



HAL
open science

Place du médecin généraliste picard dans la prise en charge des pathologies et actes courants de l'enfant de 0 à 2 ans

Baptiste Decarsin

► To cite this version:

Baptiste Decarsin. Place du médecin généraliste picard dans la prise en charge des pathologies et actes courants de l'enfant de 0 à 2 ans. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02320101

HAL Id: dumas-02320101

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02320101>

Submitted on 18 Oct 2019

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.



FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2019

N°2019-74

**PLACE DU MEDECIN GENERALISTE PICARD DANS LA
PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES ET ACTES
COURANTS DE L'ENFANT
DE 0 A 2 ANS.**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 04 Juillet 2019

PAR
BAPTISTE DECARSIN

PRESIDENT DU JURY : **Monsieur le Professeur Richard GOURON**

MEMBRES DU JURY : **Monsieur le Professeur Michel SLAMA**
Monsieur le Professeur Johann PELTIER
Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

DIRECTRICE DE THESE : **Madame le Docteur Pauline DESBUREAUX**

A mon Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Richard GOURON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Chirurgie infantile)

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Je vous en remercie.

*Veillez trouver par ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de mon
profond respect.*

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Michel SLAMA

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Réanimation médicale)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de l'intérêt apporté en ce jour d'indépendance.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du Service de Neurochirurgie

(Anatomie)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie de l'enseignement que vous m'avez prodigué.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Maître et Directeur,

Madame le Docteur Pauline DESBUREAUX

*Praticien Hospitalier Contractuel
(Urgences Adultes et Pédiatriques)*

*Tu m'as fait l'honneur de me diriger pour ce travail.
Merci pour la justesse de ton encadrement et pour ta confiance. Merci de tes
conseils pour ce travail et de ton accompagnement aux urgences.
Sois assurée de mon respect et de mon amitié.*

Remerciements,

A Pauline,

Tout a commencé à Lourdes il y a fort longtemps pour ensuite se perdre de vue. Nous nous sommes retrouvés au hasard de la vie, plusieurs années après. Sans toi je ne serais pas là aujourd'hui. Merci d'avoir été là quand ma voiture s'est miraculeusement envolée, merci d'avoir su me faire bosser. Merci d'être là au quotidien et ce malgré la distance. Il va y avoir du boulot de déco si tu souhaites te reconverter.

A ma famille,

Enfin le début de la fin...Je n'aurais pu être ici aujourd'hui sans vous. Même si cela a pris plus longtemps que prévu, je ne regrette pas grand-chose de l'ensemble de ce que j'ai pu faire en parallèle de la médecine y ayant appris énormément.

***A ma mère,** merci d'avoir été toujours là pour nous. Merci de m'avoir soutenu aux moments d'hésitations (même si être loquace n'est pas mon fort). Merci de m'avoir transmis ta bienveillance et ton écoute des autres. Merci pour ce caractère bien trempé. Enfin merci pour ton soutien au quotidien.*

***A mon père,** merci de m'avoir rendu bosseur (même si nous râ lions un peu étant plus jeune). Je crois que je hais m'installer devant un bureau pour cette raison. Désolé d'avoir fait l'ensemble des métiers que tu détestes (même si c'est un bien grand mot).*

Profitez à fond de votre retraite.

A mes frères,

***A Quentin,** tu as une vie déjà bien rangé (le seul pour le moment). Continue à être heureux avec Pauline et Alice. Félicitations en avance pour le diplôme d'IADE... futur roi du pétrole... ou futur pousse seringue. Les sorties SMUR pourraient être marrantes.*

***A Jacques,** j'espère que tu profiteras encore longtemps de ce mode de vie qui te fera peut-être oublier un peu le raisonnement inculqué en fac de droit. Bien que cela permettait des discussions enflammées, redoutées par toutes et tous, qui cependant égayaient nos soirées. (merci flo pour la phrase). Je viendrais peut-être un jour chercher « tes traumatismes » sur les pistes... mais pas de suite.*

***A Renaud,** tu me mets enfin une claque en grimpe.... Il était temps. A nos futurs vols. Ne reste plus que toi dans les études. Trouve ce qui te plaît, c'est le plus important.*

***A mamie,** merci d'être toujours présente, même si dès fois encombrante ou trop inquiète. (Ce n'est pas de notre faute si l'on ne pratique que des sports à risques.... La belotte en faisant quand même partie). Ta patience étant plus jeune, ainsi que celle de papi, me permettent d'éviter un nombre conséquent de coquilles dans ce travail.*

***A mamie-thé, mes oncles, tantes et cousins, cousines.** (Vous êtes beaucoup trop nombreux pour que je vous cite tous). Merci de faire partie de cette énorme famille. Merci de cette jeunesse où l'on a appris de nos « conneries ». (Entre autres : Arracher les barrières de l'autoroute avec le déchaumeur, noyer une moto dans la rivière, jouer sur les ballots de pailles totalement instables ou les toits des tracteurs et se cacher sachant*

pertinemment qu'on allait se faire « engueuler », mais absolument ne pas se rendre compte du danger, fumer de la « liane » et manger des pommes acides pour essayer bêtement de dissimuler l'odeur, les coups de paraboote taille 50 et plus au foot, beaucoup plus calme maintenant que l'arthrose et les fauteuils roulants guettent)

A mes grands-pères, j'aurais aimé que vous soyez là aujourd'hui.

Aux copains,

Période de début de débauche et d'alcool, heureusement que la gendarmerie et le sport équilibraient les choses. Car entre la « taulinette » du lundi soir (qui au final était la pire) et les suivantes, heureusement que les WE existaient pour se reposer (quand nous n'étions pas dans une autre ville de France à représenter fièrement Omiens) Amitiés qui durent maintenant, depuis déjà plus de 10 ans, malgré l'éloignement de certains et nos caractères bien trempés à tous qui étonnamment donnent un cocktail non détonnant. (Même si cela a pu arriver quelques fois.....)

A Emilie, toujours provocante malgré toutes ces années. Tu as su rester la même et trouver ta voie...Merci d'avoir toujours été présente. Soit heureux avec notre ballerine préférée et vos deux enfants.

A Baptiste, futur réa méd parmi les réa méd... tu seras le meilleur. Merci pour le cordon bleu et l'ami que tu es !!!!

A Flo, toujours là pour aller boire un verre et toujours peur de manquer à table. Tu adores ce que tu fais et es fait pour le transmettre. Merci d'être constamment disponible si besoin. On va bien trouver une occasion pour une nouvelle carafe de Ricard.

A Xav, merci de perdre plus de cheveux que moi. Toujours la tête sur les épaules et le mot adéquat. Vite qu'Albane grandisse pour que l'on puisse refaire des Tarots/dégustations. Merci Sophie, tu nous évites les mets délicieux du Couleur.

A Otilie, Yves a permis d'atténuer un peu ta voix de Crécelle. Merci de ta franchise et bienveillance. Tu es la maman du groupe.... quand tu es sobre ! Ce qui va durer encore quelques mois.

A Fanou, t'es un copain et t'as changé tu sais... tout est dit en ces quelques mots. Tu as l'air d'avoir trouvé ta voie, j'espère que tout roulera comme tu l'envisages. PS : le sud te réussit, en plus tu es allé au seul endroit où le rosé est légion.

A Benji, merci d'être l'un des rares vrai sportif du groupe. Quand tu veux pour la grimpe, le ski.... Tout sauf le Gin quoi !

A Vic, tu es la seule dont j'ai lu la thèse. Merci de t'être exportée, grâce à toi j'ai découvert Annecy et les montagnards qui sont meilleurs au golf qu'au ski.

