrir aux enfants après les avoir vaccinés. J'ai envie d'acheter une petite bonbonne d'hélium et de leur gonfler un ballon ».*
>
> ***MG5*** *: « J'ai les diplômes de courage aussi. Tu les vaccines, tu fais un diplôme ».*
>
> ***MG8*** *: « Pour les tout-petits, c'est le biberon d'eau sucré. Après pour les plus grands je leur donne un livre, j'essaie de faire diversion ».*
>
> ***MG12*** *: « Si c'est le moment des vaccins, je m'assure qu'il y est un biberon préparé ou un doudou pour le calmer ».*

- **<u>Guidance parentale :</u>**

Education parentale :

Dix généralistes affirment que la relation avec les parents est bienveillante.

> ***MG6*** *: « Impeccable, il n'y a pas de problème ».*
>
> ***MG7*** *: « Les relations avec les parents j'ai l'impression qu'elles sont bien ».*
>
> ***MG8*** *: « Avec les parents dans l'ensemble, ça se passe bien ».*

Parmi eux, trois reconnaissent le biais de sélection : puisqu'ils ont choisi de faire le suivi de leur enfant avec leur médecin traitant, c'est qu'il existe déjà une relation de confiance.

> ***MG3*** *: « Dans la mesure où ils ont fait le choix de venir te voir toi, plutôt que le pédiatre, c'est qu'ils ont confiance en toi. Ils te connaissent, ils savent comment tu travailles ».*
>
> ***MG9*** *: « Justement, s'ils font le choix de faire suivre leur nourrisson chez un généraliste, c'est parce qu'on est relativement proche. Ils ont une affinité ».*

Deux médecins considèrent que ces consultations systématiques sont l'occasion d'expliquer aux parents les signes d'alertes en cas de maladie, les délais à respecter avant de consulter.

> ***MG1*** *: « Je trouve que les gens consultent beaucoup trop vite. Ils nous mettent la pression des parents pour qu'on prescrive plus vite, pour qu'on les « guérisse » plus vite. Je pense que c'est pendant ces consultations, quand tout le monde est calme, il faut leur expliquer comment ça fonctionne, ce qui est grave ou pas ».*
>
> ***MG12*** *: « Pendant les consultations de suivi, j'essaie d'éduquer les parents, en leur disant de ne pas consulter dès le premier jour d'un 38°, de voir l'évolution. J'essaie de les rassurer. Etant donné que nous sommes en première ligne pour les urgences, je pense qu'il faut qu'on les guide pour les pathologies aigües lors de ces consultations de suivi ».*

Ces consultations sont l'opportunité de rappeler l'importance des vaccins et des vitamines pour les nourrissons, trop négligées par les parents.

> ***MG2*** *: « J'explique les vaccins, leur importance et on discute s'il y a des réticences. Le fait d'en parler en amont les font réfléchir ».*
>
> ***MG12*** *: « C'est veiller à ce qu'ils prennent bien leur vitamine D ».*

Supports parentaux :

Un peu plus de la moitié des généralistes (7 sur 12) ne fournissent pas de supports papiers aux parents.

> ***MG10*** *: « J'explique à tous les conduites à tenir au cas par cas mais pas de supports écrits. De toute façon, ils ne les regardent pas ».*
>
> ***MG12*** *: « Par expérience, je sais qu'ils ne les regardent pas ».*

Pour la diversification, ils en parlent à l'oral en s'appuyant sur le tableau du carnet de santé.

> ***MG1*** *: « Non pas vraiment. J'écris dans le carnet de santé s'il faut mais pas de feuille type toute préparée ».*
>
> ***MG6*** *: « Que par oral. Sinon, sur le carnet de santé, ce n'est pas mal. C'est vrai que depuis que ça y est j'explique beaucoup moins ».*

25 % des médecins donnent une fiche.

> ***MG5*** *: « Pour l'alimentation, j'avais fait un truc que j'avais pris sur un bouquin et que j'avais photocopié ».*
>
> ***MG11*** *: « J'ai des fiches d'alimentation jusqu'à un an par période de trois mois. Du coup, je leur remets régulièrement parce que je trouve que ça fait un bon support. Après je leur explique que ce n'est pas la bible ».*

Deux généralistes donnent en prévention des fiches sur la surveillance neurologique après les traumatismes crâniens ou sur la fièvre pour tranquilliser les parents.

> ***MG5*** *: « J'ai aussi des fiches sur la fièvre, sur les régimes ».*
>
> ***MG8*** *: « J'ai une fiche pour quand ils tombent, les traumas crâniens, pour la surveillance neuro ».*

Enfin, depuis 2006 le carnet de santé s'est amélioré. Avec l'introduction de rubriques spécifiques, d'espaces destinés aux professionnels de santé, aux parents et à l'enfant, il a permis aux généralistes de le considérer comme le principal support pour les parents.

> ***MG5*** *: « J'utilise beaucoup le carnet de santé pour rassurer les parents. Je leur dis que tout est marqué dessus et que les réponses à leurs questions se trouvent dedans ».*
>
> ***MG8*** *: « J'aime bien leur dire de lire le carnet de santé. Ça les rassure souvent ».*

b) Difficultés rencontrées.

- **<u>Aisance face aux enfants.</u>**

Il existe une aisance mitigée des généralistes face aux enfants.

C'est l'expérience et le temps qui ont contribués au confort dans l'exercice pédiatrique.

> ***MG3*** *: « Je suis bien à l'aise avec les enfants, mais c'est vrai que quand je me suis installé, j'avais plus d'appréhension ».*
>
> ***MG7*** *: « Je suis à l'aise parce que j'en vois beaucoup. Après 20 ans à voir beaucoup d'enfants, ça va vite, tout est reflexe ».*

Deux femmes pensaient être suffisamment formées en pédiatrie jusqu'au jour où elles sont devenues mamans. Elles se sont aperçues de la différence entre la pratique et la théorie et ont changé leur approche face à un enfant.

> ***MG1*** *: « Je n'ai jamais été stressée par les enfants, et encore moins maintenant que j'en ai trois ».*
>
> ***MG11*** *: « En fait, je me sentais déjà à l'aise avant et depuis que j'ai eu ma fille, je me dis que finalement je n'étais pas si à l'aise alors que je n'en avais pas l'impression ».*

Un médecin reconnait avoir fait le DU de pédiatrie pour gagner en confiance.

> ***MG10*** *: « J'ai fait le DU car je voulais me sentir plus à l'aise. C'est particulier les enfants quand même ».*

- **<u>Freins aux consultations de suivi par les généralistes émanant des généralistes.</u>**

41.6 % des généralistes admettent que les consultations de suivi prennent du temps. Le surbooking est le premier frein évoqué.

> ***MG3*** *: « Ça reste chronophage ! ».*
>
> ***MG10*** *: « Il faut du temps. En réalité, on n'a pas beaucoup de temps, on est pressé. 15 min c'est pas beaucoup ».*

Lorsqu'on aborde la valorisation récente des consultations pédiatriques, la plupart (cinq sur douze) conteste le frein économique.

***MG1** : « Je ne sais pas. Pas pour moi en tout cas. Je t'avoue que moi je n'y pense pas à tous ces codes. Je prends toujours pareil ».*

***MG5** : « L'argent n'est pas le problème premier des médecins. Ce n'est pas 5 € de plus ou de moins qui vont inciter les généralistes à recevoir des enfants ».*

Un petit nombre (seuls deux) estiment que cette nouvelle convention confortera les généralistes dans leur exercice pédiatrique.

***MG2** : « Disons que ça a le mérite d'être reconnu. Même si c'est le frein économique est un frein mimine, ça va le lever quand même. Ça ne peut que nous inciter à poursuivre ».*

***MG9** : « Ça va changer dans le confort d'exercice parce que le temps que l'on prend en plus pour une consultation pédiatrique va être valorisé et ça c'est bien ».*

Deux généralistes mentionnent le manque d'intérêt de certains de leurs confrères à suivre des enfants.

***MG6** : « J'ai des copains généralistes qui n'aiment pas voir et encore moins suivre les enfants. Quand tu tombes sur 3-4 d'affilé qui pleurent tu as envie de voir autre chose, c'est compréhensible aussi ».*

***MG9** : « Je me rends compte que pour beaucoup de confrères généralistes « la pédiatrie, c'est chiant ». Ça ne leur plait même pas de voir des enfants, de faire un suivi pédiatrique ».*

Deux autres ne conçoivent pas qu'ils puissent avoir des freins à faire des consultations de suivi.

***MG4** : « Je ne pense pas qu'il y ait des freins. Je ne connais pas de confrère ou consœur qui ne veulent pas voir d'enfants ».*

***MG7** : « Pas pour moi, aucun frein à consulter les enfants. Ni le temps, ni l'argent, ni le manque de connaissance ».*

- **<u>Freins aux consultations de suivi par les généralistes émanant des pédiatres.</u>**

Pour 25 % des généralistes, le système français avec les pédiatres à la maternité contribue à la scissure entre les deux spécialités. Cela incite les parents à faire le suivi de leur enfant par un pédiatre et à consulter leur généraliste en cas de pathologies aigues.

***MG8** : « Comme si quelque part le pédiatre c'était « mieux » que le généraliste ».*

***MG12** : « Mais il y a un gros biais, à partir du moment où l'on accouche à la maternité, on est vu par un pédiatre et après on a tendance à rester avec lui ».*

Deux autres évoquent le monopole du matériel technique par les pédiatres.

***MG2** : « Cette mallette, si bizarrement les médecins généralistes en n'ont pas entendu parler, je pense que derrière, il y a une volonté de ne pas trop en faire la pub. Sous-entendu, quand vous venez chez nous, pédiatres, vous allez avoir la prise en charge 3 étoiles ».*

***MG5** : « On ne nous informe pas assez du matériel dont on peut disposer en tant que généraliste pour le suivi des enfants. Tout est réservé aux pédiatres ».*

Cinq médecins expliquent l'absence de dépistage par manque d'équipement et de formation.

***MG2** : « Pourquoi je ne fais pas de dépistage ? Parce que je n'y pense pas. Parce que je ne les connais pas bien. Personne ne nous parle du matériel spécifique qu'on pourrait avoir pour faciliter notre travail. Comme si les pédiatres avaient peur qu'on leur « pique » leur boulot ».*

***MG3** : « Je n'y pense pas et j'ai pas vraiment appris aussi. A l'époque, ce problème de suivi d'enfant n'était pas si important car il y avait plus de pédiatres ».*

***MG8** : « Je n'ai pas assez de matériel. Mais c'est compliqué de se procurer du matériel pédiatrique. Ils ont des sites spécifiques entre eux et je trouve que pour un généraliste c'est difficile d'accès ».*

- **<u>Freins aux consultations de suivi par les généralistes émanant des parents.</u>**

La moitié des généralistes reconnaissent qu'ils sont soumis à la volonté des parents pour le suivi.

***MG3** : « On reste sous l'influence des parents. S'ils ne veulent pas nous montrer leurs enfants, on ne les voit pas ».*

***MG10** : « Je comprends que certains parents préfèrent le pédiatre, moi-même j'ai fait suivre mes enfants par un pédiatre ».*

Certains parents préfèrent que leurs enfants soient suivis par un pédiatre et ne consultent le généraliste que pour de l'aigüe.

***MG12** : « Ce n'est pas moi qui le commande, c'est plutôt les parents. La plupart des enfants nous échappe quand même, c'est-à-dire qu'ils sont souvent suivis par le pédiatre et nous, on sert souvent de 5ème roue de la charrette. On est souvent là par dépannage, quand ils sont malades ».*

Quelques généralistes (quatre sur douze) essaient d'expliquer la difficulté à soigner un enfant lorsqu'ils ne connaissent ni ses antécédents, ni son comportement habituel.

> ***MG2*** *: « Les pédiatres ne gèrent que très peu les urgences donc c'est assez pénible de voir un enfant pour la première fois quand il est malade. Je pense que le fait d'être sur les deux terrains pédiatres et généralistes, c'est délétère ».*
>
> ***MG12*** *: « J'ai du mal à faire comprendre aux parents, et d'ailleurs, j'ai une affiche dans ma salle d'attente qui est « Nous sommes aussi le médecin des enfants ». On peut aussi suivre leurs enfants même quand ils vont bien ! ».*

5. Perspectives.

a) Au cabinet du généraliste.

- ***Inverser la logique de prise en charge :***

Actuellement, les généralistes s'accordent à dire qu'ils sont essentiellement consultés pour l'aigüe.

> ***MG7*** *: « Avant j'étais associée avec deux pédiatres et nous, nous étions trois généralistes. On avait l'impression qu'on voyait plus d'urgences qu'eux. Eux, c'était le suivi, les vaccins et non les pathologies parfois trop graves pour nous. Ce n'est pas logique effectivement ».*
>
> ***MG8*** *: « Ils s'occupent de les faire pousser et dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas, un enfant qui boite, qui s'est cogné la tête, qui vomi, qui a de la fièvre, et bien c'est toi qui le voit ».*

Trois praticiens expliquent cette situation par leur disponibilité.

> ***MG9*** *: « L'avantage du généraliste par rapport au pédiatre, je dirai disponibilité, proximité. Donc on voit beaucoup d'aigüe ».*
>
> ***MG11*** *: « Je pense qu'on est une réponse assez rapide à l'anxiété des parents car on est relativement disponible et présent ».*
>
> ***MG12*** *: « J'ai le sentiment d'être plutôt le pédiatre parce qu'on est beaucoup plus disponible. Nous, on les voit toujours malades. »*

Néanmoins, ils sont divisés quant à leur rôle futur.

25 % pensent que ce phénomène va s'intensifier avec le temps.

> ***MG1*** *: « Je pense qu'on va être amené à voir de plus en plus de pathologies aigües de l'enfant ».*
>
> ***MG5*** *: « Je pense qu'il y aura toujours la pédiatrie pour la surveillance à date fixe et le généraliste pour les pathologies ».*

Les autres supposent qu'il y aura une réorganisation dans la prise en charge des enfants. Ils suggèrent même une inversion des tâches, à savoir le généraliste pour le systématique et le pédiatre en cas d'anomalie.

> ***MG2*** *: « Je pense qu'il y a un contexte démographique qui va faire qu'on va être au premier plan. Il y a une volonté politique de déporter l'activité pédiatrique chez le médecin généraliste. Je pense que le MG va assurer le suivi d'un enfant sain et toute la prévention et qu'il adressera aux pédiatres s'il y a un problème ».*
>
> ***MG7*** *: « Ça serait bien qu'on voit les enfants pour un suivi standard et que quand un truc ne va pas, on les envoie chez le pédiatre. Ça leur rendrait en plus leur rôle de spécialistes. Parce que là c'est plus l'inverse et ce n'est pas logique ».*

Deux médecins revendiquent le fait que l'enfant doit être suivi par un seul médecin (pédiatre ou généraliste) pour améliorer sa prise en charge.

> ***MG2*** *: « C'est pour ça que je pense que quand on commence à suivre un enfant, il faut le suivre pour l'aigu et le chronique. Donc, si on prend en charge un enfant, il faut le prendre en charge sur tous les modes parce que l'un ne va pas sans l'autre ».*
>
> ***MG4*** *: « C'est vrai qu'on ne peut pas remplacer les pédiatres, mais quand tu as un enfant qui déboule parce qu'il est malade et que tu ne le connais pas, tu gères bien sûr, mais c'est quand même mieux d'avoir un suivi de l'enfant. Je pense que c'est bien qu'un enfant soit toujours suivi par le même médecin ».*

- ***Intérêt d'une systématisation de la consultation pédiatrique :***

Huit généralistes pensent qu'un fil directeur dans leur consultation de suivi pédiatrique pourrait leur faciliter leur activité.

Ils ne sont pas contre une trame commune dans le déroulement de l'examen.

> ***MG5 :*** *« Tout ce qui peut nous aider dans notre pratique c'est intéressant. En pratique, ça peut être utile ».*

***MG7** : « Je pense vraiment que ça peut nous aider. J'ai déjà noté plusieurs choses que tu m'as dit ».*

***MG9** : « Oui tout à fait intéressant. A la limite, faudrait que vous nous fassiez une formation un soir ».*

Un généraliste souhaiterait même l'intégrer à son logiciel.

***MG8** : « Si après on peut mettre ta fiche dans notre logiciel ça serait parfait et très pratique. Ça peut être intéressant oui ».*

Trois praticiens sont plus sceptiques. Ils reconnaissent l'avantage du travail mais admettent qu'il faut prendre le temps de s'y intéresser.

***MG4** : « Franchement, je ne sais pas. On se débrouille pas mal. On a tous nos petits trucs à nous ».*

***MG11** : « Après tu as la démarche ou pas de chercher, de t'y intéresser, mais oui ça peut être utile. Par contre, il faut penser que tu as toujours des questions des parents donc tu ne pourras pas toujours être aussi carré que tu le voudrais. Mais c'est vrai que ça te donne quand même une trame et des habitudes pour ne pas passer à côté de quelque chose. Quand tu restes systématique, je pense que c'est quand même le mieux ».*

Ils insistent sur les conditions de réalisation : la systématisation proposée doit être rapide, simple et efficace.

***MG3** : « La seule condition pour qu'un maximum de médecin s'en servent, c'est que ça doit être facile et simple ».*

***MG11** : « Si ce n'est pas compliqué, si c'est vite fait ».*

Pour un seul médecin, l'examen systématique du nourrisson est irréalisable pour un généraliste même avec un guide par manque de temps.

***MG10** : « On n'a pas le temps, on est toujours très pressé. Le protocole c'est bien mais faut avoir le temps de le faire. En pratique, ça ne marche pas comme ça ».*

- ***Développer l'utilisation de l'informatique :***

Pour améliorer le suivi de l'enfant, deux généralistes proposent de s'appuyer sur l'informatique.

Ils suggèrent l'informatisation du carnet de santé sur la carte vitale. Ils y voient le moyen d'accéder au dossier médical de l'enfant quel que soit le motif de consultation et d'éviter les pertes d'informations.

***MG2** : « C'est vrai que pour moi, le dossier médical de l'enfant, c'est son carnet de santé. Si tout était informatisé, ce serait beaucoup plus simple ».*

***MG12** : « Ce qu'il faudrait faire, c'est comme la plupart des pays européens, que tout soit dans la carte vitale. De ce côté-là, il faut qu'on avance ».*

L'un des deux aimerait le développement des dossiers médicaux partagés, surtout pour les enfants.

***MG12** : « Il faut qu'on évolue vers le DMP. J'ai essayé d'en faire mais c'est compliqué. On est face à un gros problème technique. Alors que ça pourrait nous faciliter la vie surtout pour les enfants qui vont voir le pédiatre et le généraliste ».*

b) Dans le système de santé.

- ***Ateliers d'éducation parentale :***

Deux pédiatres évoquent les ateliers d'éducation parentale réalisés par un pédiatre de la région comme l'avenir dans la prise en charge de l'enfant.

Ils estiment que le développement de ces pratiques est la solution pour répondre à l'augmentation de la demande.

***MG6** : « On travaille avec un pédiatre sur Carpentras qui fait des ateliers d'éducation parentale. C'est très bien. Ça évite des consultations inutiles. A l'heure actuelle, c'est essentiel. Il faut que ce phénomène s'amplifie ».*

***MG9** : « Je sais qu'il y a des pédiatres qui montent des ateliers où ils réunissent plusieurs enfants et parents. Ce n'est pas mal, c'est même très bien, je trouve. Je pense que c'est le futur, ça nous ferait gagner du temps ».*

- ***Renforcer la multidisciplinarité :***

Les généralistes sont conscients que le suivi d'un enfant ne réside pas uniquement dans le médical.

***MG12** : « L'avantage de la pédiatrie, c'est la pluridisciplinarité ».*

Autour de lui, gravite un panel d'aidants allant des équipes paramédicales, à l'instituteur, en passant par les parents ou la nourrice.

***MG1** : « Il y a plein de monde autour de l'enfant, qui s'occupe de lui ».*

Ils encouragent le travail et la communication multidisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

> ***MG1*** *: « On doit plus communiquer ensemble ».*
>
> ***MG9*** *: « Tu vois, souvent l'enfant voit l'orthophoniste, le dentiste mais on n'a jamais de retour. On devrait travailler ensemble, s'appeler. Ça serait bien mieux ».*

Trois médecins rappellent l'importance des maisons médicales multidisciplinaires. Ils sont persuadés que ce genre d'organisation améliorera la prise en charge des petits patients en favorisant les échanges.

> ***MG9*** *: « Dans notre maison médicale, il y a l'orthophoniste, à côté, ça nous aide bien […]. On échange régulièrement, beaucoup plus que si elle était à l'autre bout de la ville. ».*
>
> ***MG10*** *: « L'idéal, c'est d'avoir une grande maison médicale où tu as plusieurs spécialités (un gynéco, un pédiatre, un généraliste par exemple) et quelques paramédicaux. Tu vois ton collègue, tu lui pose des questions, c'est bien pour la communication ».*
>
> ***MG12*** *: « Dans un cabinet à plusieurs tu peux te permettre de dire « je suis généraliste mais je vais m'occuper plus particulièrement des enfants ». Ça c'est possible grâce au développement des maisons médicales ».*

- ***Favoriser les relations entre spécialistes :***

Deux généralistes sont convaincus que pour optimiser le suivi de l'enfant, il faut augmenter la transmission des informations entre spécialistes.

> ***MG5*** *: « Le problème, c'est les relations entre les structures : l'hôpital, la ville, le privé et le public. Il faut réussir à communiquer ».*
>
> ***MG7*** *: « C'est surtout l'accessibilité aux spécialistes. Ça me manque beaucoup. Je pense que si c'était mieux mis en place, on pourrait mieux travailler ».*

Un médecin propose la mise en place d'un numéro vert pédiatrique permettant d'avoir des avis rapidement.

> ***MG5*** *: « L'idéal c'est d'avoir un numéro vert, comme en hématologie à Avignon. Ça permettrait d'avoir toujours un correspond spécialiste en cas de doute ».*

Trois praticiens évoquent l'importance de la médecine scolaire dans le suivi de l'enfant, trop souvent dénigrée.

> ***MG1*** *: « C'est vrai que je suis certainement plus sensibilisée car j'ai été médecin scolaire. Je pense que c'est un atout. Elle est trop souvent critiquée alors qu'elle est essentielle ».*

MG5 *: « Je trouve que la médecine scolaire c'est très bien. J'ai souvent eu des alertes par le médecin scolaire […]. C'est une médecine où le médecin a l'outil et la technique. Et justement il applique ça à tous les enfants ».*

MG8 *: « On ne connait pas assez le rôle de la médecine scolaire. Son travail premier, c'est quand même le dépistage. Il faut y penser dans le suivi de l'enfant ».*

Discussion

I. Forces et limites de l'étude.

A. Force de l'étude.

1. Originalité de l'étude.

Treize ans après la publication des recommandations de l'HAS portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans (20), et onze ans après la parution du guide méthodologique pour les protocoles d'examens systématiques des enfants de 9, 24 et 36 mois réalisé par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne (26), aucune étude n'a été publiée pour épauler les médecins généralistes dans leur exercice pédiatrique.

Si quelques thèses ont fait l'état des lieux des compétences et des pratiques cliniques pédiatriques en médecine générale (21) (27) ou ont mis en évidence des diversités d'exercices entre pédiatres et généralistes (2) (28) voire entre généralistes eux-mêmes (6), la recherche bibliographique ne retrouve pas d'étude proposant un socle commun aux consultations de suivi pédiatriques de 0 à 6 ans.

L'une des spécificités de cette thèse est le double interrogatoire pédiatres puis généralistes. Il a permis de confronter les avis entre les deux spécialités, de souligner les éléments essentiels, redondants et donc de dégager un socle commun pour les examens pédiatriques systématiques.

2. Méthodologie employée.

L'approche qualitative a permis un travail sur les représentations mettant en valeur une certaine réalité du terrain, inaccessible par les chiffres. Il s'agit de la recherche adaptée permettant d'étudier les perceptions, les comportements, les sentiments et émotions pour obtenir une compréhension globale du contexte (29).

Les entretiens semi directifs individuels ont été préférés aux entretiens structurés ou en groupe pour permettre aux enquêtés de s'exprimer librement. Les questions étaient ouvertes et l'utilisation d'un guide d'entretien a permis d'aborder tous les thèmes. Le plus dur a été d'effectuer les bonnes relances aux moments opportuns sans influencer l'interviewé (25). Au fil des entretiens, la méthode s'est perfectionnée. Pour garder la spontanéité des réponses et éviter les biais de classement, le sujet étudié n'était pas communiqué aux participants.

Le choix de la théorie ancrée ou « Grounded Theory » est adapté à ce type d'étude. C'est une méthode de recherche inductive qui vise à la construction d'une théorie à partir des données recueillies après élaboration de catégories (24). Si le codage axial a été réalisé par un seul intervenant, le codage horizontal a été créé par comparaison des catégories des deux enquêteurs, limitant les biais de classement.

La recherche de la convergence des résultats en croisant les analyses de plusieurs enquêteurs fait partie de la triangulation des données, élément assurant la validité interne des résultats (24). En revanche, il n'y a pas eu de triangulation des données au niveau technique car l'enregistrement audio a été la seule source d'information.

L'analyse a été concomitante au recueil des données pour minimiser la perte des données, non verbales notamment.

3. Diversité et représentativité de l'échantillon.

La théorie ancrée comprend dans sa méthodologie la constitution d'un échantillonnage raisonné. C'est une procédure non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible afin de garantir la validité externe des résultats (25).

Dans les études qualitatives, la diversité de l'échantillon prime sur la représentativité.

En ce qui concerne les pédiatres, l'une comme l'autre est vérifiée. L'échantillon comprend des enquêtés distincts sur l'âge, l'année d'installation, le type de cabinet et sur leur activité. Pour la représentativité, de légères différences sont constatées. En France, l'âge moyen des pédiatres libéraux est de 50,5 ans (51,7 dans l'étude) dont 70 % de femmes (60 % dans l'étude). 69 % ont une activité libérale exclusive contre 60 % dans notre travail (30).

Pour les généralistes, la diversité est également observée. Cependant, l'échantillon présente des discordances avec les données socio-démographiques des généralistes de France. L'âge moyen est de 51,5 ans (50.5 dans l'étude) dont 54 % d'hommes et 46 % de femmes (tendance inverse dans l'étude 41.6 % d'hommes et 58.3 % de femmes). 89 % ont une activité libérale exclusive contre 83.3 % dans l'étude. En moyenne, 19.5 % de leurs patients ont moins de 16 ans (versus 27.2 % dans l'étude). L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population médicale des généralistes. La généralisation des résultats peut donc être discutée.

En revanche, un autre point fort dans notre échantillon est le recrutement des médecins généralistes ayant l'habitude du suivi pédiatrique. Par leur expérience, leurs réflexions sont plus pertinentes que si l'étude avait été faite après de généralistes ne consultant pas d'enfants.

4. Sujet d'étude au cœur de l'actualité.

La thèse s'inscrit dans le contexte actuel de la loi de modernisation du système de santé de 2016. Elle instaure la mise en place d'un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans, orientant leur suivi vers les médecins généralistes ainsi que la majoration des consultations pédiatriques. Des enjeux de santé publique sont identifiés, notamment dans le champ de la prévention des dépistages sensoriels. En 2017, ils ont donné lieu à une ROSP dédiée au médecin traitant des enfants. Elle accorde une rémunération annuelle permettant de valoriser l'atteinte des objectifs ou la progression réalisée (15). Notre travail adhère à cette ambiance de révision du système de santé français.

B. Limites de l'étude.

1. Biais de sélection.

Il existe différents biais dans la constitution des échantillons analysés (31).

Les médecins, pédiatres et généralistes, ayant accepté de réaliser les entretiens, sont particulièrement motivés par la thématique du suivi de l'enfant.

Comme vu précédemment, les échantillons ne sont pas représentatifs de la population médicale chez qui nous souhaitons généraliser les résultats. Ce biais est à pondérer car les études qualitatives favorisent la diversité à la représentativité pour un échantillonnage en variation maximale.

2. Biais de classement.

a) Biais de mémorisation ou de déclaration

L'étude reposant sur des déclarations, il existe un risque de biais de mémorisation, volontaire ou involontaire, souvent relevé par les interviewés (31). Les médecins ont souligné la complexité à évoquer leur interrogatoire et leur examen clinique hors contexte. Ils ont pu oublier de décrire des questions ou des actes habituellement réalisés. Ce biais a été diminué au fil des entretiens par des relances sur des thèmes fréquemment abordés.

De la même manière, la peur de mal faire ou la peur d'être jugé a pu entraîner une sélection dans leur témoignage. La garanti du respect de l'anonymat tout au long de l'étude a permis de réduire cette crainte.

L'investigateur, ayant des préjugés sur les réponses de ses enquêtés, peut, de manière non intentionnelle, influencer leurs déclarations. La rédaction d'une liste d' « a priori » a minimisé ce biais de déclaration.

Il faut également prendre en compte dans les allégations des pédiatres et des généralistes, le biais lié à la représentativité de leur métier. Chaque spécialité a une tendance naturelle à valoriser sa profession dans son discours. Peu de dispositifs permettent de limiter ce biais.

b) Biais d'interprétation ou biais de mesure

La méthode de mesure n'étant pas standardisée et les conditions d'entretiens n'étant pas similaires, des biais de mesure ont été produits (31). Certains interviews se sont déroulés en fin de journée alors que d'autres entre deux consultations, ce qui imposait aux médecins une contrainte de temps. Des entretiens ont été interrompus par des appels téléphoniques. Ces variables ont donc probablement affecté le recueil des données et ne permettent pas la reproductivité des entretiens.

Par ailleurs, l'interviewer étant unique et n'étant pas formé aux études qualitatives, les premiers entretiens ont été sources de perte de renseignements, constituant aussi un biais d'interprétation. Au fil des interviews, ce biais a été atténué.

Il y a également une notion de subjectivité dans les informations jugées pertinentes. De nombreuses données ont été recueillies grâce à ces 22 entretiens. Il a fallu faire le tri pour pouvoir répondre à la question de recherche et proposer une fiche conseil. Les résultats retenus comme judicieux ont été soumis à l'opinion de l'enquêteur.

c) Biais d'évaluation

Le fait de n'avoir qu'un seul interviewer et des guides d'entretien semi-dirigés a pu induire un biais d'évaluation (31). Les questions étant ouvertes, une déclaration a pu être mal étiquetée lors de la création des nœuds et des catégories. Ce biais a pu être atténué grâce au codage horizontal réalisé par les deux enquêteurs.

Par ailleurs, les prérequis de l'investigateur ont pu l'inciter à classer les données en fonction de ses prérogatives. La liste d'« a priori » a également permis de diminuer cette subjectivité et de repartir les idées le plus objectivement possible.