A Cath, deuxième à faire des blagues de haut niveau derrière notre Lama national. Merci de me faire rire... dieu sait que ce n'est pas donné à tout le monde.

*A **Suzanne**, merci d'avoir fait un mioche en premier... même si tu ne parles plus que de ça et de médecine. Tu es la meilleure à massive music quiz et de loin.... A quand « N'oubliez pas les paroles » ?*

*A **Captain**, ça fait bien longtemps que l'on ne s'est vu.*

*A **Pierre**, merci pour les heures et soirées passées en bords de mer. Un sauveteur pousse seringue qui passe bien à la TV.*

*A **Louis, Yves, Vince et Henri**, vous avez fait le bon choix. Quand vous voulez pour un petit ride, des jeux dont l'objectif est de gagner ou encore insulter la console et chanter à la messe.*

*A **Clément, Carma, Pif, Hugo** : Vins, Tarots, bonnes bouffes !!! Les vins de tables vont être de mieux en mieux.*

*A **PJ, Arnaud** et tous les autres rencontrés à la fac, à l'hôpital ou en soirée, grâce à vous j'ai profité dignement de mes années étudiantes.*

Aux potes de grimpe,

Nico, Aurélien, Richou, PL, Emilie, Marion, Claire. En souvenir de ces journées de grimpe fantastique et soirées mémorables qui suivaient. Promis, je m'y remets bientôt.

*Mention particulière à **Antoine**, nous nous connaissions petit et nous sommes recroisés par hasard sur le mur... les années qui suivirent furent remplies de moments ultra-comiques, de soirées bien arrosées, de sessions grimpes intenses, de discussion que l'on taira et de boulot dans les airs... ce n'est que le début !!!!*

Aux amis des années lycée,

Camille, Gaëlle, Gwenaëlle, Max, Kev1, Benj, Clément, Alex, Fanny : même si l'on ne se voit pas souvent : bientôt 2 décennies que ça dure. Heureusement qu'il y a le resto d'hiver. Manque les petites soirées à la gendarmerie ou dans le grenier.

A mes co-internes rencontrés pendant l'internat,

*A **Laurent**, les îles coulent dans ton sang et pourtant tu réussis à être stressé au boulot... Chapeau bas. Merci pour m'avoir fait découvrir des plats ou alcools plus ou moins appréciables. Aux années qui arrivent.*

*A ma **Binôme, Tristan, Simon** et l'ensemble des internes avec qui j'ai vécu à l'internat...(Vous êtes beaucoup trop nombreux pour tous vous citer) Merci pour ces moments passés et à venir.*

A mes chefs,

*A **Gilles et Manu**, promis un jour je régulerai comme vous. Quand vous voulez pour une petite flèche etc etc etc...*

*A **Flo**, merci pour cette aide précieuse concernant les statistiques, mais aussi cette ultime relecture. Merci pour tout le reste. Merci à Romain pour les petits plats mijotés. Vive Disney.*

*A **Clémentine, Pauline, Nico, Marie, Aurélia, Pierre, Mathieu, Paulo, Emilien, Wassim, Charles, Antoine, Fanny, Mathilde, Laure, Mélanie, Béné**... Merci pour tous les moments*

passés...Et ceux à venir !!! J'ai toujours eu envie de faire ce métier...encore plus après ces années.

*A l'équipe médicale et paramédicale (**Clément, Alexis, Adeline, Julie...**), ARM (**Etienne...**) et Ambulanciers des Urgences/SMUR/SAMU du CHU, merci de m'avoir accueilli dans ce lieu où j'ai passé un nombre d'heures incalculables.*

Merci de m'avoir fait confiance encore jeune externe et appris énormément tout au long de ces années. Vous êtes devenus des amis. L'on devrait passer encore beaucoup d'heures ensemble j'espère.

*Mention spéciale aux IADE et « ITB » qui m'ont pris sous leur aile à mon arrivée au SAMU (**Couscous, Julien, Antoine, Stéphanie...**) et CESU (**Laurence, Olivier, Emilie**). Vous m'avez, avec le **Pr Ammirati** et **Dr Amsallem**, donné envie de faire de la formation et simulation. Merci.*

A l'équipe paramédicale de la pédiatrie Creilloise... vous avez rendu ce premier semestre EASYYY. Merci

A toute l'équipe, médicale et paramédicale, de la gériatrie Saint-Quentinoise, c'était un plaisir de travailler avec votre bonne humeur. Vous m'avez fait aimer les « Vieux » ... je ne les verrai plus jamais pareil grâce à vous.

A la réanimation et aux Urgences compiégnoises, merci pour l'ensemble de ces moments vécus avec vous. Du plus triste au plus joyeux. Nous serons amenés à nous recroiser un jour ou l'autre.

Aux praticiens qui m'ont accueilli dans leurs cabinets, merci de ce que vous m'avez apporté.

A Pierre G, merci pour ton aide dans la compréhension des outils statistiques.

***A la gendarmerie nationale**, merci pour ces moments tantôt durs tantôt comiques... beaucoup resteront gravés dans ma mémoire. Certaines qualités nécessaires à ce métier tels la patience, la pédagogie, l'empathie, la polyvalence mais aussi la résistance physique comme psychologique le sont aussi en médecine. Vous m'avez permis de les développer et je continue à les utiliser au quotidien. A n'en pas douter ces métiers ont des similitudes certaines.*

A tous ceux que je ne peux citer et oublier...(Désolé)

*Enfin et ce n'est pas des moindres, encore merci aux **18 pharmacies** sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Je vous ai harcelé, ce fut compliqué par moments mais il est certain que je ne serais pas là aujourd'hui sans votre participation.*

TABLES DES MATIERES :

1	INTRODUCTION	20
1.1	CONSTAT A L'ECHELLE NATIONALE :	20
1.2	CONSTAT EN PICARDIE :	21
1.3	LES MISSIONS DU MEDECIN GENERALISTE :	21
2	MATÉRIEL ET MÉTHODE	23
2.1	CRITERES D'ELIGIBILITE	24
2.1.1	<i>Critères d'inclusion</i>	24
2.1.2	<i>Critères d'exclusion</i>	24
2.2	RECUEIL DES DONNEES	24
2.3	OBJECTIFS DE L'ETUDE	25
2.3.1	<i>Objectif principal</i>	25
2.3.2	<i>Objectif secondaire</i>	25
2.4	ANALYSE STATISTIQUE	25
3	RÉSULTATS.....	26
3.1	CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES	26
3.1.1	<i>Facteurs géographiques</i>	26
3.1.2	<i>Facteurs sociodémographiques</i>	28
3.2	RECOURS AU MEDECIN GENERALISTE.....	30
3.2.1	<i>Recours aux différents praticiens</i>	30
3.2.2	<i>Pathologies et actes courants</i>	31
3.2.3	<i>Influence des facteurs socio-économiques et démographiques</i>	32
3.3	CONDUITE A TENIR FACE UNE HYPERTHERMIE	36