II. Analyse comparée des résultats obtenus entre le groupe « pédiatres » et « généralistes ».

Il semble intéressant de comparer les réponses des deux groupes afin de connaître les préoccupations propres à chaque spécialité et celles qui leurs sont communes. L'objectif est de synthétiser les résultats pour discerner les données pertinentes à prendre en compte lors des consultations de suivi pédiatrique de 0 à 6 ans.

A. Organisation du cabinet.

Recevoir des enfants nécessite des adaptations dans l'organisation d'un cabinet de médecine générale. En fonction des réponses émises par les praticiens, quelques recommandations sur l'aménagement du cabinet ont pu être décrites. Nos résultats ont été mis en parallèle avec la littérature afin de dégager une base commune.

1. Organisation temporelle.

- **<u>Plages horaires dédiées aux suivis :</u>**

Contrairement aux généralistes, les pédiatres ont des plages horaires spécifiques dédiées aux consultations systématiques, notamment en début de demi-journée. Cela leur permet d'avoir un enfant plus calme et attentif. Cette organisation est possible car leur activité principale est consacrée aux suivis. Les urgences sont placées entre deux consultations ou en fin de demi-journée.

L'activité des généralistes étant plus diversifiée, il leur est difficile de bloquer des créneaux uniquement pour les enfants. Ils reconnaissent, cependant, l'impact de cette contrainte dans le déroulement de l'examen. Cependant, ils admettent que pour les examens de suivi, il est préférable de les faire sur rendez-vous.

La thèse de Mme Artufel-Meiffret sur les expériences, perceptions et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans en consultation pédiatrique en médecine générale, montre qu'ils sont globalement insatisfaits pour la durée d'attente, notamment lors

des consultations sans rendez-vous (32). Certains émettent même l'hypothèse d'établir « des priorités de passage lorsqu'il s'agit d'enfants ». En revanche, lorsque la durée d'attente est limitée (< 30 min), l'ensemble de la famille semble plus détendu et la visite se passe mieux.

Par ces résultats, nous pouvons donc préconiser aux généralistes de programmer les consultations de suivi en rendez-vous, de préférence en début de demi-journée pour plus de disponibilité de la part du médecin, du patient et de son entourage. Proposer une reconvocation systématique à la fin de consultation, comme le font tous les pédiatres questionnés, permettrait de répondre à ce critère.

- **Temps de consultation :**

L'ensemble des médecins se rejoignent sur la durée de 20 à 30 min pour les consultations de suivi. Bien qu'ils reconnaissent prendre des rendez-vous tous les 15 à 20 min, la plupart acquiescent dépasser le temps théorique qui leur est imparti.

Dans la thèse de Mme Artufel-Meiffret, les parents soulignent l'importance d'avoir un médecin disponible face à eux et sentir qu'ils ont le temps de tout dire (32).

- **Fréquences des consultations systématiques :**

La sécurité sociale préconise 20 examens médicaux : à partir du 8ème jour, à 1 mois, 2 mois ,3 mois, 4 mois, 5 mois, 6 mois ,9 mois ,11 mois ,12 mois,16 mois, 20 mois et 24 mois puis semestriel jusqu'à l'âge de six ans. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Ils sont destinés à suivre le développement, les capacités motrices et sensorielles et la croissance de l'enfant. Certaines de ces consultations nécessitent des bilans approfondis : ce sont les âges clés de 2, 4, 9, 24 mois puis 3, 4 et 6 ans (33). Une consultation approfondie au 8ème jour est prévue dans le nouveau carnet de santé.

Les pédiatres interrogés ont tendance à réaliser l'ensemble de ces consultations sauf celle des 20 mois par manque d'intérêt.

Les généralistes semblent plus assidus sur les consultations recommandées jusqu'à 24 mois. En revanche, à partir de 2 ans, seule une minorité réalise les examens semestriels par manque de temps et d'outils. Néanmoins, il s'agit de la tranche d'âge

consultant régulièrement le médecin généraliste pour des pathologies aigües, ce qui évite les perdus de vues.

Ce constat est confirmé par les données de l'observatoire de la médecine générale. En 2009, 32 % des actes des 0-1 ans sont destinés aux examens de dépistage et de prévention. Ce chiffre baisse considérablement à partir de 2 ans à moins de 16 % (34).

D'un commun accord, les visites que les pédiatres et généralistes interviewés proposent sont celles de 8ème jour puis 2, 4, 5, 6, 9,11, 12, 16, 24 mois puis une fois par an jusqu'à 6 ans.

2. Organisation spatiale.

- **Organisation de la salle d'attente :**

Tous les médecins, quel que soit leur spécialité, recommandent d'avoir des jouets dans la salle d'attente pour mettre en confiance l'enfant.

Les résultats de Mme Artufel-Meiffret appuient ce constat (32). La majorité des parents pensent qu'il est nécessaire qu'il y ait un espace adapté à l'enfant pour faciliter leur attente.

- **Organisation de la salle d'examen :**

La plupart des pédiatres abordent spontanément la question de la sécurité de l'enfant et de la gestion des risques au cabinet (sécuriser les prises électriques, matériels à porter de mains). Item peu mentionné chez les généralistes.

Certains pédiatres évoquent une séparation symbolique entre le lieu de l'interrogatoire et le lieu d'examen physique pour rassurer l'enfant. Pour quelques généralistes, la suggestion de cette idée semble intéressante.

Cette réflexion sur l'ergonomie du cabinet a été décrite par Christine Larzul-Chevet dans la Pédiatrie ambulatoire (35). Elle détaille un coin bureau et un coin examen et insiste sur l'importance d'avoir le matériel à proximité de la table d'examen.

Deux grandes recommandations émergent de ces résultats : Sécuriser le cabinet et séparer (même symboliquement) le lieu de l'interrogatoire et le lieu d'examen.

B. Moyens humains.

1. Relais utilisés.

- **<u>Relais pédiatriques ambulatoires :</u>**

Les généralistes sont partagés lorsqu'il s'agit d'envoyer un enfant chez le pédiatre de ville. Les résultats de l'étude mettent en avant une scissure générationnelle. De manière globale, les omnipraticiens dont l'âge est supérieur à 50 ans perçoivent mal le rôle du pédiatre ambulatoire et les pédiatres sont conscients de cette perception de leur métier par les confrères. De la même manière, ces spécialistes de l'enfant ont tendance à dévaloriser l'activité des généralistes.

L'ensemble des praticiens expliquent cette divergence d'opinion par la rancœur du passé. A l'époque, les généralistes avaient tendance à examiner uniquement les enfants malades (en soirée quand le cabinet pédiatrique était fermé) ou pendant leurs gardes. Certains se sont sentis frustrés de ne pas pouvoir faire du suivi. Aujourd'hui, la pénurie de médecins et la mise en place d'un système de garde par secteur ont permis de minimiser ce phénomène. Les jeunes généralistes adressent leur petite patientèle plus facilement et avec moins d'amertume aux pédiatres libéraux et ceux-ci se disent prêts à recevoir leurs patients si nécessaire. Les généralistes communiquant avec les pédiatres y voient un gain de temps dans la prise en charge et une diminution de l'anxiété des parents.

- **<u>Relais pédiatriques hospitaliers :</u>**

Hormis les médecins réticents aux pédiatres libéraux, la majorité des enquêtés réservent l'hôpital pour les urgences ou la chirurgie. Aucun n'évoque le rôle des pédiatres hospitaliers dans le suivi systématique de l'enfant. Ils évoquent une complémentarité des deux secteurs, souvent retrouvée dans l'opinion commune.

Le pédiatre de ville ou le généraliste s'occupant d'enfant a une relation privilégiée avec son patient. Il connait son parcours médical, son mode de vie et le contexte psychosocial dans lequel il évolue. Le pédiatre hospitalier, quant à lui, répond à une

demande urgente ou très spécifique que le cabinet ne peut pas assurer par manque de moyens, de temps ou de connaissances (36).

Un avis commun se dégage de ces résultats : l'hôpital n'a pas de rôle dans le suivi systématique de l'enfant. Pour ne pas l'encombrer, réserver la structure hospitalière pour les urgences ou la chirurgie.

- **Relais paramédicaux :**

Un seul praticien, pédiatre, ayant beaucoup voyagé, s'est inspiré du système de prise en charge des enfants de certains pays étrangers (2) (37). Pour parer à l'insuffisance de médecins, il s'est entouré de paramédicaux lui facilitant le travail de suivi.

Depuis quelques années, à la vue de l'évolution des professions et de la démographie médicale, plusieurs pédiatres réfléchissent à un nouveau concept : le pôle pédiatrique libéral ou PPL (38). Il s'agirait d'un centre d'accueil pédiatrique multidisciplinaire pour les 0-18 ans. Ce dispositif permettrait une prise en charge globale de l'enfant et favoriserait la coordination des soins. Il regrouperait : des médecins (pédiatres essentiellement qui peuvent être des assistants, des retraités actifs ou des remplaçants mais aussi ORL, pneumologues, pédopsychiatres, allergologues), des paramédicaux (infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture, diététiciens, orthophonistes, kinésithérapeute, psychologues), des assistantes médicales pédiatriques formées au développement et aux pathologies de l'enfant, et des secrétaires médicales.

Ses missions seraient le suivi pédiatrique, la prise en charge des pathologies aigües et l'éducation parentale.

Dans l'idéal, le PPL disposerait de plusieurs salles de consultation, des salles d'échographie ou de radiologie, des salles pour les épreuves fonctionnelles respiratoires. Du matériel serait également mis à disposition comme des tests de dépistage rapide (bandelettes urinaires, streptocoque A, CRP rapide) et du matériel pour les dépistages sensoriels.

Ce projet n'aurait pas pour vocation de remplacer les cabinets libéraux ou les hôpitaux mais il constituerait une complémentarité dans la prise en charge des enfants.

Un unique pédiatre travaille en étroite collaboration avec les paramédicaux. Cependant, nous retrouvons dans la littérature le concept du PPL. Dans l'avenir, prendre en charge l'enfant de manière multidisciplinaire va être probablement essentiel afin de déléguer certaines tâches trop chronophages pour le médecin. Si le PPL semble être un idéal peu réalisable, des ententes entre professionnels de proximité pourraient être trouvées.

- **Fonctionnement de ces relais :**

Les pédiatres sont plutôt satisfaits de l'accessibilité de leurs interlocuteurs, qu'il s'agisse des sur-spécialistes libéraux ou des hospitaliers. Les généralistes sont plus critiques sur la question car ils trouvent les délais de prise en charge trop longs.

Ce constat est également observé dans la thèse de Mme Binart-Ecale en 2012 (39). Malgré une satisfaction globale des généralistes (70 %) sur la fréquence de leurs échanges avec leurs partenaires du système de santé, quelques-uns reconnaissent que les délais de réponse sont importants, en particuliers pour les hospitaliers. Certains ont choisi de conserver uniquement les partenaires avec qui un dialogue s'était créé. D'autres (21 %) utilisent internet et les messageries électroniques pour parer à cette difficulté de communication, stratégie également retrouvée chez la moitié des pédiatres de notre étude. En revanche, les généralistes interrogés n'ont pas pris cette habitude.

2. Echanges pédiatres-généralistes.

- **Communication entre spécialités :**

Il existe peu de relation entre pédiatres et généralistes ambulatoires. Ce bilan est regretté par tous les médecins interrogés. Ils y voient là un « cloisonnement décisionnel » pouvant conduire à une perte de chance pour l'enfant. Notre étude met en avant leur déception réciproque face à ce manque de communication, en espérant déclencher le dialogue et améliorer les échanges.

Les généralistes reprochent aux pédiatres de ville un manque de disponibilité ou des délais de prise en charge trop longs. A l'inverse les pédiatres de notre étude déclarent à l'unanimité être enclins à augmenter ces échanges. Le problème des intermédiaires (secrétariats présentiels ou à distance) est probablement en cause.

- **<u>Propositions d'amélioration des rapports :</u>**

Par les institutions :

La circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) de l'enfant et de l'adolescent a pour objectif d'organiser la coordination des acteurs. Elle rappelle que « la prise en charge des enfants [...] requiert que les médecins généralistes […] puissent collaborer avec les pédiatres hospitaliers et les pédiatres libéraux. Ces collaborations permettent l'actualisation des connaissances et le développement des protocoles de prévention, dépistage et traitement ; elles peuvent faciliter les demandes d'avis » (40). Cette circulaire insiste sur l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire et précise le rôle des différents intervenants pédiatriques.

En 2010, l'Ordre National des Médecins, forcé de constater cet individualisme, publie un rapport sur « les coopérations entre professionnels de santé » et réécrit, « en toute ironie, les dix commandements de la bonne coopération libérale » (41). Il insiste sur le fait que « la coopération des médecins est nécessaire pour l'efficacité des soins ».

Pour favoriser la communication inter-spécialités en ambulatoire, la convention nationale de 2016 propose une revalorisation de la consultation coordonnée. Depuis 1er janvier 2018, le médecin traitant qui adresse son patient à un médecin correspondant (comme un pédiatre) s'engageant à le prendre en charge dans un délai de 48h, peut majorer sa consultation de 5 € (Majoration Urgence médecin Traitant : MUT). De manière similaire, le médecin « receveur » peut ajouter 15 € supplémentaire à la consultation si le délai est respecté (Majoration Urgence médecin Correspondant : MCU) (15).

Par les médecins libéraux :

Lorsque nous demandons aux praticiens des idées pour améliorer les rapports entre spécialistes, les formations communes sont systématiquement mentionnées mais aucune invitation officielle n'est lancée.

Pour les auteurs du rapport sur « les coopérations entre professionnels de santé », la pénurie de médecins et le changement dans le mode d'exercice vont entraîner

inéluctablement une meilleure cohésion entre spécialistes afin de « travailler en toute intelligence ». Pour une meilleure prise en charge du patient et une meilleure qualité de vie professionnelle et personnelle, les médecins n'auront plus d'autre choix que de communiquer (quelques en soit le moyen : téléphone, email, rencontres, formations communes, etc…)(41).

Les délais de réponse paraissent trop longs pour le généraliste. Des dispositions ont été prises pour améliorer la communication entre spécialités, favoriser les prises en charge partagées et encourager les généralistes à adresser leurs patients aux pédiatres libéraux plutôt que de surcharger les hôpitaux (valorisation des consultations). Mais pour la grande majorité des interviewés, ces mesures sont superflues et ne modifieront pas les comportements.

C. Moyens matériels.

1. Supports de connaissances.

- **<u>Formations universitaires :</u>**

L'ensemble des médecins, pédiatres et généralistes, s'accordent sur le manque de formation pédiatrique en ambulatoire pour les médecins généralistes. Beaucoup affirment avoir appris sur le terrain. Certains ont préféré compléter leur formation en s'inscrivant à un DU de pédiatrie, d'autres en devenant maître de stage afin d'actualiser leurs connaissances aux contacts des futurs médecins.

Malgré la révision de l'internat en 2002 et l'arrêté du 22/09/2004 avec l'obligation d'un stage de trois mois minimum en pédiatrie (42), certains considèrent encore cela insuffisant car trop axé hospitalier.

Actuellement, les internes de médecine générale plébiscitent les stages ambulatoires. L'enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale, réalisée par l'ISNAR-IMG en 2013 montre une volonté des futurs praticiens à effectuer trois fois plus de stage en libéral (43). La réforme du troisième cycle de 2016 modernise la maquette de DES de Médecine générale dans ce sens.

A terme, l'objectif est de former suffisamment de maitres de stage pour permettre à tous les internes de médecine générale de réaliser un stage obligatoire de six mois en pédiatrie ambulatoire (44). Les généralistes interviewés dans notre étude encouragent également l'évolution du DES vers plus d'ambulatoire.

De manière générale, les praticiens observent un défaut de formations pédiatriques universitaires. Ce constat, confirmé par les internes, a entraîné une modification de la maquette de médecine générale. D'autres pistes d'apprentissages semblent émaner de nos résultats comme le DU et les échanges avec la nouvelle génération grâce à la maîtrise de stage.

- **Formations continues :**

L'un des devoirs du médecin est d'entretenir son savoir et de continuer de développer ses compétences professionnelles. Il est important de savoir évaluer ses besoins en formation en se remettant en question et en constatant les difficultés rencontrées au cours des consultations (45).

Dans ce cadre, les formations continues, notamment celle de l'AFPA, sont régulièrement décrites comme pratiques et de qualité par les enquêtés. Elles sont ouvertes aux pédiatres comme aux généralistes. L'association propose des séminaires, des congrès nationaux biannuels avec ateliers et des outils d'aide à la consultation (notamment pour les dépistages) (46).

L'ensemble des médecins proposent de développer leurs connaissances par des congrès. Ceux qui reviennent régulièrement sont ceux de l'AFPA, les journées parisiennes pédiatriques et les journées du GARLABAN.

- **Supports d'apprentissage :**

A l'heure actuelle, la majorité des médecins mentionnent Internet dans l'apprentissage de la pédiatrie. Quelques sites renommés sont cités comme celui de l'AFPA, Mpédia, Pédiadoc ou encore Antibioclic. Ces quatre sites méritent d'être connus de l'ensemble des médecins effectuant des consultations de suivi. D'autres moins connus mais tout aussi intéressants sont évoqués : Pas à pas, Bébé.guru, Pédiaos, Mesvaccincs.net ou Docvadis.

Tableau 4 : Sites internet recommandés

NOM DU SITE	CONCEPTEUR	THEMES ABORDES
MPEDIA	AFPA	- Guidance parentale - Site à conseiller aux parents
AFPA	AFPA	- Formation pédiatrique - Outils - Mise à jour des connaissances
ANTIBIOCLIC	Comité d'experts de la faculté de Paris Diderot (infectiologues et généralistes)	- Pathologies infectieuses
PEDIADOC	DUMG de Toulouse en partenariat avec des confrères libéraux et universitaires	- Consultations de suivi
PEDIOS	Société Française d'Orthopédie Pédiatrique sous la direction du Dr R. PAROT	- Pathologies orthopédiques
PAS A PAS	Société française de pédiatres, financée par les industries pharmaceutiques	- Arbres décisionnels
BEBE GURU	Dr JO LEGEIN Pédiatre à Carpentras	- Ateliers éducatifs à Carpentras - Questionnaires de préconsultations - Calendrier de pipi et sommeil - Questionnaires de dépistage (Chat, Conners) - Fiches conseils
MESVACCINS.NET	Groupe d'études en préventologie sous la direction du Pr J-L KOECK	- Canet de vaccinations électroniques - Dernières mises à jour
DOCVADIS	Comité Scientifique sous contrat avec MSD France	- Fiches conseils patients

Cependant, pour l'ancienne génération, le support papier reste la référence. Les revues « Pédiatrie pratique » ou les « Archives françaises de la pédiatrie » sont recommandées par les pédiatres, de même que les livres de la collection « Pédiatrie ambulatoire », « Perelman » et « Le collège des enseignants ». Les tableaux sur le développement et sur les laits peuvent également rassurer le praticien.

La majorité de ces supports d'apprentissage sont également cités par le Dr Cret dans « Pédiatrie ambulatoire » chapitre 49 (47).

Enfin, l'exploitation du carnet de santé et des certificats obligatoires demeure le support de connaissance le plus pratique.

La mise en relation de nos résultats avec la littérature permet de proposer plusieurs supports pour aider le généraliste dans sa pratique : site internet (de l'AFPA, Mpédia, Antibioclic, Pédiadoc), revues (Pédiatrie pratique et les Archives françaises de la pédiatrie), livres (Pédiatrie ambulatoire, Perelman, collègue des enseignants) sans oublier le carnet de santé.

2. Matériels diagnostiques et thérapeutiques.

- **Matériels techniques pédiatriques :**

Il existe une concordance dans les dires des pédiatres et des généralistes sur les outils nécessaires à avoir lorsque nous examinons un enfant. Tous rappellent que la pédiatrie est avant tout clinique, et qu'il faut s'équiper de bons instruments.

Si la majorité des généralistes disposent d'une toise, d'un pèse-bébé, d'un mètre ruban, d'un stéthoscope pédiatrique et de petits brassards à tension, les pédiatres conseillent en plus un saturomètre pédiatrique et un otoscope macroview.

Des données similaires sont retrouvées dans une enquête menée dans le département de l'Ain en 2003, principalement en milieu semi-rural donc compatible avec notre étude (48). 98 % des généralistes sont dotés d'un pèse bébé et d'un mètre ruban, 89 % d'une toise et 88 % de brassard à tension. Contrairement à notre analyse, seule la moitié des généralistes sont munis de stéthoscope pédiatrique.
Un instrument non négligeable est évoqué : la table d'examen bébé. Leurs résultats indiquent que 25 % des généralistes en possède une, alors que dans notre enquête, aucun praticien ne la mentionne. Il s'agit pourtant d'un matériel peu onéreux pouvant rassurer les parents sur la crédibilité du généraliste à voir des enfants et sur leur sécurité pendant l'examen (les parents étant anxieux et attentifs au confort de leur enfant chez le médecin).

Un autre travail de thèse, plus récent, a été réalisé en 2014 avec des données comparables (95,6 % possèdent un pèse-bébé, 91,2 % une toise, 58,2 % un stéthoscope pédiatrique, 65,9 % un brassard à tension pédiatrique) (49).

Quant au saturomètre, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) le définit comme « un élément d'évaluation de la gravité de la bronchiolite du nourrisson » (50). Ceci peut expliquer la recommandation des pédiatres interrogés. Elle précise cependant que « l'absence d'étude effectuée dans des conditions ambulatoires ne permet pas de conclure quant à son caractère indispensable en médecine de ville », ce qui explique le fort pourcentage de généralistes ne disposant pas d'un oxymètre de pouls.

En regroupant l'ensemble de ces informations, le matériel que nous pouvons préconiser à un généraliste est : le stéthoscope pédiatrique, le pèse bébé, la toise, le mètre ruban, l'otoscope (macroview de préférence) et le brassard à tension pédiatrique.

- **Matériels pour les dépistages :**

Les généralistes reconnaissent une insuffisance de dépistage par manque d'équipement et de temps, alors que chez les pédiatres, le dépistage fait partie intégrante de la consultation et donc le matériel adéquat est présent dans chaque cabinet.

Mallette Sensory Baby (Figure 3) :

Pour leur faciliter cette activité, les pédiatres proposent l'utilisation de la mallette Sensory Baby, peu connue des non spécialistes de la petite enfance.

En 2004-2005, une recherche réalisée en Bretagne a donné lieu à la confection de cette mallette renfermant des outils de dépistage simples et rapides. Elle a été validée et commercialisée en 2005 (51). Elle permet de détecter les capacités auditives, visuelles et psychomotrices du bébé entre 6 mois et 36 mois. Elle est issue d'une réflexion commune entre pédiatres et médecins généralistes. Elle a pour vocation de faire le dépistage de la normalité (52).

Figure 3 : Mallette Sensory Baby



Pour la partie auditive, la mallette Sensory Baby est constituée de deux boitiers qui sont des générateurs de sons spécifiques permettant d'analyser le comportement et les réactions du nourrissons (52) (53).Il délivre des sons aigus ou graves à une intensité de l'ordre de 35 dB à 20-30 cm. A partir de 24 mois, des images plastifiées sont fournies pour le test de la voix chuchotée. Le praticien doit se trouver à 40 cm de l'examinateur et demander à l'enfant, en chuchotant, de lui montrer telle image. Il faut veiller à ce que l'enfant ne puisse pas s'aider de la lecture labiale (17).

Pour la partie visuelle, elle est composée une source lumineuse à placer à 50 cm de l'enfant pour s'assurer des lueurs pupillaires, du reflet cornéen, des réflexes photomoteurs et de transparence du cristallin. Elle contient aussi un « œil de bœuf » pour la poursuite oculaire. "L'œil de bœuf" doit être présenté à l'enfant à environ 60 cm et déplacer horizontalement puis verticalement devant lui. Normalement l'enfant poursuit cette cible en mouvement. Pour le dépistage du strabisme et de l'amblyopie, la mallette fournit une paire de lunettes à secteur (monture nourrisson) et une paire de lunette à écran. Elle comporte aussi le test DAVL (Dépistage de l'Acuité Visuelle de Loin). Il permet de mesurer l'acuité visuelle de loin et de dépister l'amblyopie chez les enfants âgés de plus 3 ans. Il est accompagné d'une planche pour l'appariement. L'enfant doit être positionné à 2 mètres du « cahier ». L'acuité visuelle est testée pour chaque œil séparément grâce aux lunettes à écran. Seul le symbole central de chaque ligne d'acuité est montré à l'enfant. Soit il décrit l'image soit il désigne du doigt, sur la planche d'appariement le symbole choisi (26). La mallette contient aussi le test de Lang pour la vision stéréoscopique (54).

Pour l'examen du développement psychomoteur, plusieurs outils sont disponibles : le flacon avec les deux pastilles (étude de la compréhension d'une consigne, de la préhension, de la pince pouce-index, du vissage-dévissage), le crayon (observation

de la prise du crayon, maitrise du trait), la balle (observation de sa manipulation, existence du pointage protodéclaratif) et les cubes de couleurs différentes (constitution d'une tour à 5 cubes à 2 ans, 8 cubes à 3 ans, constitution d'un pont , acquisitions des couleurs, dépistage des dyspraxies) (55).

Cette mallette est équipée d'une réglette de calcul de l'indice de masse corporel et d'un guide méthodologique indiquant quels tests faire à quels âges et les conditions de réalisations (26) ***(Figure 4)***.

Figure 4 : Contenu de la mallette Sensory Baby

		9e mois	24e mois	36e mois
Dépistage visuel	Source lumineuse	+	+	+
	Œil de Bœuf	+	+	+
	Lunettes à secteurs	+	+	+
	Lunettes à écran	+	+	+
	Test de LANG II	-/+	-/+	+
	Test DAVL	-	-	+
Dépistage auditif et langage	*Sensory baby test*	+	+	+/-
	Imagier plastifié (16 images)	-	+	+
Étude de la motricité	Bâton	+	-	-
	Crayon et papier	-	+	+
	Balle	+/-	+	+
	Flacon + 2 pastilles	-	+	+
	Cubes (8) 4 couleurs	-	+	+
Guide méthodologique				

Sept généralistes se montrent d'emblée enthousiastes pour cette mallette. En revanche, quatre sont sceptiques, dont deux argumentant qu'elle semble superflue et chronophage.

Ils ont mis en place d'autres techniques de dépistage qu'ils considèrent plus simples et rapides. L'argument économique est aussi évoqué. Par son prix élevé (415 €), certains sont réservés. Or, une cotation spécifique existe : CDRP002 (48,51 €) pour le dépistage auditif et BLQP010 (25,32 €) pour le dépistage visuel. Les deux cotations peuvent être cumulées dans la même consultation (soit 61,17 €) ou séparément. En pratique, les parents apprécient ces tests qui valorisent leur enfant. Elle peut aussi se faire en tiers payant intégral (avant 3 ans) car ces consultations font partie des consultations remboursées à 100 % (56).

La nouvelle convention de 2016 incite les généralistes à faire davantage de prévention pédiatrique. Les dépistages des troubles sensoriels et des troubles des apprentissages ont été retenus comme indicateurs ROSP. Les trois consultations obligatoires de l'enfant (8ème jour, 9 mois et 24 mois) ont été élevées à 46 € (15).

Par l'ensemble de ces mesures, les généralistes sont encouragés à disposer d'un matériel adéquat pour les dépistages.

Dépistage visuel :

Les échelles de dépistage visuel mentionnées par les enquêtés sont également décrites comme essentielles pour un bon exercice dans « Pédiatrie ambulatoire » du Dr Desvignes et Martin-Lebrun, chapitre 2 (57) et par la Société française de pédiatrie (19).

Bien que la majorité des généralistes les possède, ils admettent peu s'en servir. Pour la vision de loin, en fonction de l'âge, sont citées différentes échelles.

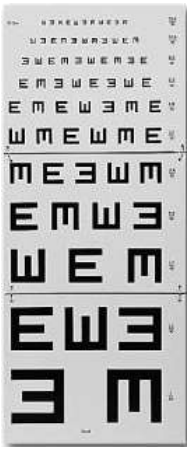
L'échelle de Pigassou est plus facile d'utilisation pour les 2 à 4 ans. Il s'agit d'une échelle d'images à placer à 2,50 m de l'enfant ***(Figure 5)***.

Figure 5 : Echelle de Pigassou



A partir de 4 ans, certains utilisent des échelles directionnelles, comme l'échelle des « E ». L'enfant, situé à 5 mètres, doit indiquer avec sa main l'orientation des barres de la lettre « E » ***(Figure 6)***.

Figure 6 : Echelle de « E »



Dès que l'enfant sait lire, en général après 5 ans, les échelles de Monoyer peuvent être utilisées. Il en existe deux utilisant les lettres capitales de l'alphabet latin :

- Le test à 3 m (finissant par NXV) ;
- Le test à 5 m (finissant par ZU).

Sauf l'échelle de Pigassou dont le coût est plus élevé (environ 60 €), les autres échelles visuelles valent aux alentours de 20 € (58). L'investissement est donc vite rentabilisé.

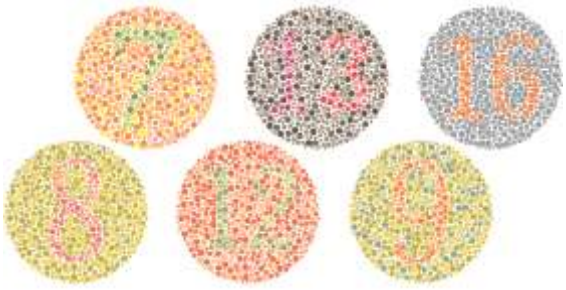
Concernant la vision binoculaire, aucun généraliste n'est équipé. Le test de Lang peut être vendu en dehors de la mallette Sensory Baby Test (mais plus cher, environ 170 € seul) (58). Actuellement, le test de Lang II est le plus utilisé. Il représente une lune, un éléphant, une voiture et une étoile. Il suffit que l'enfant indique avec son doigt ou nomme les images ***(Figure 7)***.

Figure 7 : Test de Lang 2



Enfin, le dernier point évoqué est l'examen de la vision des couleurs. Peu de pédiatres et généralistes mentionnent l'Ischihara ***(Figure 8)*** mais il existe également le Babydalton. En pratique, ce test n'est pas effectué avant 4 ans (19). Son coût (environ 180 €) peut être un frein à son utilisation.

Figure 8 : Test d'Ischihara



Dépistage auditif :

Pour le dépistage des troubles auditifs, les réticents de la mallette sont équipés des boîtes de Moatti, alternative également suggérée par les pédiatres car moins onéreuse (90 €) (58), bien que moins sensible que le Sensory Baby Test ***(Figure 9)***. Elles sont habituellement utilisées à partir de 9 mois. Il s'agit de sources sonores calibrées à une intensité de l'ordre de 60 dB à 2 mètres et testant quatre fréquences: aiguës, médiums aigus, médium graves et graves (17).