4	DISCUSSION	38
4.1	RESULTAT PRINCIPAL ET LIMITES DE L'ETUDE	38
4.1.1	<i>Résultat principal et son implication majeure</i>	38
4.1.2	<i>Forces de l'étude</i>	38
4.1.3	<i>Limites de l'étude</i>	39
4.1.3.1	Biais de sélection et manque de puissance	39
4.1.3.2	Autres limites.....	40
4.2	LE MEDECIN GENERALISTE : PREMIER RECOURS POUR LES PATHOLOGIES COURANTES DE L'ENFANT DE MOINS DE DEUX ANS	42
4.2.1	<i>Premier recours pour les symptômes courants</i>	42
4.2.2	<i>Place au regard des motifs urgents, atypiques et de santé publique (avec pédiatre et urgences pédiatriques)</i>	42
4.2.3	<i>Implication</i>	43
4.3	LE NOURRISSON, UNE PRISE EN CHARGE MULTIMODALE ET SOUS L'INFLUENCE DE FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX ?	43
4.3.1	<i>Pédiatre, recours spécifique ?</i>	43
4.3.2	<i>Place des urgences pédiatriques</i>	44
4.3.3	<i>Autres facteurs influant le recours des parents à un professionnel de santé pour leur enfant de moins de deux ans</i>	45
4.3.3.1	Autres professionnels.....	45
4.3.3.2	Conditions socio-économiques.....	45
4.3.3.3	Autres facteurs environnementaux	46
4.4	SYNTHÈSE : EXEMPLE DE L'HYPERTHERMIE	48
5	CONCLUSION	49
6	ANNEXES :	50
7	BIBLIOGRAPHIE	54

LISTE DES ABREVIATIONS

AME	Aide médicale d'état
CMU	Couverture médicale universelle
CNAMTS	Caisse national d'assurance maladie des travailleurs salariés
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
Km	Kilomètres
MED	Médicaux
MG	Médecin généraliste
ORL	Oto-rhino-laryngologie
OMS	Organisation mondial de la santé
OR2S	Observatoire régional de la Santé et du Sociale
PACS	Pacte civile de solidarité
PARAMED	Paramédicaux
PED	Pédiatre
PMI	Protection maternelle infantile
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SECU	Sécurité sociale
TC	Traumatisme crânien
Urg Ped	Urgence Pédiatrique
USA	United States of America

1 INTRODUCTION

Il n'existe pas de textes légaux définissant la limite d'âge supérieure de la pédiatrie. Elle est variable suivant les pays : 21 ans aux USA, 18 ans en Suède...[1].

En France, la prise en charge pédiatrique devant être globale, physique et psychologique, la limite d'âge est institutionnellement fixée à 16-18 ans car étant la plus conforme à la réalité physiologique de l'individu [2].

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la période de la naissance au 28^{ème} jour de vie sous le terme de Nouveau-Né, puis jusqu'à 2 ans voir 30 mois sous le terme de nourrisson [3].

1.1 Constat à l'échelle nationale :

La pédiatrie représente en France 14 millions d'enfants (soit 20,8% de la population française). Chaque année environ 800 000 naissances ont lieu. En légère diminution depuis 2015 avec en 2017, 2018 respectivement 769 553 et 758 000 naissances suivant l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) [4].

Les besoins en santé sont donc majeurs mais le nombre de pédiatres libéraux est en constante diminution. Or, depuis la nouvelle loi de santé promulguée le 26 Janvier 2016 [5], les parents peuvent choisir un médecin-traitant, pédiatre, généraliste ou tout autre, pour leurs enfants [6]. Cette mesure vise à affirmer le rôle pivot du médecin traitant, dans le suivi du parcours de soins des 0-16 ans. C'est pourquoi, les médecins généralistes ont consolidé leur place prépondérante dans la prise en charge pédiatrique, contribuant ainsi, en France, à la prise en charge primaire de 80% des enfants de moins de 16 ans dont 50% des 0 à 2 ans, la patientèle d'un médecin généraliste comportant en moyenne 10 à 30% d'enfants âgés de moins de 16 ans [7].

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a, en 2002, mené une étude parmi les enfants de moins de 3 ans, dans laquelle 5 % ont vu seulement un pédiatre, 40 % ont vu seulement un généraliste et 55% ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre [8]. De plus, le nombre de consultations et de visites en secteur libéral par période de six mois après la naissance varie de 3 à 5.

1.2 Constat en Picardie :

Dans les trois départements de l'ex-région Picardie que sont l'Aisne, la Somme et l'Oise, il y a eu, suivant les chiffres de l'INSEE, en moyenne 44 000 naissances sur les 2 dernières années: (21 813 naissances ont eu lieu en 2017, les chiffres supposés mais non encore officiels pour 2018 sont environ équivalents) [9].

En parallèle de cela, on observe que la Picardie a la plus faible densité médicale de France, ainsi qu'une offre hospitalière plus faible (8 services d'urgences pédiatriques) que la moyenne nationale. Ainsi en 2018, il a été dénombré en Picardie, 2 014 médecins généralistes et 73 pédiatres ayant une activité libérale ou mixte [10]. Malgré ces constatations, l'accès aux soins semble être globalement satisfaisant suivant l'INSEE.

En effet, les Picards consultent le médecin aussi fréquemment qu'à l'échelle nationale mais essentiellement des généralistes [11]. La distance joue probablement un rôle important. Cependant une étude menée en 2014 a montré que 99% des Picards étaient en théorie à moins de 10 minutes d'un médecin généraliste. Pour autant, seuls 58% des Picards consultaient le médecin généraliste le plus proche de chez eux [12].

1.3 Les missions du Médecin Généraliste :

Selon l'article L.4130.1 de la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST), les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes [13] :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Mais aussi plus spécifiquement pour les enfants de moins de 16ans [14] :

- Veiller au bon développement de l'enfant ;
- Assurer le dépistage des troubles du développement, au cours notamment des examens pris en charge à 100% entre 0 et 6 ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité, etc ;
- Veiller à la bonne réalisation du calendrier vaccinal ;
- Soigner les pathologies infantiles aiguës ou chroniques ;
- Conseiller les parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, de prévention des risques de la vie courante... ;
- Assurer un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges : addictions ; surpoids ; infections sexuellement transmissibles ; contraception ; risque suicidaire ; etc.

Le médecin généraliste a donc un rôle important voir majeur dans la prise en charge des enfants, que ce soit pour le suivi, les vaccinations, la prise en charge des pathologies aiguës ou chroniques et ce, malgré une formation initiale différente de celle des pédiatres.

Une étude ayant concerné 404 enfants dans 21 cabinets de médecine générale (urbain et rural) a ainsi permis d'établir trois classes d'âge : Les 0-2 ans représentaient 21% des enfants, les 2-6 ans 31% et les 6-15 ans 48% [15]. De cette étude est ressorti que les pathologies de la sphère oto-rhino-laryngée (ORL) sont prépondérantes (42% toutes variables confondues : période de l'année, lieu, âge). Les actes de préventions arrivent en second (19%). Les certificats médicaux représentent une part importante de l'activité chez les plus de 15ans. Concernant la tranche d'âge nourrisson (0-2 ans), ce sont les visites de routine qui prédominent.

Cependant peu d'études ont recherché :

- 1) La place réelle du médecin généraliste en tant que premier recours pour les enfants de 0 à 2 ans.
- 2) Les facteurs qui influencent les parents à choisir un médecin généraliste ou un autre spécialiste.

Le but de notre étude a donc été de déterminer la place du médecin généraliste Picard dans la prise en charge des pathologies aiguës et actes courants du nourrisson de 0 à 2 ans. Pour ce faire, nous avons étudié l'orientation première des parents de nourrissons, face à une série de symptômes et d'actes couramment pratiqués en médecine générale.

L'objectif secondaire fût de rechercher si des conditions socio-économiques ou géographiques particulières, conditionnaient le choix des parents pour le praticien de premier recours, dans le cadre de symptomatologies courantes du nourrisson.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, analytique, multicentrique. Le recueil de données s'est effectué du 2 mai 2018 au 28 février 2019, par remise de questionnaires aux parents d'enfants de 0 à 2 ans se présentant aux comptoirs de 18 pharmacies Picardes tirées au sort. Les parents étaient informés de l'étude menée, de son caractère facultatif, strictement anonyme et confidentiel. Ils étaient libres de participer, leur accord était sous tendu à la remise du questionnaire dans les officines.