Figure 9 : Boîtes de Moatti



Le test à la voix chuchotée, quant à lui, est effectué par la majorité des médecins, probablement parce qu'il ne nécessite pas de matériel particulier. Certains exploitent leur smartphone pour chuchoter à la bonne intensité.

A partir de 4-5 ans, les pédiatres interviewés emploient l'audiomètre tonal. Seul un généraliste en est équipé. Là encore, il s'agit d'un appareil étalonné en fréquence et intensité permettant de quantifier les seuils auditifs de chaque oreille. L'enfant indique par un geste s'il entend le son et s'il est latéralisé, il indique quelle oreille (17). Cependant, il s'agit d'un matériel onéreux (variant de 700 à 2500 €) pouvant expliquer son absence dans de nombreux cabinets. Une cotation spécifique existe pour l'audiométrie tonale et vocale (CDQP013 : 39.27 €).

Un seul pédiatre exploite l'Audio4 ***(Figure 10).*** Il s'agit d'un test d'audiométrie vocale permettant de dépister les surdités moyennes ou sévères à l'aide de planches de mots ou d'images. Ceux-ci ont été choisis selon les fréquences de perception optimale des phonèmes. Le médecin énonce le nom d'une image à voix chuchotée (environ 30 dB). L'enfant montre du doigt l'image correspondant au mot entendu. Le test est considéré comme normal si l'enfant fait moins de 2 erreurs.

Figure 10 : Audio4



Tout comme pour le dépistage auditif, l'ensemble de ces tests est conseillé par la Société française de Pédiatrie (17), idée reprise dans le livre « Pédiatrie ambulatoire » (57).

Dépistage du langage et des apprentissages :

Les troubles du langage et des apprentissages peuvent avoir des conséquences dramatiques en l'absence de dépistage. Entre 3 et 6 ans, ce dépistage doit être systématique, même en l'absence de plainte.

Il existe des tests validés, rapides et efficaces qui sont trop peu connus, mais pourtant recommandés par l'HAS en 2005 (20) et repris par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne dans leur « GUIDE METHODOLOGIQUE : Protocole d'examens systématiques des enfants de 9, 24 et 36 mois » (26). Les généralistes questionnés ne connaissent pas ces tests. Ils préfèrent déléguer ces missions à l'orthophoniste ou à la médecine scolaire. Chez les pédiatres également, nous retrouvons un désintérêt dans ce dépistage puisque seul 60 % des interviewés l'effectuent.

Parmi eux, l'ERTL$_4$ à 4 ans est le plus évoqué ***(Figure 11)***. Ce test réuni trois épreuves :

- Épreuve des nains et des indiens pour l'articulation,
- Épreuve du chien pour le repérage dans l'espace et l'évaluation du registre lexical,
- Épreuve de la toilette pour la syntaxe, la lecture de l'image et la cohérence du discours.

D'une valeur d'environ 100 €, ce test peut être vite rentabilisé (59).

Figure 11 : Epreuves de l'ERTL4

Les nains et les indiens

Sans montrer la plaquette

« Est-ce que tu connais l'histoire de Blanche-Neige ?
Dans cette histoire il y a sept nains ? Il y a…

Atchoum - Timide - Prof - Joyeux - Simplet - Grincheux - Dormeur »

Montrer la plaquette à l'enfant

« Regarde les petits indiens, ils ont des drôles de noms. Il y a…

Yéroi - Gontra - Dimanko - Zulseu - Otrudiré - Favikère - Meunulivou »



Le petit chien

« Ce petit chien bouge beaucoup.
(Image n°1) Là, il est sur sa niche.
(Image n°2) Et là, il est… »

En cas de non réponse :
« Est-ce qu'il est sur la niche ?… »





Épreuve de la toilette.

Nos résultats confortés aux données de la littérature ont permis de dégager une idée commune sur le matériel de dépistage à posséder.

- La mallette Sensory Baby semble faciliter le dépistage des troubles sensoriels et le dépistage des troubles des apprentissages de 0 à 36 mois.

- Pour la vision, l'échelle de Pigassou ou l'échelle des « E » est recommandée à partir de 4 ans puis l'échelle de Monoyer dès qu'ils savent lire.

- Pour l'audition, les boîtes de Moatti peuvent être une alternative au Sensory Baby Test.

- Pour les troubles du langage et de l'apprentissage, l'ERTL4, à réaliser entre 3 ans ½ et 4 ans ½, est recommandé.

3. Consultation de suivi de l'enfant.

a) Missions.

L'une des missions du généraliste consiste à « assurer, lors des examens systématiques, la surveillance clinique de l'enfant depuis les premiers jours de la vie jusqu'à la pré-adolescente » (45). Nos résultats ont fait ressortir la recherche de certains éléments lors de l'examen clinique pour faciliter cet exercice.

- **<u>Interrogatoire :</u>**

Pédiatres et généralistes axent leur interrogatoire sur cinq thèmes communs : l'alimentation, le sommeil, le transit, le développement psychomoteur et les vaccinations.

Ces données sont compatibles avec le guide méthodologique proposé par l'union régionale des médecins libéraux de Bretagne (26). Pourtant publié il y a plus de 10 ans, les propos à évoquer restent valables et sont, à priori, recherchés par nos médecins.

Notre étude met en évidence une prise en charge multidimensionnelle du patient plus marquée de la part des généralistes que des pédiatres. Ils s'impliquent davantage sur la qualité de vie de l'enfant. Ils questionnent les parents sur la structure familiale, le mode de garde et interroge la mère sur sa santé, son état psychologique. Ces résultats montrent bien que le généraliste s'implique dans son rôle d'approche globale du patient. Il tient compte des conditions sociales, environnementales, relationnelles et psychologiques de l'enfant.

Un moment d'expression libre des parents est conseillé. Ce temps est appliqué par tous nos praticiens.

Examen physique :

Les pédiatres semblent plus systématiques que les généralistes dans la réalisation de l'examen physique. Bien qu'ils décrivent tous un examen assez exhaustif, la restitution des étapes est plus difficile pour les non spécialistes de l'enfance. Cette diversité des pratiques est également constatée dans la thèse de Mme Cassol sur le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois (6).

En pratique, pour des questions d'efficacité et de confort d'exercice, la trame qui peut être proposée est la suivante :

- Observer l'enfant dès le début de la consultation (évaluer son comportement spontané, son développement psychomoteur),
- Faire déshabiller l'enfant et observer le comportement des parents,
- Examen cardio pulmonaire,
- Examen vasculaire (attention particulière aux pouls fémoraux),
- Examen neurologique,
- Examen abdominal,
- Examen ORL,
- Examen orthopédique (manœuvre de Barlow et d'Ortolani pour le dépistage de luxation congénitale de la hanche à réaliser à chaque examen systématique jusqu'à l'âge de la marche),
- Examen des organes génitaux externes.
- Mesures anthropométriques et vaccinations si nécessaire à la fin de l'examen.

Il est recommandé de finir par ce qui est le plus désagréable pour l'enfant.

- **Carnet de santé :**

La pratique des examens de santé systématiques chez l'enfant est liée à la généralisation du carnet de santé en 1945.

Tous les pédiatres et la majorité des médecins interviewés affirment consulter le carnet de santé et le remplir aux pages dédiées lors des visites de suivi. Ils précisent tracer les courbes staturo-pondérales et reporter les vaccinations effectuées.

Les pédiatres interrogés ont l'impression que les généralistes ne sont pas sensibilisés à son importance. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les parents oublient plus souvent le carnet de santé chez le généraliste.

Ces résultats concordent avec le rapport final publié en juillet 2010, réalisé par la DGS sur l'utilisation du carnet de santé (61). Pour tous les enfants de 0 à 2 ans, 95,8% des généralistes le consultent systématiquement et 87,5 % y écrivent un mot. La proportion des pédiatres libéraux se rapprochent de 100 % (100 % disent le consulter et 99 % le remplir).

L'intérêt du carnet de santé est aussi promu par la loi. L'article L2132-1 de la Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 du code de santé publique rappelle que les constatations médicales et les résultats des examens concernant la santé de l'enfant doivent être obligatoirement notés (62).

Ces données insistent sur la nécessité de ce carnet, considéré comme le dossier médical de l'enfant et comme principal support de dialogue avec les spécialistes.

La dernière édition des modèles des carnets de santé date de 2006.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, le gouvernement actuel a élaboré un nouveau carnet, mis en circulation à partir du 01 avril 2018 (63). Les messages de prévention ont été actualisés, de nouvelles courbes de croissance ont été établies et les obligations vaccinales ont été détaillées. Théoriquement, comme en 2006, une notice explicative a été diffusée aux professionnels (64). Il s'agit d'un outil pratique mentionnant les nouveautés, insistants sur les courbes de croissance et rappelant les règles de remplissage du carnet.

De ces éléments, nous pouvons en conclure que le carnet de santé est un outil capital dans le suivi de l'enfant. Les conseils que nous pouvons donner aux généralistes sont de le remplir assidument à chaque consultation, de réaliser les

courbes de croissances, de noter les vaccinations et surtout d'insister auprès des parents pour l'apporter à chaque consultation.

- **Dépistages :**

L'un des temps forts de ces visites est le dépistage des troubles sensoriels, du langage et de l'apprentissage. L'importance de cette mission et la nécessité d'une prise en charge précoce en cas de troubles a été signalé par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique (65).

Si l'ensemble des praticiens questionnés reconnaissent la prévention comme un acte indispensable chez l'enfant, les généralistes avouent ne pas se sentir à l'aise lors des tests de dépistage. Ils les connaissent peu et n'ont pas le matériel idéal pour les réaliser. Leur dépistage se fait essentiellement avec l'interrogatoire des parents et la recherche d'antécédents.

Ces résultats confirment ceux d'une étude réalisée en 2007 en Maine-et-Loire sur l'application des recommandations chez les médecins généralistes concernant le dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant (66). L'examen clinique pour le dépistage visuel n'est réalisé de façon systématique que par la moitié des généralistes. Cependant 66 % recherchent les facteurs de risques et 79 % interrogent les parents sur leur impression globale. Concernant l'audition, l'examen est réalisé par deux tiers des généralistes. 70 % recherchent les facteurs de risques et 53 % les antécédents familiaux. 93 % interrogent les familles sur leurs impressions concernant l'audition de leur enfant. Ils semblent éprouver moins de difficultés pour détecter les performances auditives tant sur le plan des outils et que sur celui des connaissances. Ce fait est également retrouvé dans notre étude.

L'HAS a publié en 2005 des propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires (20). Le but est d'aiguiller les praticiens dans leur activité pédiatrique. Elle offre une ligne de conduite en fonction des affections et soumet un contenu générique des consultations de dépistage en fonction des âges.

Les actions de prévention et de dépistage font parties intégrantes des soins primaires et les médecins généralistes sont les principaux acteurs. Dans le cadre du projet ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale), dont l'objectif

était de décrire la distribution des motifs de consultation en médecine générale, la thèse de Mme Youssef a étudié plus précisément l'activité préventive des généralistes (67). 14.9 % des consultations sont initialement non dédiées à la prévention avec une variation importante selon les médecins (de 0 à 78.3 %). Chez les moins de 6 ans, seuls 11 % des consultations préventives sont à l'initiative des médecins et 25 % à l'initiative des parents. Parmi elles, 53,6 % sont en lien avec les consultations obligatoires du nourrisson et la mise à jour du statut vaccinal. Cette faible proportion peut être expliquée par la mauvaise sensibilisation aux tests de dépistage de la part des généralistes.

Nos résultats, comparés à ceux de la littérature, montrent la difficulté mais aussi la nécessité des généralistes à effectuer les tests de dépistage notamment pour la vue, l'audition, le langage et les apprentissages. L'utilisation du matériel évoqué plus haut peut permettre de faciliter ce travail.

- **<u>Guidance parentale :</u>**

Education parentale :

Les parents font partie intégrante de la consultation du nourrisson et de l'enfant. Pour les professionnels interrogés, les consultations de suivi sont l'occasion de faire de la prévention auprès des parents. Il s'agit d'un travail de réassurance en amont. Ils anticipent leurs craintes, leurs décrivent les signes cliniques devant alerter et leurs donnent des conseils pour éviter les accidents domestiques.

Comme l'évoque le référentiel professionnel du médecin généraliste, l'un de ses rôles est d'« informer les parents […] à propos des risques domestiques et des règles de sécurité |…], des symptômes précoces et des premiers soins à donner face aux situations pathologiques courantes » (45).

Dans notre étude, les généralistes insistent sur la relation de confiance établie avec les parents, qui sont souvent eux-mêmes des patients. L'avantage du généraliste est de pouvoir revoir les parents, seuls en consultation, pour discuter de problèmes spécifiques à l'enfant.

Supports parentaux :

Nos résultats mettent en évidence un contraste dans l'abord des parents par les médecins. Les pédiatres utilisent des fiches conseils (notamment sur l'alimentation ou la fièvre) alors que les généralistes expliquent à l'oral. Cette différence est probablement due à une formation moins stricte des généralistes dans leur pratique pédiatrique. Ils semblent moins directifs dans leurs recommandations et laissent plus d'autonomie aux parents. Leur apporter trop de conseils peut aboutir à une attitude de retrait ou de refus de communiquer.

Ceci est compatible avec la thèse de Mme Sokolow sur l'état des lieux des consultations des enfants de moins de 16 ans par le médecin généraliste (21). 71,43 % des médecins généralistes reconnaissent ne pas avoir des difficultés à expliquer la diversification alimentaire. Par extension, nous pouvons en déduire qu'ils ne ressentent pas le besoin de s'appuyer sur un support papier, ni d'en fournir à la famille.

Depuis la révision de 2006 du carnet de santé, beaucoup s'en servent comme principal support. Ces résultats sont confirmés par le rapport sur l'évaluation du carnet de santé auprès des professionnels.70,3 % des généralistes l'utilisent comme support papier, en particulier pour la nutrition contre 43,6 % des pédiatres libéraux (61). Le nouveau carnet de santé devrait satisfaire encore plus les professionnels.

Certains recommandent des sites internet pour les parents : Mpédia ou bébé.guru. Cela leur permet d'avoir des conseils sur des sites fiables.

Il existe trop de divergences sur ce sujet pour pouvoir proposer une idée commune. Les supports papiers ne paraissent pas indispensables ni pour l'explication, ni pour la compréhension. Au médecin de s'adapter au cas par cas. Les sites internet peuvent aussi aider. En revanche, le carnet de santé reste un support utile pour accompagner les parents.

- **<u>Réassurance de l'enfant :</u>**

Seuls les généralistes abordent spontanément les stratégies pour tranquilliser l'enfant, preuve d'une approche globale de leur part. La prise en charge de l'enfant passe aussi par son bien être lors de la consultation. Un enfant apaisé rassure les parents et entraîne des conditions d'examen favorables. Les techniques les plus

souvent évoquées consistent à examiner l'enfant en se mettant à sa hauteur ou dans les bras des parents et à le laisser découvrir le matériel.

Certaines de ces techniques sont également exposées dans le travail Mme Hurpeau-Artis sur l'accueil de l'enfant en médecine générale (68). Le but est de créer une atmosphère apaisante pour l'enfant et ses parents, de les mettre en confiance pour une consultation agréable.

Les pédiatres, quant à eux, insistent plus sur la sécurité.

b) Difficultés rencontrées.

- **<u>Aisance face aux enfants :</u>**

Pour les pédiatres comme pour les généralistes, l'aisance face aux enfants s'acquiert avec le temps. Il semble que ce soit l'expérience professionnelle ou personnelle et la formation qui permettre une meilleure prise en charge des enfants.

Ce sont des paramètres également confirmés dans la thèse de Mme Sokolow (21). Ses analyses montrent 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 ».

Bien que notre échantillon soit de faible importance et que la significativité statistique ne puisse être obtenue, nous pouvons remarquer que :

- Les hommes suivent en moyenne 19.78 % d'enfants contre 26.6 pour les femmes.
- Les moins de 50 ans suivent en moyenne 27 % d'enfants contre 20.6 chez les plus de 50 ans.

Parmi les généralistes, il semble que ce soit les femmes jeunes qui suivent le plus d'enfant. Leur aisance vis-à-vis de l'enfant est peut-être en cause mais nous pouvons également supposer que la patientèle du généraliste vieillit au long de sa carrière.

- **Freins aux consultations de suivi par les généralistes émanant des généralistes :**

La majorité des interviewés s'accorde à dire que les examens systématiques sont chronophages. Actuellement, le principal frein évoqué par les généralistes est le surbooking.

Recevoir des enfants nécessite une durée de consultation plus longue donc moins de consultations dans la journée. Ceci sous-entend une perte d'argent. Mais lorsque nous abordons le frein économique, la plupart des praticiens le réfute.

De la même optique, la moitié des généralistes critique la revalorisation des consultations pédiatriques à 30 €. Pour eux, il s'agit de « 5 € symboliques » qui ne changeront pas leur pratique. Ils reprochent surtout une rémunération toujours plus élevée chez les pédiatres pour un travail qu'ils considèrent identique. Il est vrai que l'activité des généralistes concernant la prise en charge des enfants est de plus en plus proche de celle des pédiatres. Or, la reconnaissance de cet exercice reste différente, ce qui entretient la rupture et n'améliore pas les rapports entre les deux spécialités.

Cependant, l'écart de rémunération des consultations de suivi a été réduit avec la nouvelle convention à 2 €. Les généralistes oublient souvent de coter les majorations pour dépistages.

D'autres évoquent un manque d'intérêt. La pédiatrie est une pratique particulière que tout médecin généraliste ne souhaite pas exercer. Mais la conjoncture actuelle ne leur laisse guère le choix. Pour garder ce libre arbitre, certains refusent cette patientèle. Cette attitude, plutôt rare, peut se comprendre. Après neuf ans d'étude, se sentir obligé de faire une activité qui ne nous captive pas et dont nous n'avons pas été suffisamment formés peut déstabiliser, surtout pour les plus anciens qui ne veulent pas changer leur pratique à l'approche de la retraite.

- **Freins aux consultations de suivi par les généralistes émanant des pédiatres :**

La scission entre les deux professions se remarque aussi lorsque nous traitons la question de l'accès aux matériels pédiatriques. Les spécialistes de l'enfance ne se rendent pas compte des difficultés à se procurer ces équipements pour un généraliste. Ils ne réalisent pas les avantages qu'ils ont de par leur spécialité.

Nos résultats montrent que seuls les pédiatres utilisent la mallette Sensory Baby. Comme attendu dans nos « a priori », la majorité des généralistes ne la connaissent pas. Certains se sont même demandés si, derrière ce constat, il n'y avait pas une volonté de la part des pédiatres à préserver leur matériel et à rester en première ligne.

Quelques généralistes protestent contre la présence, uniquement, des pédiatres en maternité. Il est possible que cela puisse inciter les parents à poursuivre le suivi par ces spécialistes. Cependant, l'examen d'un nouveau-né reste difficile et les généralistes n'y sont pas préparés. Ce serait rajouter une activité aux médecins de famille qui ne semble pas nécessaire ni pertinente.

- **Freins aux consultations de suivi par les généralistes émanant des parents :**

Le suivi de l'enfant par le médecin de famille dépend du choix des parents. Nous pouvons imaginer que certains préfèrent que leur enfant soit examiné par un pédiatre. D'autres, au contraire, favorisent leur médecin traitant car une relation de confiance est déjà installée. Les médecins ne peuvent pas agir sur ce fait. La décision finale revient aux parents. L'important est de ne pas les faire culpabiliser et de créer une atmosphère chaleureuse pour toute la famille.

La thèse de M^{elle} Artufel-Meiffret sur les expériences, perceptions et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans, fait ressortir les facteurs limitants et favorisants à confier leur enfant aux généralistes (32). Parmi les freins, elle évoque le sentiment de la part des parents d'une meilleure compétence des pédiatres. Mais l'aspect financier, la disponibilité, la confiance et la proximité du généraliste font que les parents amènent leur enfant chez leur médecin traitant. Cependant, ce travail ne cible pas les consultations de suivi uniquement. Les parents préfèrent le généraliste pour l'aigu et le pédiatre pour le suivi car ils l'estiment plus compétent.

4. Perspectives

a) Rôle futur du généraliste en pédiatrie.

- ***Restructuration du système de soins :***

Le rôle futur du généraliste en pédiatrie est difficile à définir. La majorité des médecins interviewés pensent qu'il serait profitable d'inverser la prise en charge. Ils sous entendent par-là réaliser le suivi de l'enfant. Le pédiatre interviendrait en deuxième recours en cas de problème et avant l'hôpital. Ce serait un moyen d'appréhender leur pénurie et de désengorger les urgences. D'autres au contraire pensent que les pédiatres ne doivent se consacrer qu'au suivi.

Contrairement aux généralistes, les pédiatres interrogés fournissent peu d'idées pour améliorer le système de prise en charge.

La littérature montre que la majorité des pédiatres libéraux redoutent ne pas être assez sollicités par les médecins généralistes. Ils craignent perdre leur rôle de spécialiste.

Pourtant, il est certain que devant la décroissance de la densité médicale, des aménagements dans le système de santé sont à prévoir pour optimiser le suivi des enfants. La collaboration entre pédiatres et généralistes semble nécessaire.

En octobre 2006, Le Pr Sommelet publie un rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent (69). Ce rapport propose une nouvelle répartition des acteurs dans la prise en charge des enfants en fonction de leur âge. La réalisation des consultations des 8 jours, 1 mois, 4 mois, 9 mois et 12 mois serait attribuer aux pédiatres uniquement. Le reste du suivi serait assuré par les généralistes, les pédiatres restants disponibles pour avis.

Inverser la logique de prise en charge semble être une idée intéressante pour lutter contre la situation actuelle. Mais la réticence des pédiatres ambulatoires et celle des parents freinent le développement de cette proposition. En parallèle de l'encouragement au suivi des grossesses normales par le généraliste, le suivi du développement normal de l'enfant pourrait être confié au généraliste.

- ***Favoriser les relations entre spécialistes :***

Ce rapport (69) souligne et renforce le rôle des PMI et des médecins scolaires. Tous ces professionnels sont indispensables dans le suivi de l'enfant. Ils sont complémentaires et actuellement cette complémentarité n'est pas suffisamment exploitée.

- ***Intérêt d'une systématisation de la consultation pédiatrique :***

Globalement, les médecins pensent qu'avoir un fil conducteur dans leur consultation facilite le déroulement de la visite. Mais pour les généralistes, cette systématisation doit répondre à trois critères : rapidité, simplicité et efficacité.

Notre étude a donc essayé de répondre à ces conditions par des tableaux de synthèse (Tableaux 4,5 et 6).

b) Renforcer la multidisciplinarité.

- ***S'appuyer sur les paramédicaux :***

Le manque de médecins les oblige à penser à une nouvelle organisation pour les consultations systématiques pédiatriques.

Dans notre étude, un seul pédiatre s'est entouré des paramédicaux et a mis en place des ateliers d'éducation parentale. Lorsque nous évoquons ce fonctionnement avec les autres praticiens, la majorité est enthousiasme et présume qu'il s'agit du système futur. Les ateliers regroupant les parents permettent un confort d'exercice. Ils délivrent une information globale sans avoir la sensation de répéter la même chose toute la journée. Pour les parents, il s'agit d'un lieu d'échange, de réconfort et de réassurance. Ils partagent leurs doutes, leurs craintes et se sentent moins seuls face aux difficultés.

La collaboration avec une équipe paramédicale soulage le médecin de certaines tâches. Il peut davantage se concentrer au médical. Cette nouvelle gestion du cabinet est évoquée par le groupe de réflexion des pédiatres appartenant à l'AFPA, au SNPF et à la Commission Pédiatrique Ambulatoire de la SNF (70). En s'appuyant

sur des modèles étrangers, ils soumettent l'idée d'une délégation des tâches à une assistante médicale pédiatrique.

Il serait aussi intéressant de déplacer l'activité de dépistage aux infirmières, comme les infirmières du dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe). Ce protocole a pour but de déléguer des actions de prévention et d'éducation aux infirmières formées à cet égard, appelées « Infirmière collaboratrice déléguée aux actions de santé publique et protocole de coopération » ou IDSP (71). Il a été lancé en 2004 dans les Deux-Sèvres par l'association du même nom, développé par la loi HSPT (Hôpital, Santé, Patients, Santé et Territoires) de 2009 au titre de l'article 51(72) et autorisé en mars 2012 par la HAS. Elles ont pour rôles d'assurer le suivi des pathologies chroniques, de développer l'éducation thérapeutique et de participer au repérage de certains cancers. Etendre leur champ d'action aux dépistages sensoriels et aux dépistages des troubles du langage et de l'apprentissage chez l'enfant serait favorable. Cela permettrait de prendre plus de temps et de libérer le médecin pour d'autres actions.

La création de maisons médicales, évoquée par nos interviewés, est également retrouvée dans le communiqué de presse (70). Le regroupement de différents professionnels de santé de l'enfance peut faciliter l'accueil, la prise en charge et les échanges pour maximiser le suivi pédiatrique.

Il est difficile d'expliciter, par nos simples résultats, l'importance des paramédicaux car un seul pédiatre travaille ainsi. Cependant, cette idée est retrouvée de nombreuses fois dans de la littérature. Transférer certaines tâches (éducation, prévention, mesures anthropométriques) aux paramédicaux (par exemple, les infirmières ASALE) pourrait faciliter l'activité du médecin. La création de maisons médicales semble aller dans ce sens.

- ***Développer l'utilisation des outils informatiques :***

Pour renforcer la coordination des soins auprès de tous les acteurs, deux généralistes ont évoqué l'informatisation du carnet de santé et le développement d'un dossier médical partagé. Cela éviterait une perte d'information et faciliterait la communication entre les professionnels. Ces éléments sont aussi abordés dans le rapport ministériel du Pr Sommelet (69).

Une réflexion a été menée de 2001 à 2004 sur l'informatisation du carnet de santé par le Club Informatique des Pédiatres Provençaux. Même si cela semble prometteur, la suppression totale de la version papier reste controversée.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 de réforme de l'Assurance maladie a créé le Dossier Médical Personnel. Depuis juillet 2006, le DMP a essayé de s'étendre aux enfants de 0 à 16 ans. En pratique, actuellement, il n'est pas opérationnel.

En 2011, le conseil national des médecins reprend cette idée. Il insiste sur le développement du DMP, notamment sur clé USB, dès la naissance. Le séjour en maternité serait l'occasion de le créer et d'expliquer son intérêt aux parents (73).

Le faible pourcentage de médecins ayant évoqué le développement des outils informatiques ne permet pas de conclure dans notre étude. Néanmoins, plusieurs textes reprennent cette idée. A l'heure actuelle, où tout est en ligne, cette recommandation semble pertinente. Le développement d'un logiciel médical en ligne utilisable par l'ensemble des professionnels autour d'un patient pourrait permettre d'éviter les pertes d'information.

Tableau 5 : Fiche conseils pour les généralistes sur les consultations pédiatriques systématiques

FICHE CONSEILS POUR LES GENERALISTES SUR LES CONSULTATIONS PEDIATRIQUES SYSTEMATIQUES

ORGANISATION DU CABINET

Temporelle :
- Préférer les consultations sur RDV.
- Regrouper les consultations en début de 1/2 journée.
- Temps de consultation 20 à 30 mn.
- Fréquence des consultations : 8j/2/4/5/6/9/11/12/16/24 mois puis 1 fois/an jusqu'à 6 ans.

Spatiale :
- Salle d'attente : mettre à disposition des jouets, petite table et chaises.
- Salle d'examen : séparer symboliquement le lieu de l'interrogatoire et le lieu d'examen.
- Sécurité le cabinet (prise électrique, table d'examen à côté du mur, matériel à porter de mains).

SUPPORTS DE CONNAISSANCES

Perfectionner son savoir :
- Formation continue de l'AFPA.
- Congrès pédiatriques (journées pédiatriques de GARLABAN, journées parisiennes pédiatriques).
- DU de pédiatrie.
- Echanges entre confrères et avec les internes.

Supports papiers :
- Revue « Pédiatrie pratique » ou « Archives françaises de la pédiatrie».
- Livre Collection « Pédiatrie ambulatoire », « Perelman », « Le collège des enseignants ».
- S'équiper de tableau sur le développement et sur les laits.
- Exploiter le carnet de santé et les certificats obligatoires.

Supports informatiques :
- Site de l'AFPA/Mpédia/ « pas à pas » /Bébé.guru/Antibioclic/ Pédiadoc /Mesvaccincs .net /Docvadis.

TRUCS ET ASTUCES

Stratégies de réassurance de l'enfant
- Examiner l'enfant en se mettant à sa hauteur.
- Le laisser découvrir et toucher le matériel.
- Laisser l'enfant dans les bras de ses parents.
- Récompenser les vaccinations : diplôme de vaccination.
- Fond sonore musical.
- Couches de tailles différentes.

MISSION DE CONSULTATION DE SUIVI

Interrogatoire :
- Thèmes à évoquer : Alimentation/sommeil/transit/développement psychomoteur/explication des vaccins/mode de vie.
- S'intéresser à la santé de la mère.
- Temps de parole libre pour le questionnement des parents.
- Observer l'enfant le temps de l'interrogatoire pour analyser son comportement.
- Proposer une nouvelle convocation à la fin de la visite.

Dépistage :
- Dépistage des troubles sensoriels (vision, audition).
- Dépistage des troubles du langage et de l'apprentissage.

Examen physique :
- Déshabiller l'enfant/ Observer le comportement des parents face à l'enfant.
- Examen cardio pulmonaire/examen vasculaire/examen neurologique/ examen abdominal/examen ORL/ examen orthopédique /examen des organes génitaux externes.
- Mesures anthropométriques/vaccination si nécessaire.

Carnet de santé :
- Le remplir à chaque consultation.
- Faire les courbes de croissance.
- Vérifier et noter les vaccinations.

Guidance parentale :
- Education des parents : Travail de réassurance en amont/signes cliniques devant alerter/prévention des accidents domestiques/atelier d'éducation parentale.
- Supports parentaux : Fiche sur la diversification/fiches conseils (fièvre +/- fiche pour GEA, TC, plagiocéphalie) site internet : Mpédia, bébé guru, carnet de santé.

MOYENS HUMAINS

Relais médicaux :
- Favoriser les échanges avec le pédiatre de ville/le pédiatre spécialiste/le médecin scolaire/la PMI/l'ophtalmologue/l'ORL.
- Préférer la communication par mail.
- Adresser à l'hôpital uniquement si urgence clinique.

Relais paramédicaux :
- Prise en charge multidisciplinaire : Orthophoniste, psychomotricien, psychologue, ostéopathe.