Au préalable, le questionnaire a été testé lors des inscriptions dans une école maternelle via la directrice, ainsi que dans une crèche.

Au total, 600 officines pharmaceutiques Picardes ont été référencées, en les subdivisant par département (194 dans la Somme, 228 dans l'Oise et 178 dans l'Aisne).

Pour chaque département, trois sous-groupes ont été créés :

- Pharmacie dans une ville disposant d'un service d'urgences pédiatriques.
- Pharmacie en milieu semi-urbain ou urbain sans service d'urgences pédiatriques.
- Pharmacie en milieu rural.

Les officines ont été tirées au sort, une demande de participation à l'étude était proposée aux deux premières de chaque sous-groupe. En cas de refus, un nouveau tirage au sort était réalisé. Les questionnaires ont été remis aux deux officines de chaque sous-groupe ayant accepté et les objectifs de notre étude ont été expliqués au décours.

Les 18 pharmacies étaient en nombre égal par département et par sous-groupe (Urbain, Semi-urbain, Rural) dans les communes de Bray sur Somme, Le Crotoy, Abbeville, Amiens, Flixecourt, Friville-Escarbotin, Saint-Quentin, Soissons, La Capelle, Fresnoy le grand, Etreillers, Crezancy, Remy, Estrées Saint Denis, Creil, Chantilly, Compiègne, Venette.

Une relance téléphonique ou physique était réalisée tous les 15 jours. Le questionnaire est resté identique durant toute la période de l'étude.

2.1 Critères d'éligibilité

2.1.1 Critères d'inclusion

- Parent(s) ayant un ou des enfants de 0 à 2 ans.
- Se présentant spontanément à la pharmacie.
- Volontaire(s) pour participer à l'étude.

2.1.2 Critères d'exclusion

Fratrie ne comportant aucun enfant dans la tranche d'âge 0-2 ans.

2.2 Recueil des données

Les données ont été collectées à l'aide du logiciel Excel® et comportaient les principaux items suivants :

- La tranche d'âge des parents.
- La catégorie socio-professionnelle des parents (père et/ou mère) subdivisée en trois catégories :
 - o Médicale/Paramédicale.
 - o Autres professions.
 - o Aucune profession à l'heure actuelle.
- La situation familiale.
- La couverture sociale.
- Le lieu d'habitation, ce qui nous a permis de connaître la distance du service d'urgences pédiatriques le plus proche.
- Le nombre d'enfants dans le foyer ainsi que leurs âges.
- La ou les spécialités médicales habituellement consultées pour le ou les enfants.
- Le nombre de consultations médicales annuelles pour leur(s) enfant(s).
- L'orientation de première intention des parents pour une liste donnée de symptomatologies et actes courants de médecine générale. (Question 10 Annexe 1), regroupés en quatre catégories : actes dits de santé publique ; pathologies dites courantes ; pathologies dites atypiques ; pathologies dites urgentes.
- Questions d'ouverture :
 - o Le comportement face à une hyperthermie.
 - o Les coût et délai pour obtenir un rendez-vous comme facteur limitant.

2.3 Objectifs de l'étude

2.3.1 Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la place du médecin généraliste Picard dans la prise en charge des pathologies et actes courants du nourrisson de 0 à 2 ans.

2.3.2 Objectif secondaire

L'objectif secondaire était de rechercher des conditions socio-économiques ou géographiques particulières conditionnant le choix des parents pour le praticien de premier recours, dans le cadre de symptomatologies courantes du nourrisson.

2.4 Analyse statistique

L'analyse descriptive des données recueillies a été réalisée dans un premier temps. Chaque item du questionnaire a été analysé.

Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et les variables quantitatives en moyenne + ou – dérivation standard. Les résultats ont été soumis à des tests de cohérence pour corriger les données aberrantes. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide des logiciel R.

La significativité statistique a été retenue pour des valeurs de $p < \text{ou} = 0,05$.

3 RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques épidémiologiques

Parmi les 417 questionnaires récoltés, 65 ont été exclus de l'analyse :

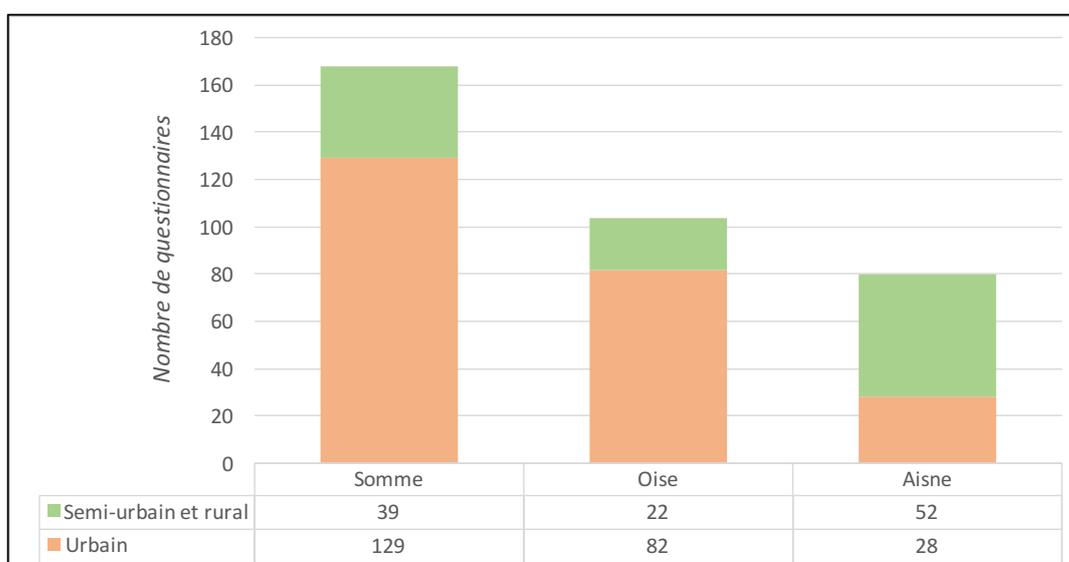
- Neuf ne correspondant pas aux critères d'inclusion (à savoir, avoir un enfant de moins de 2 ans).
- Cinquante-six avec une cotation impossible.

L'analyse a donc porté sur **352 questionnaires** (n = 352/417 soit 84%).

3.1.1 Facteurs géographiques

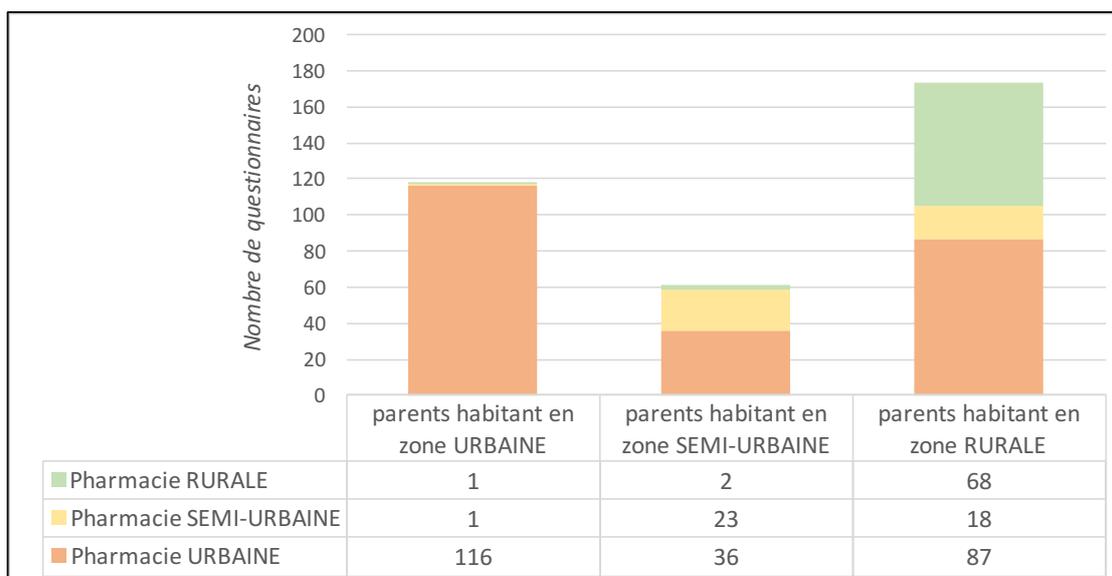
Environ la moitié des questionnaires provenaient d'une pharmacie de la *Somme* (n = 168 / 352 soit 48%). Parmi eux, la **majorité était issue d'une zone urbaine** (n = 129 / 168 soit 77%). La même tendance était retrouvée dans l'Oise : n = 82/104 soit 79% (*Graphique 1*).

A l'inverse, la majorité des questionnaires (n = 52 / 80 soit 65%) issus de pharmacies situées en **zone rurale ou semi-urbaine était significativement plus représentée dans l'Aisne** par rapport aux autres départements : $p < 0,001$ (*Graphique 1*).



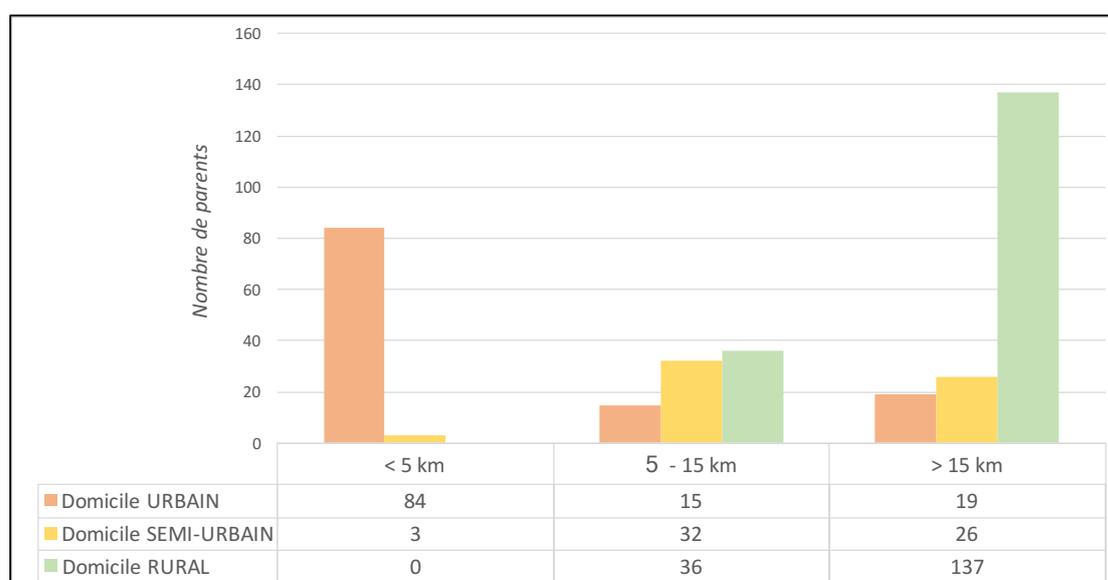
Graphique 1 : Provenance des questionnaires (selon le département d'origine et la zone géographique)

La quasi-totalité des parents habitant en zone urbaine se dirigeait vers une pharmacie urbaine (n = 116/118 soit 98%). A l'inverse **la moitié des habitants de zone rurale s'orientait vers une pharmacie urbaine** (n = 87 / 173 soit 50%). Cette différence était significative : $p < 0,001$ (Graphique 2).



Graphique 2 : Domiciliation des parents en fonction de la localisation de la pharmacie sollicitée

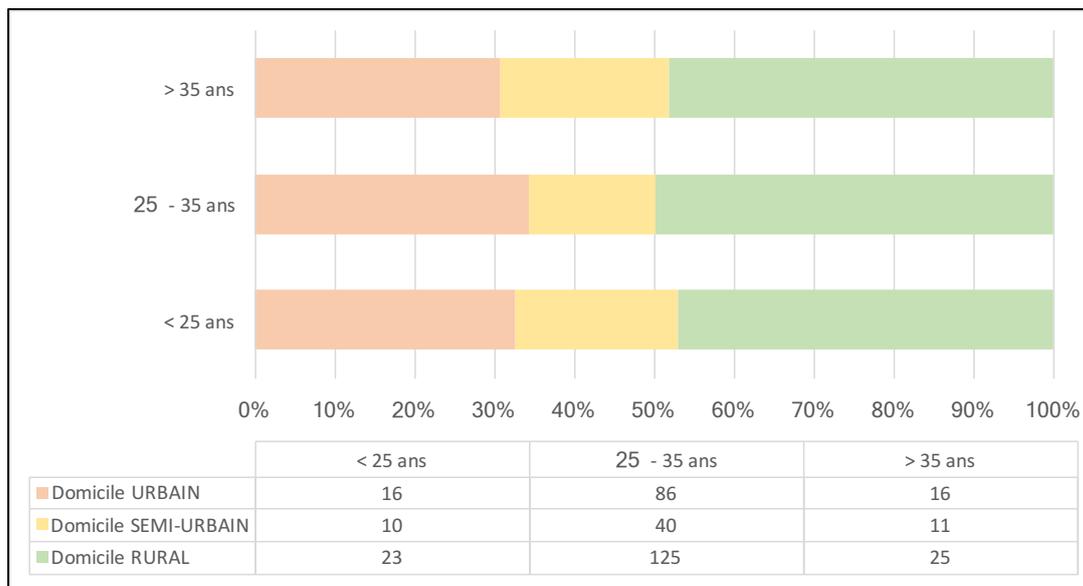
En moyenne, **le service d'urgences pédiatriques le plus proche se situait à 18 ± 15 km** du domicile des parents interrogés. Une distance plus longue était associée aux répondants habitants en zone rurale : n = 137 / 182 soit 75% avec $p < 0,001$ (Graphique 3).



Graphique 3 : Distance séparant le domicile des parents du service d'urgences pédiatriques le plus proche