Entourage :
- Parents/Nourrices/Assistances maternelles/Instituteurs.

MATERIELS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

Outils essentiels :
- Stéthoscope pédiatrique, pèse bébé, toise, mètre ruban, otoscope (macroview de préférence), brassard à tension pédiatrique, +/- saturomètre pédiatrique.

Matériels de dépistage :
- Pour la vision : Mallette Sensory Baby de 0 à 36 mois. *Alternatives* : œil de bœuf, petites lunettes à secteurs. Echelle de Pigassou, des « E » à 4 ans, et Monoyer à 6 ans.
- Pour l'audition : Mallette Sensory Baby de 0 à 36 mois. *Alternatives* : Boite de Moatti/voix chuchotée/Audio4. Audiomètre à partir de 5 ans.
- Pour le langage et l'apprentissage : Mallette Sensory Baby de 0 à 36 mois, à 4 ans $ERTL_4$ +/- à 6 ans $ERTL_6$.

PERSPECTIVES
- Inverser la logique de prise en charge «MG = suivi, pédiatre = si problème ».
- Renforcer le travail multidisciplinaire, les relations entre les spécialistes et le développement des maisons médicales.
- Développer les outils informatiques : carnet de santé, DMP.

Tableau 6 : Guide pratique des acquisitions et dépistages de 8 jours à 12 mois

	8 jours	2 mois	4 mois	5 mois	6 mois	9 mois	11 mois	12 mois
SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE	X	X	X	X	X	X	X	X
TONUS	Tonus spontané : Tonus en flexion Tête non tenue à la manœuvre du tiré assis	Mis sur le ventre, redresse la tête Participe à la manœuvre du tiré-assis	Tonus spontané : Extension MS Tiens sa tête à la manœuvre du tiré-assis	Peut tenir assis avec aide	Fonction parachute Commence à ramper Disparition des réflexes archaïques	Assi stable Mis sur le ventre se redresse	Se met debout sans appui	Se met debout sans appui
MOTRICITE	Motricité spontanée : Asymétrique Réflexes archaïques	Passe de la position sur le côté à la position sur le dos Reflexes archaïques	Se met sur le ventre Relève la tête Préhension au contact	Relève la tête Préhension palmaire	Se retourne seul Change les objets de mains Joue avec ses pieds	Peut se mettre debout Peut se déplacer à 4 pattes Préhension pouce index	Début de la marche Lâcher volontaire	Début de la marche Lâcher volontaire
DEPISTAGES DES TROUBLES VISUELS	Ferme les yeux à la lumière vive Sensibilité aux contrastes	Malette sensory baby : œil de bœuf : poursuite en saccade	Malette sensory Baby : œil de bœuf : Poursuite oculaire à 180° en haut et en bas	Exploration de l'espace Test du regard préférentiel	Exploration de l'espace Test du regard préférentiel	Malette sensory baby : Poursuite oculaire avec lunette à secteur et à écran (Dépistage amblyopie et strabisme)		
DEPISTAGES DES TROUBLES AUDITIFS	Sensibilité aux sons aigus et à la voix de la mère	Réagit aux bruits et à la voix	Réagit aux bruits et à la voix	Commence à réagir à la voix chuchotée	Réagit à la voix chuchotée	Malette sensory baby SBT ou boites de Moatti	Orientation à l'appel de son prénom	Orientation à l'appel de son prénom
DEPISTAGES DES TROUBLES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES	Pousse des cris	Gazouillis	Vocalises	Vocalises	Vocalises	Syllabe répétée et reconnait son prénom Jeux du « coucou caché »»	Syllabes répétées	5 mots, dit « Non » Pousse des voitures, Montre du doigt ce qu'il veut
RELATIONNEL	Tension/détente en fonction des besoins primaires Préoccupation maternelle primaire	Sourire-Réponse Installation d'une dynamique interactive	Tape et palpe	Plaisir de l'échange Reconnait son biberon	Demandes à l'adulte Stade du miroir	Peur de l'inconnu Angoisse de la séparation maternelle	Caprice, colère Comprend les expressions du visage	Caprice, colère Comprend les expressions du visage
VACCINATION		DTPCo Hépatite B HIB Pneumocoque 1ère dose	DTPCo Hépatite B HIB Pneumocoque 2ème dose	Méningocoque C 1ère dose			DTPCo Hépatite B HIB Pneumocoque 3ème dose	ROR 1ère dose Méningocoque C 2ère dose

Tableau 7 : Guide pratique des acquisitions et dépistages de 16 mois à 24 mois

	16 mois	24 mois	36 mois	4 ans	5 ans	6 ans (Visite réalisée en pratique à l'école)
SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE	x	x	x	x	x	Rebond d'adiposité
MOTRICITE	Marche, escalade Joue accroupi	Court, monte et descend les escaliers, saute, lance la balle, shoote dans un ballon	Monte les escaliers en alternant, tient sur un pied Pédale bien	Acquisition de l'équilibre Lance, attrape, fait rebondir un ballon, tricycle.	Acquisition de la motricité fine	Se tient en équilibre de 5 à 10 s, bicyclette, lance un ballon avec force
DEPISTAGES DES TROUBLES VISUELS	Par l'interrogatoire des parents	Par l'interrogatoire des parents	Malette sensory baby : DAVL Test de Lang	Echelle de Pigassou	Echelle de Pigassou ou échelle des « E »	Echelle de Pigassou ou Monoyer Test de Lang Test de Ishihara
DEPISTAGES DES TROUBLES AUDITIFS	Par l'interrogatoire des parents Obéit aux ordres quand ça l'intéresse	Malette sensory baby : Voix chuchotée et normale (Doit reconnaître plus de 4 images)	Malette sensory baby : Voix chuchotée et normale (Doit reconnaître plus de 4 images)	Audio 4 ou début de l'utilisation de l'audiomètre	Utilisation de l'audiomètre	Utilisation de l'audiomètre
DEPISTAGES DES TROUBLES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES	Jargon Pointe du doigt, Jeu d'imitation, Malette sensory baby : Tour 2 cubes Met la pastille dans le flacon	Associe 2 mots Malette sensory baby Motricité fine Comprend le geste visser dévisser Pastille dans le flacon Tour 5 cubes (8 cubes à 2 ans ½)	Accumulation de mots, Temps des verbes Commence à connaître les couleurs Fermeture ½ cercle Malette sensory baby : Visage Dévisage Pastille dans le flacon Pont à 3 cubes	ERTL4 Malette sensory baby : Pont à 5 cubes avec modèle	Dessine, Colorie sans dépasser Commence à écrire quelque lettres	ERTL 6 ou Eval Mater
RELATIONNEL	Jeux d'échange	Acquisition de la propreté diurne	Socialisation Interactions Propreté nocturne	Début de la notion de partage Début de l'attachement	Développement de la rivalité entre enfants Commence à comprendre les règles sociales	Coopération en groupe Comprend les règles sociales
VACCINATIONS	ROR 2ème dose					Rappel DTPCo

Conclusion

Le système de santé français permet aux enfants d'être suivis soit par un pédiatre, soit par un généraliste, soit par les deux. Actuellement, la démographie médicale en en baisse et la raréfaction des pédiatres ambulatoires conduisent les généralistes à recevoir de plus en plus d'enfants. Cette constatation a été pris en compte par les pouvoirs publics avec la désignation obligatoire d'un médecin traitant (qui peut-être un pédiatre ou un généraliste) et la revalorisation des consultations pédiatriques.

Du côté des praticiens, une nouvelle organisation va devoir se mettre en place autour de l'enfant. Notre étude a permis de faire la synthèse des éléments facilitant la réalisation des visites systématiques chez les enfants de 0 à 6 ans.

Nous avons pu repérer les moyens matériels et humains nous semblant pertinents afin de proposer un socle commun à cette pratique pédiatrique.

L'organisation du cabinet, aussi bien temporelle que spatiale, semble essentielle à de bonnes conditions d'exercice. Différentes stratégies de réassurance sont évoquées pour apaiser l'enfant et créer un environnement calme.

Plusieurs missions sont à réaliser durant ces consultations. L'interrogatoire est l'occasion de discuter sur le mode de vie, l'alimentation, le sommeil, le transit, le développement psychomoteur et de donner des explications sur les vaccins. L'examen physique doit être le plus complet possible chez un enfant déshabillé en finissant par ce qui est désagréable. Le dépistage surtout sensoriel est le moment clef de la consultation. Ces visites permettent aussi d'accompagner les parents et d'apaiser leurs angoisses. Le remplissage du carnet de santé est la dernière mission du praticien.

Le matériel reconnu comme essentiel pour tout médecin examinant des enfants est : le stéthoscope pédiatrique, le pèse bébé, la toise, le mètre ruban, l'otoscope (macroview de préférence) et le brassard à tension pédiatrique.

Pour les médecins généralistes, le suivi de l'enfant s'intègre dans la prise en charge globale de la famille. Bien qu'ils connaissent leurs rôles de dépistage, d'information et de prévention durant ces consultations, ils admettent manquer d'outils pour les réaliser convenablement. Ils avouent être un peu sommaires et grossiers dans les

dépistages sensoriels et dans l'évaluation du développement psychomoteur chez les nourrissons. De plus, nous remarquons une diversité des pratiques dans ce suivi.

Pour les aider dans cette activité, la mallette Sensory Baby a été souvent citée par les pédiatres et a retenu l'attention des généralistes. Cette mallette renferme le contenu nécessaire pour les dépistages sensoriels et l'évaluation du développement psychomoteur chez l'enfant de 9 à 36 mois. D'autres outils tels que l'ERTL$_4$ et l'ERTL$_6$ ont été mentionnés pour les plus grands permettant le dépistage des troubles du langage et de l'apprentissage.

Les freins aux visites systématiques exposés par les généralistes sont le manque de formation, le manque de temps et le manque d'intérêt. Ils évoquent aussi une volonté de la part des pédiatres à monopoliser les consultations de suivi et des difficultés à se procurer le matériel adéquat. Enfin, ils concèdent être soumis au désir des parents, certains préférant le spécialiste au généraliste.

La communication entre les spécialistes de la pédiatrie et de la médecine générale reste à améliorer. Pour certains, le développement des outils informatiques (carnet de santé informatisé, DMP) serait un moyen d'éviter les pertes d'informations. Pendant longtemps, les généralistes se sont sentis discrédités par les pédiatres. Ces dernières années, la perception de leur rôle par les spécialistes de la petite enfance a évolué. Certains pédiatres se définissent même comme « le généraliste de l'enfant ». Avec la nouvelle génération, un équilibre est en train de s'installer, ce qui favorisera probablement les échanges dans le futur.

Redéfinir les rôles de chacun semble nécessaire. La logique de prise en charge pourrait s'inverser. Le généraliste serait en premier plan pour le suivi et le pédiatre serait un recours en cas de problème. Intégrer les paramédicaux dans ce suivi pourrait aussi soulager les praticiens.

Notre thèse a permis l'élaboration d'une fiche conseil pour améliorer la prise en charge du suivi de l'enfant par le généraliste. Il serait intéressant de réaliser une étude de faisabilité auprès des généralistes pour mettre en pratique cette fiche théorique et déterminer si les recommandations faites sont réalisables dans l'activité quotidienne.

ANNEXE 1

Guide d'entretien semi-dirigé « pédiatres »

I. Présentation de l'étude.

II. Présentation du médecin.

a. ***Terrain*** : Age, sexe, année d'installation.
b. ***Condition d'exercice*** : cabinet de groupe ou isolé, lieu d'exercice, présence ou non de secrétaire, autres activités que le libéral.

III. Thème n°1 : Organisation des consultations de suivi.

a. Prise de rendez-vous :

- Consultations avec ou sans rendez-vous, plages horaires consacrées au suivi de l'enfant ?
- Durée des consultations de suivi (par rapport aux consultations pour pathologies aigües),
- Respect de toutes les consultations de suivi recommandées ?
- Prise de rendez-vous à l'initiative des parents ou relance par la secrétaire (téléphone, lettre…).

b. Systématisation de la consultation :

- Existence ou non d'une trame de consultation typique,
- Eléments recherchés, tests de dépistage réalisés,
- Participation de l'enfant, des parents.

c. Matériels :

- Organisation du cabinet : agencement du mobilier, matériels mis à disposition de l'enfant.

- Outils techniques utilisés.

d. Fin de la consultation :

- Informations délivrées par écrit ou par oral,
- Organisation et programmation du prochain du rendez-vous.

IV. Thème n°2 : Regard sur la pratique pédiatrique du médecin généraliste.

a. Consultations de suivi par le médecin généraliste :

- Rôle à définir,
- Compétences du médecin généraliste en pédiatrie.

b. Recommandations du pédiatre au médecin généraliste :

- Supports pratiques : Formations, guides et fiches techniques, site internet.
- Outils techniques indispensables,
- Organisation du cabinet,
- Avis sur l'intérêt d'une standardisation des consultations de suivi pour le médecin généraliste,
- Conseils à donner aux médecins généralistes.

c. Relations médecin généraliste/pédiatre :

- Existence ou non d'une communication avec le médecin généraliste, prise en charge partagée d'enfants ?
- Propositions pour améliorer les échanges.

V. Thème n°3 : Système de soins.

a. Relais utilisés :

- Existence d'un réseau de soins,
- Avis d'un confrère,
- Hôpital facile d'accès ?

b. Relais disponibles pour un médecin généraliste :

- Disponibilités du pédiatre pour avis,
- Coordonnées utiles à avoir,
- Relais identiques aux pédiatres ou plus difficile d'accès.

c. Satisfaction du système de santé et propositions pour améliorer la prise en charge des enfants.

ANNEXE 2

Guide d'entretien semi-dirigé « généralistes »

I. Présentation de l'étude.

II. Epidémiologie.

a. ***Terrain*** : Age, sexe, année d'installation.
b. ***Condition d'exercice :*** cabinet de groupe ou isolé, lieu d'exercice, autres activités que le libéral.
c. Proportion des moins de 16 ans selon le relevé individuel annuel.
d. Proportion des consultations de suivi vs consultations d'urgence.

III. Thème n°1 : Organisation des consultations de suivi.

a. Structure des consultations :

- Plages horaires consacrées au suivi de l'enfant,
- Consultations avec ou sans rendez-vous,
- Temps de consultations de suivi,
- Fréquence (Respect de toutes les consultations de suivi recommandées).

b. Secrétariat :

- Existence d'un secrétariat,
- Type de secrétariat,
- Rôle du secrétariat,
- Prise de rendez-vous, relances.

c. Contenu des consultations :

- Examen clinique : Eléments recherchés
- Existence ou non d'une trame de consultation typique,
- Tests de dépistage (ceux qu'ils connaissent et ceux qu'ils réalisent)

- Les parents (relations, supports écrits, guidance)

d. Matériels :

- Organisation spatiale du cabinet
- Matériels pédiatriques spécifiques utilisés.

IV. Thème n°2 : Le médecin généraliste en pédiatrie.

a. ***Perception de l'enfant*** : définition, aisance.

b. Compétences du MG en pédiatrie

c. Rôle à définir.

d. ***Supports pratiques utilisés :*** Formations, guides et fiches techniques, site internet.

e. Avis sur l'intérêt d'une standardisation des consultations de suivi pour le médecin généraliste,

f. Echanges médecin généraliste/pédiatre :

- Relation MG/pédiatre et propositions pour améliorer les rapports.
- Relais

V. Thème n°3 : Système de soins.

a. Avis sur la nouvelle convention avec revalorisation des consultations + connaissances

b. Satisfaction du système de santé.

c. Propositions pour améliorer la prise en charge des enfants.