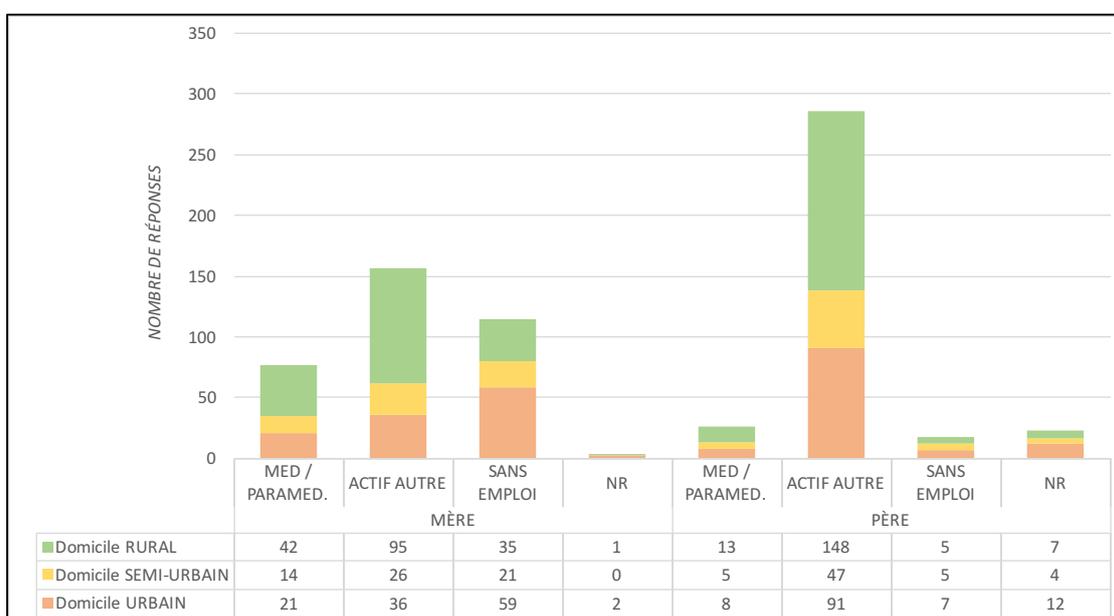
3.1.2 Facteurs sociodémographiques

Nous ne constatons **pas de différence significative concernant l'âge des parents** ayant répondu à l'étude selon leur lieu d'habitation : $p = 0,87$ (Graphique 4).



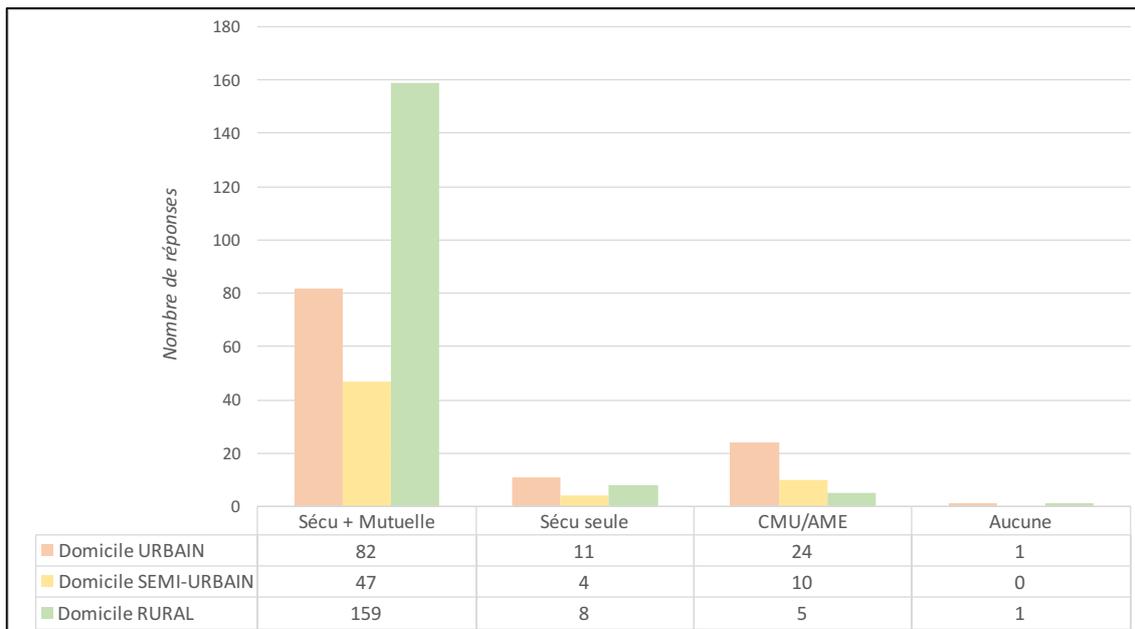
Graphique 4 : Âge des parents en fonction de leur domiciliation

La majorité des parents ayant répondu à l'étude étaient en couples ($n = 326 / 352$ soit 93%). Les **professions médicales ou paramédicales** représentaient 15% de notre population ($n = 103 / 704$) et étaient significativement plus fréquentes dans la population féminine ($n = 77 / 352$ et $n = 36 / 352$) : $p < 0,001$. La population inactive était, également, significativement plus représentée du côté maternel ($n = 115 / 352$ et $n = 17 / 352$) : $p < 0,001$ (Graphique 5).



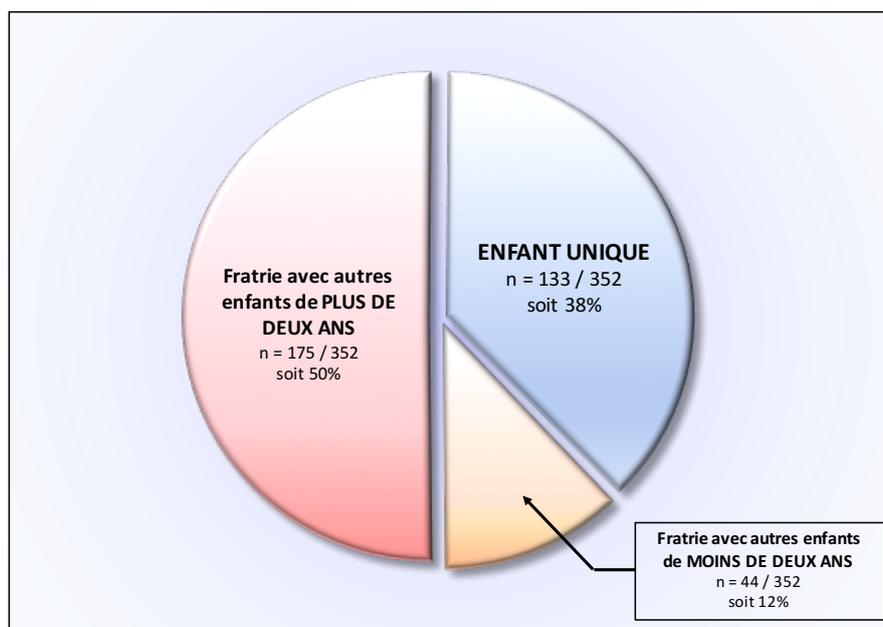
Graphique 5 : Profession des parents ayant répondu au questionnaire selon leur domiciliation

La majorité bénéficiait d'une couverture sociale avec mutuelle (n = 288 / 352 soit 82%). Ceux bénéficiant de la CMU/AME étaient pour la plupart représentés en zone urbaine (n = 39 /352 soit 11%) : $p = 0,03$ (Graphique 6).



Graphique 6 : Couverture sociale des parents ayant répondu à l'étude en fonction de leur domiciliation

La majorité des foyers était des fratries (n = 219 / 352 soit 62%) dont près des trois quarts avaient un aîné plus âgé que l'âge d'inclusion (n = 150 / 219 soit 73%) (Graphique 7).



Graphique 7 : Composition et nombre d'enfants par foyer

Sur un total de 693 enfants tous foyers confondus, 62% (n = 432 / 693) avaient moins de 2 ans, dont 12% (n = 83 / 693) étaient des nouveau-nés et nourrissons de moins de 3 mois.

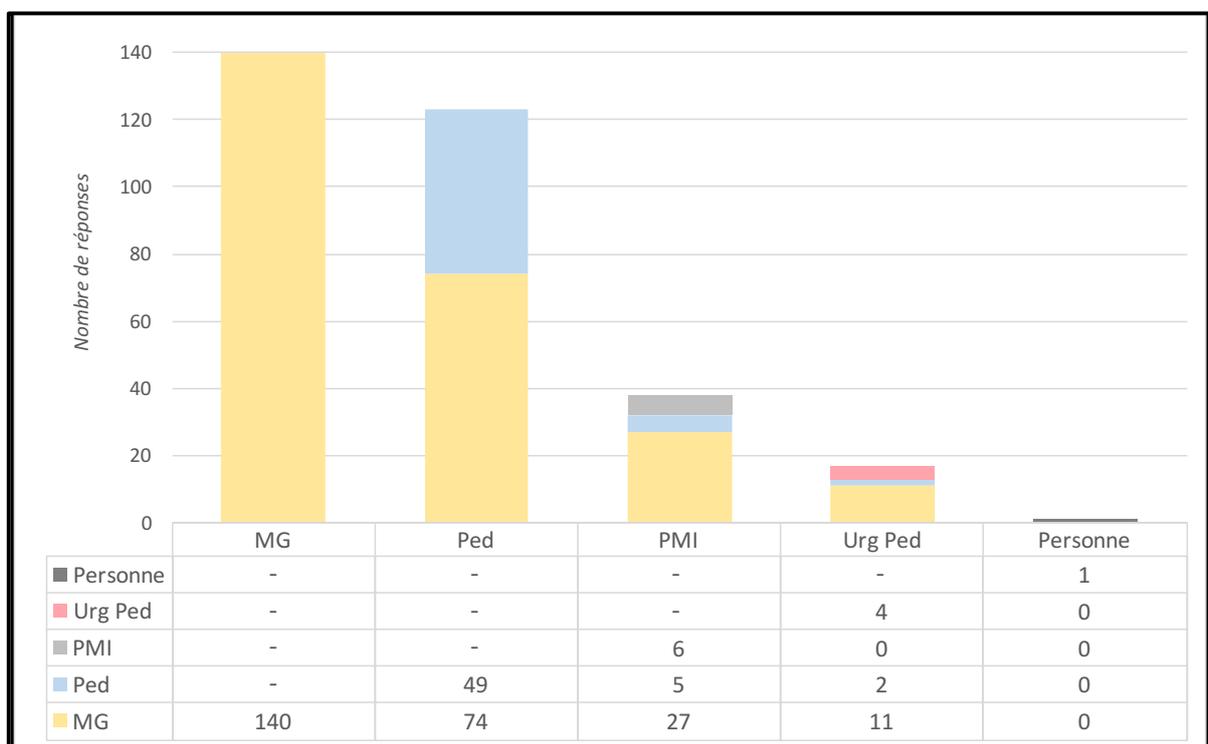
3.2 Recours au médecin généraliste

3.2.1 Recours aux différents praticiens

Trois quarts des parents déclaraient le médecin généraliste en premier recours (n = 252 / 352 soit 72%). Parmi eux, plus de la moitié n'avait recours qu'au médecin généraliste en première intention : n = 140 / 252 soit 56% (*Graphique 8*).

Environ un tiers des personnes interrogées citaient le pédiatre en praticien de première intention (n = 130 / 352 soit 37%). C'était l'unique premier recours pour un tiers d'entre eux : n = 49 / 130 soit 37% (*Graphique 8*).

Le **recours au généraliste uniquement** était significativement **plus fréquent** que le recours au pédiatre seul : $p < 0,001$ (*Graphique 8*).



Graphique 8 : Spécialiste de recours habituel des parents ayant répondu au questionnaire

3.2.2 Pathologies et actes courants

Concernant la rédaction des certificats médicaux obligatoires, les **principaux recours des parents étaient le médecin généraliste** (n = 119 / 352 soit 34% pour le certificat du 8^{ème} jour, n = 138 / 352 soit 39% pour le 9^{ème} mois, n = 139 / 352 soit 39% pour le 24^{ème} mois) **et le pédiatre** (respectivement : n = 170 / 352 soit 48%, n = 143 / 352 soit 40% et n = 120 / 352 soit 34%). Il n'existait pas de différence significative entre la prévalence du recours au médecin généraliste et celle au pédiatre dans ce contexte : respectivement, p = 0,007 ; p = 0,63 et p = 0,26 (Graphique 9).

Environ un tiers des parents ne consultait aucun professionnel face à un fébricule (défini par une température corporelle à 38°C) : n = 106 / 352 soit 30% (Graphique 9).

À l'inverse, pour l'hyperthermie, 89% des parents (n = 313 / 352) recouraient à un praticien. Dans ce contexte, le recours aux urgences pédiatriques était significativement plus important que pour les autres pathologies courantes : p = 0,027 (Graphique 9).

Nous constatons que 8% des répondants (n = 29 / 352) n'ont pas répondu à l'item relatif à une gêne à la marche et 15% concernant le refus alimentaire : n = 53 / 352 (Graphique 9).

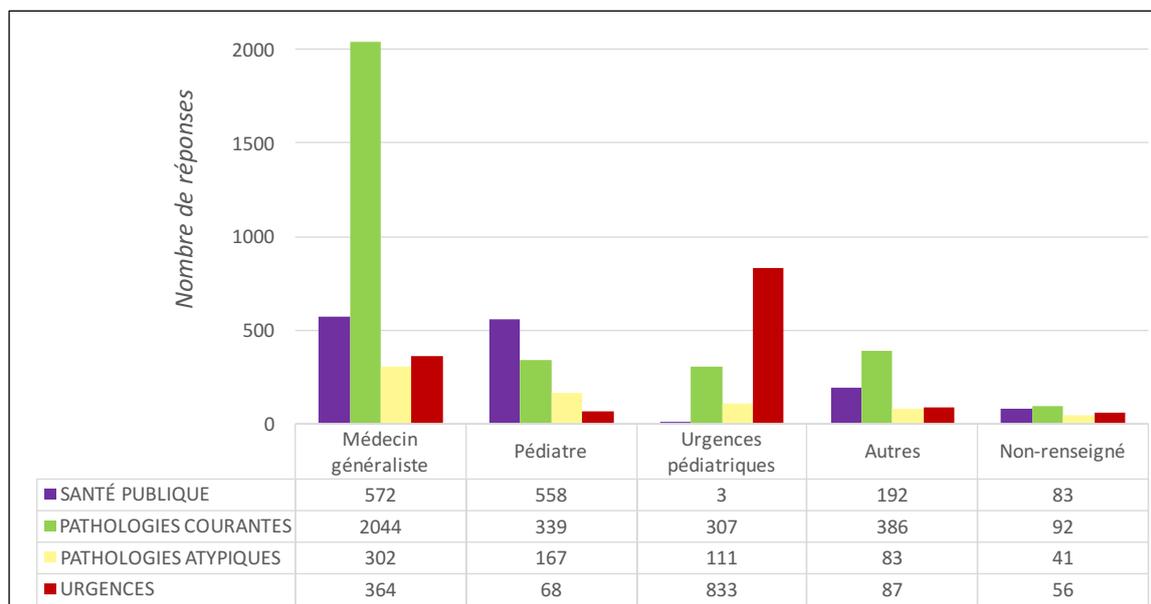


Graphique 9 : Praticien de premier recours des parents pour les pathologies et actes courants de médecine générale

Le recours au **médecin généraliste** était significativement plus fréquent devant des symptômes catégorisés courants : $p < 0,001$ (Graphique 10).

Pour les **motifs dits atypiques**, le **pédiatre** était significativement le spécialiste consulté en premier recours : $p < 0,001$ (Graphique 10).

Il en était de même pour le recours aux **urgences pédiatriques** face à des **motifs qualifiés d'urgents** : $p < 0,001$ (Graphique 10).



Graphique 10 : Recours aux praticiens en fonction du type de pathologies et actes

La Protection Maternelle Infantile, SOS médecins et Aucun praticien ont été regroupés dans la catégorie « Autres ».