Bibliographie

1. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2016.pdf. [Internet]. [cité le 27 nov 2017]. Disponible sur: http://bilandémographique2016.pdf.

2. Bocquet A., Chalumeau M., Bollotte D., Escano G., Langue J., Virey B. Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/article_Bocquet_CRAM_pediatrie_2005.pdf

3. CNAMTS, Caisse Nationale De L'Assurance Maladie Des Travailleurs Salariés. Des tendances de fond aux mouvements de court terme [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/PointDeConjoncture/7/1.pdf

4. Franc C., Le Vaillant M., Rosman S., Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud69.pdf

5. Franc C., Le Vaillant M., Rosman S., Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf

6. Cassol E. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois : étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine. [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01223365/document

7. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

8. Observatoire national de la petite enfance. Rapport 2016. L'accueil du jeune enfant en 2015. [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/observatoire_petite_enfance/aje_2016bd.pdf

9. CAF, Caisse d'Allocations Familiales. L'accueil du jeune enfant dans le département du Vaucluse. Rapport première partie .pdf [Internet]. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: https://www.caf.fr/sites/default/files/caf/841/Documents/doc%20partenaires/RAPPORT%20PREMIERE%20PARTIE%20.pdf

10. REMEDE. Nombre de Postes et Rangs en Pédiatrie pour l'examen national classant (ENC) 2018 [Internet]. Remede.org. [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html

11. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique - Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 49 [Internet]. [cité 22 janv 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2884125

12. Dossier de presse. Loi de modernisation de notre système de santé.pdf [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
13. ONDPS, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Pr Berland Y. Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_mars_2013.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_mars_2013.pdf
14. Un médecin référent pour l'enfant ? [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-un-medecin-referent-pour-l-enfant-_13670.html
15. Assurance-Maladie. Synthese_Convention_2016.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf
16. Statistiques surdités [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: http://anso.pagesperso-orange.fr/page_statistiques_gene.htm
17. Beley G, Buisson G, Deherte A, Dupont A-C, Foucault C, François M et al. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_de_l_audition_chez_l_enfant.pdf
18. taux de troubles de la vision [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/143/expcol_2004_deficiences_03com.pdf?sequence=26
19. Beley G, Buisson G, Bursztyn J, Dupont A-C, Dureau P, Foucault C et al. Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf
20. HAS, Haute Autorité de Santé. depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28__15_55_46_52.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_propositions_2006_12_28_15_55_46_52.pdf
21. Sokolow L. 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 [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310914/document
22. Michel M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi--Pyrénées : généraliste, pédiatres, PMI ? [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/200/1/2013TOU31074.pdf
23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. 3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf [Internet]. [cité 10 déc 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
24. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. 2009-Letrilliard-Glossaire-partie 2.pdf. [Internet]. [cité le 10 déc 2017]. Disponible sur : 2009-Letrilliard-Glossaire-partie 2.pdf

25. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. 2009-Letrilliard-Glossaire-partie 1.pdf. [Internet]. [cité le 10 déc 2017]. Disponible sur: 2009-Letrilliard-Glossaire-partie 1.pdf.

26. Buisson G. GUIDE METHODOLOGIQUE Protocole d'examens systématiques des enfants de 9, 24 et 36 mois.pdf [Internet]. [cité 26 déc 2017]. Disponible sur http://www.ophtalmo.net/bv/Doc/2007-6507-vision-enfant.pdf

27. Kiene M. Consultations de dépistage du 24ème mois : Enquête sur les savoirs et les pratiques déclarées des Médecins Généralistes de Midi-Pyrénées [Internet]. [cité 8 janv 2018]. Disponible sur : http://thesesante.ups-tlse.fr/1246/1/2016TOU31017.pdf

28. AMATORE J. Puériculture en médecine de villes : Les questions les plus importantes sous le regard des parents et des professionnels de santé. Enquête par Méthode Delphi auprès de 85 professionnels de santé et 65 parents du département des Bouches du Rhône. Thèse de médecine. Faculté de médecine Aix-Marseille ; 2014.

29. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. 2008-Aubin Auger-Intro.pdf. [Internet]. [cité 10 déc 2017]. Disponible sur : 2008-Aubin Auger-Intro.pdf.

30. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf. Pages 262-263. [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

31. Neveu D. Lecture critique d'un article médical, Faculté de médecine Montpellier-Nîmes. 2011.

32. Artufel-Meiffret M. La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans : enquête qualitative auprès de 16 parents dans les Alpes-Maritimes [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904963/document

33. Assurance Maladie. Premiers-pas_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4086/document/premiers-pas_assurance-maladie.pdf

34. OMG, Observatoire de la médecine générale. Données- Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. [Internet]. [cité 2 mars 2018]. Disponible sur : http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php

35. Desvignes V, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire. Larzul-Chevet C. Chapitre 45 : Ergonomie au cabinet de pédiatrie. Pages 393-402. [Internet]. [cité le 20 février 2018]. Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=CgWtBAAAQBAJ.

36. Hôpitaux Universitaires de Genève. Pédiatre en ville et pédiatre à l'hôpital : le rôle de chacun [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=eRhChWKZaxQ

37. BERNAT A. Dépistage, diagnostic et accompagnement précoce des handicaps chez l'enfant de 0 à 6 ans, Carnet de santé ou document équivalent: Analyse comparée de la situation en France, en Belgique, en Allemagne, en Angleterre, en Suède, au Maroc et au Canada [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_dph_ann_IDS_ 1605_env_av_030712-2.pdf

38. Desvignes V, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire. Muller J-M. Chapitre 47 : Pôle pédiatrique libéral. Pages 403-404. [Internet]. [cité le 20 février 2018]. Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=CgWtBAAAQBAJ.

39. Binart-Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur : http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/767/fichier_hbinard_these109be.pdf

40. Ministère de la santé et de la protection sociale. Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent. Bulletin Officiel n°2004-52 [Internet]. [cité 22 févr 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm

41. Lucas J. Rapport_Cooperations_professionnels_de_sante.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport_Cooperations_professionnels_de_sante.pdf

42. Lancry P-J. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale, Rapport_Lancry_definitif.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf

43. ISNAR-IMG, Inter-Syndicat National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Formation-des-img.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur : https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf

44. CNGE, Collègue National des Généralistes Enseignants. 2016_Matrice_maquette_des_medecine_generale_version_finale.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/2016_Matrice_maquette_des_medecine_generale_version_finale.pdf

45. Conférence des présidents des Sections généralistes des UP régionales de médecins libéraux. 02-referentiel_metier.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2018]. Disponible sur : http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF

46. AFPA, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Dossier presse AFPA [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur : http://www.afpa.org/index.php?option=com_jdownloads&view=finish&catid=34&cid=4065

47. Desvignes V, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire. Cret L. Chapitre 49 : De la formation médicale continue au développement professionnel continue. Pages 414-419. [Internet]. [cité le 20 février 2018]. Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=CgWtBAAAQBAJ

48. Le Goaziou M-F. Equipement_cabinet.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur : https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/Equipement_cabinet.pdf

49. Vasseur M. Le matériel diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste du Nord-Pas-De-Calais : Quel taux d'équipement ? Quelle fréquence d'utilisation ? Etat des lieux et propositions d'amélioration.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur : http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3a2a029c-1c8d-4cdc-8274-433d9174cd74

50. URML, Union Régional des Médecins Libéraux d'Ile de France. Prise-en-charge-bronchiolite-nourisson.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur : http://www.sp2a.fr/pdf/documents/Prise-en-charge-bronchiolite-nourisson.pdf

51. AFPA, Association Française de Pédiatres Ambulatoire. Mallette examens 9-24-36 mois - AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur : https://afpa.org/outil/mallette-examens-9-24-36-mois/

52. OEM, Original Equipment Manufacturer. OEM Développement : Activités propres [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur : http://www.oem-development.fr/activites-propres/

53. OEM, Original Equipment Manufacturer. Notice_SBT_Evaluation_Simplifiée2.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur : http://www.oem-development.fr/fileadmin/fichiers/NOTICE_SBT_Evaluation_Simplifi%C3%A9e2.pdf

54. Plassart C, Toulet M-R. Dépistage troubles sensoriels.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur : http://www.jnmg.org/sites/default/files/programme_2016/D%C3%A9pistage%20d%C3%A9ficits%20sensoriels%20nourrisson/D%C3%A9pistage%20troubles%20sensoriels.pdf

55. Desvignes V, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire. Buisson G. Chapitre 2 : Examens systématiques des enfants de 9-24 et 36 mois. Présentation de la mallette. Pages 8-14. [Internet]. [cité le 20 février 2018]. Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=CgWtBAAAQBAJ

56. MG France région occitane. Dépistage des troubles visuels et auditifs de l'enfant - MG France région Occitane [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur : http://www.mgfrance-lr.org/d%C3%A9pistage-des-troubles-visuels-et-auditifs-de-lenfant.html

57. Desvignes V, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire. Egaud C, Jacquier-roux M. Chapitre 3 : Protocoles de passation des examens systématiques à 4-5 et 6 ans. Pages 15-25. [Internet]. [cité le 20 février 2018]. Disponible sur : https://books.google.fr/books?id=CgWtBAAAQBAJ

58. Distrimed.com [Internet]. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur : http://www.distrimed.com/advanced_search_result.php?keywords=boite+de+moatti&p_a_ch=&f_t=5aa2aa91#/dfclassic/query=ERTL&query_name=fuzzy

59. Commédic. ERTL4, Épreuves de repérage des troubles du langage utilisables lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans. [Internet]. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur : http://com-medic.com/index.php/catalogue/gamme-medicale/ertl4

60. DGS, Direction Générale de la Santé. Rapport_sur l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des professionnels.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_professionnels.pdf

61. Légifrance.gouv. Code de la santé publique - Article L2132-1. Code de la santé publique. [Internet]. [cité 17 fev 2018]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr.

62. Ministère des Solidarités et de la Santé. Nouveau carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 7 mars 2018].

Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/nouveau-carnet-de-sante-de-l-enfant

63. Ministère des Solidarités et de la Santé. Notice_utilisation _professionnels_de_sante.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/notice_utilisation_professionnels_de_sante.pdf
64. Légifrance.gouv. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004. [Internet]. [cité 17 fev 2018]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr.
65. Colineau-Méneau A, Neveur M-A, Beucher A, Hitoto H, Dagorne C, Dubin J, Fanello S. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2008/3/259_268.pdf#page=1&zoom=auto,-164,709
66. Youssef E. Étude de l'activité préventive des médecins généralistes français dans le cadre du projet ECOGEN. [Internet]. [cité 2 mars 2018]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4922_YOUSSEF_these.pdf
67. Hurpeau-Artis A-S. L'accueil de l'enfant en médecine générale. [Internet]. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_hurpeau_artis_anne_sophie.pdf
68. Sommelet D. 070405_rapport_Sommelet.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/070405_rapport_Sommelet.pdf
69. Bocquet A, Assathiany R, Caron F-M, Danjou G, Muller J-M, Salinier C, et al. Proposition pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants et pour l'avenir de la pédiatrie française. umespe_-_dossier_presse_23_janvier_08_-_3_4.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2018]. Disponible sur : https://umespe.com/sites/S_7Sbvti2defbfdectr3oo7yhgwa/files/o/umespe_-_dossier_presse_23_janvier_08_3_4.pdf
70. Eléments constitutifs de la fiche de poste infirmière ASALEE. ASALEE_-_Fiche_de_poste_IDSP.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur : http://www.paca.paps.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_PAPS/J_exerce/Protocoles_de_cooperation/ASALEE_-_Fiche_de_poste_IDSP.pdf
71. Légifrance.gouv. Version électronique authentifiée publiée au JO n° 0167 du 22/07/2009 | Légifrance [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244
72. Bohl I. Sante de l'enfant et de l'adolescent, prise en charge.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/santeenfantadolescent.pdf

Abréviations

PACA : Provence Alpes Côtes d'Azur

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

RIAP : Relevé Individuel d'Activités et de Prescriptions

ROSP : Rémunération Sur Objectif De Santé Publique.

DAVL : Dépistage de l'Acuité Visuelle de Loin

HAS : Haute Autorité de Santé

GEDPC : Groupe d'Echange Développement Professionnel Continue

FMC : Formation Médicale Continue

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Examen National Classant

AFPA : Association Française des Pédiatres Ambulatoires

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DU : Diplôme Universitaire

ERTL : Evaluation de Repérages des Troubles du Langage

BREV : Batterie Rapide d'Evaluation des fonctions cognitives

M-CHAD : Modified-Check-list for Autism in Toddlers

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

SNIR : Système National Inter-Régimes

ORL : Oto-rhino-laryngé

PC : Périmètre crânien

DMP : Dossier Médical Personnel

RDV : Rendez-vous

MG : Médecin Généraliste

GEA : Gastroentérite aigüe

TC : Traumatisme crânien

PPL : Pôle Pédiatrique Libéral

MUT : Majoration Urgence médecin Traitant

MCU : Majoration Urgence médecin Correspondant

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisé

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

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DGS : Direction Générale de la Santé

ECOGEN : Eléments de la COnsultation en médecine GENérale

SNPF : Syndicat National des Pédiatres Français

SNF : Société Française de Pédiatrie

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

IDSP : Infirmière collaboratrice Déléguée aux actions de Santé Publique et protocole de coopération

DTPCo : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche

HIB : Haemophilus influenza de type B

ROR : Rougeole, Oreillons, Rubéole

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Résumé

TITRE DE LA THESE

Proposition d'outils pour la réalisation des consultations pédiatriques systématiques de 0 à 6 ans : étude qualitative auprès des pédiatres et des généralistes du Vaucluse.

RESUME

Introduction : La raréfaction des pédiatres ambulatoires conduit les généralistes à recevoir de plus en plus d'enfants. Les consultations systématiques ont pour but de dépister des anomalies pour une prise en charge précoce. Les généralistes ne semblent pas suffisamment formés à cette activité. Des études ont mis en évidence une diversité des pratiques. Peu en apporte des solutions. L'objectif est de dégager les outils pouvant aider les généralistes dans la réalisation des consultations de suivi chez l'enfant de 0 à 6 ans pour proposer une standardisation.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative a été réalisée dans le Vaucluse auprès de 10 pédiatres et 12 généralistes de mars 2017 à janvier 2018. Des entretiens individuels semi dirigés ont été effectués chez les pédiatres puis chez les généralistes. Les thèmes étaient identiques : organisation des consultations systématiques, perception du généraliste en pédiatrie, avis sur le système de soins. L'analyse a été faite à l'aide du logiciel N'Vivo 11 Software.

Résultats : Cinq points se sont dégagés pour faciliter le travail de suivi des généralistes : améliorer les connaissances grâce à différents supports, organiser le cabinet pour mettre en confiance l'enfant, renforcer la multidisciplinarité, disposer de matériels adéquats comme la mallette Sensory Baby, connaître les missions à accomplir lors de ces consultations. Certains généralistes proposent d'inverser la logique de prise en charge et d'être en première ligne pour le suivi.

Conclusion : Les consultations systématiques sont l'occasion de faire de la prévention et du dépistage. L'étude a permis d'établir théoriquement les moyens matériels et humains nécessaires aux généralistes. Une étude de faisabilité serait à envisager pour savoir si la mise en pratique de ces recommandations est possible.

MOTS CLEFS : Médecine générale, pédiatrie, consultations de suivi, dépistages, outils.