3.2.3 Influence des facteurs socio-économiques et démographiques

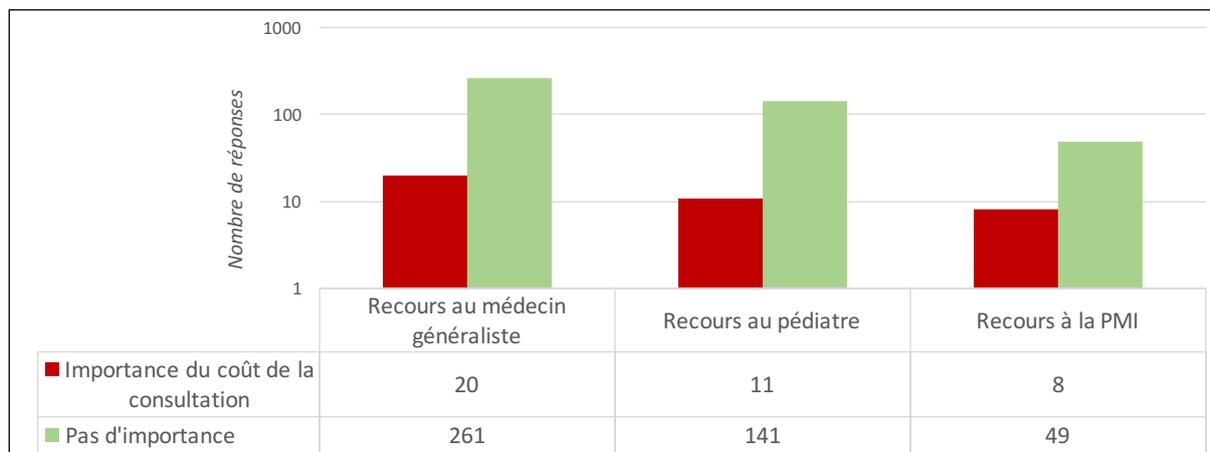
A) La distance du domicile au service d'urgences pédiatriques le plus proche :

Concernant l'ensemble de la question 10, il n'existait pas de différence significative ($p = 0,053$) mais bien une tendance des parents à se diriger majoritairement vers le service d'urgences pédiatriques le plus proche lorsqu'ils étaient domiciliés à moins de 15 km et vers le médecin généraliste lorsqu'ils habitaient à plus de 15km.

L'analyse statistique des pathologies atypiques et urgentes n'était pas réalisable par manque de puissance. Concernant les pathologies courantes, le recours prépondérant à un spécialiste par rapport à un autre en fonction de la distance du service d'urgences pédiatriques le plus proche n'était pas significatif.

B) Le coût de la consultation :

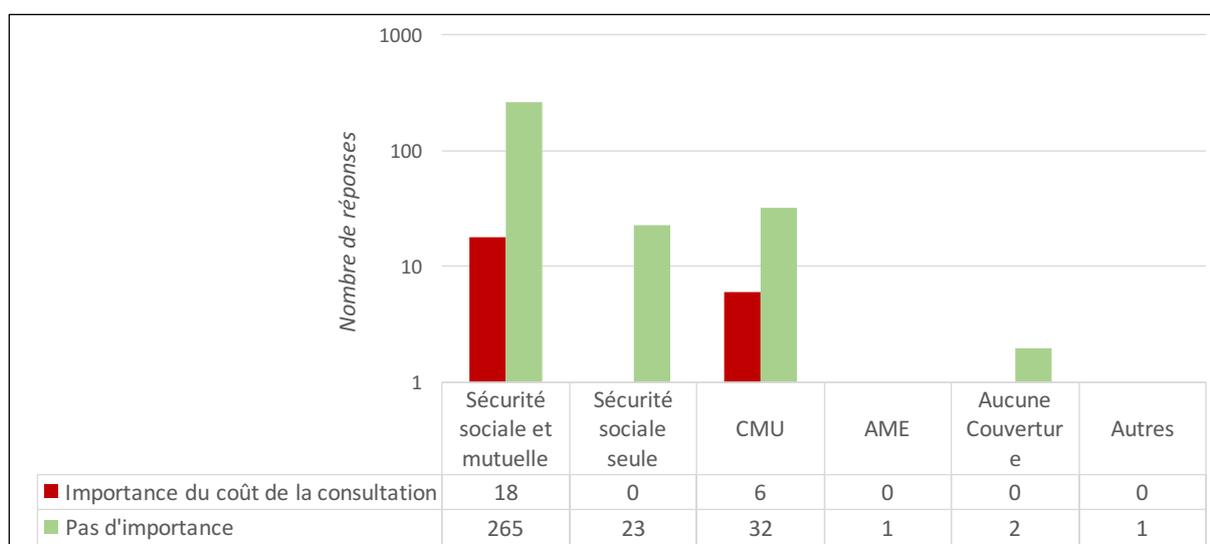
Le coût n'était pas un facteur limitant pour 91% des parents (n = 320 / 352). Le **coût de la consultation** n'était pas significativement associé au **choix d'un spécialiste** : $p = 0,2$ (Graphique 11).



Graphique 11 : Importance du coût de la consultation en fonction du praticien consulté

De même, le **coût de la consultation** n'était pas significativement associé au **niveau de protection sociale** des parents : $p = 0,1$ (Graphique 12).

Les trois quarts des foyers estimant que le coût d'une consultation était un facteur important bénéficiaient d'une sécurité sociale et d'une mutuelle : n = 18 / 24 soit 75% (Graphique 12).

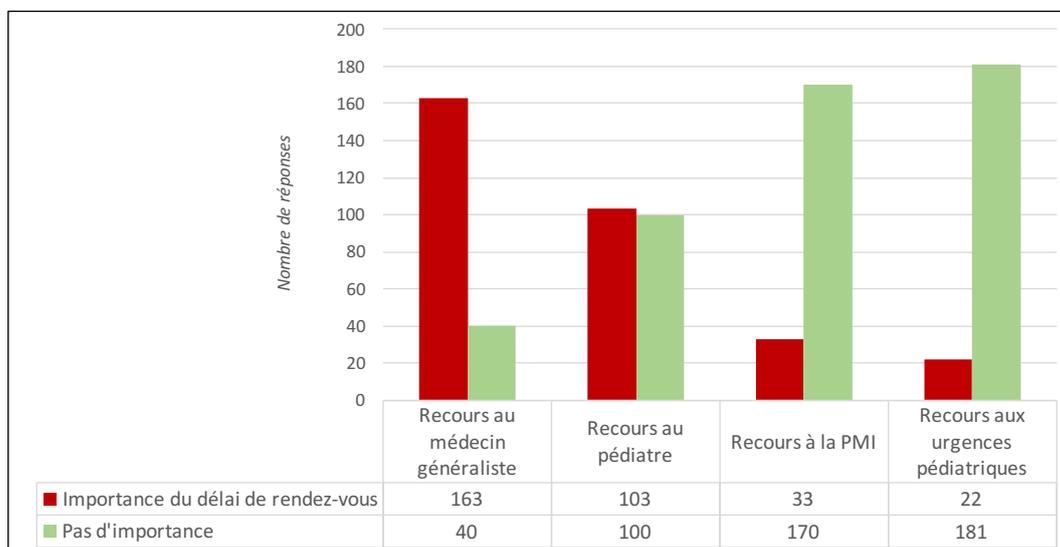


Graphique 12 : Protection sociale des parents et importance du coût de la consultation

C) Le délai de rendez-vous :

Pour plus de la moitié (n = 204 / 352 soit 58%), le délai d'obtention d'un rendez-vous était un facteur limitant dans le choix du praticien de premier recours.

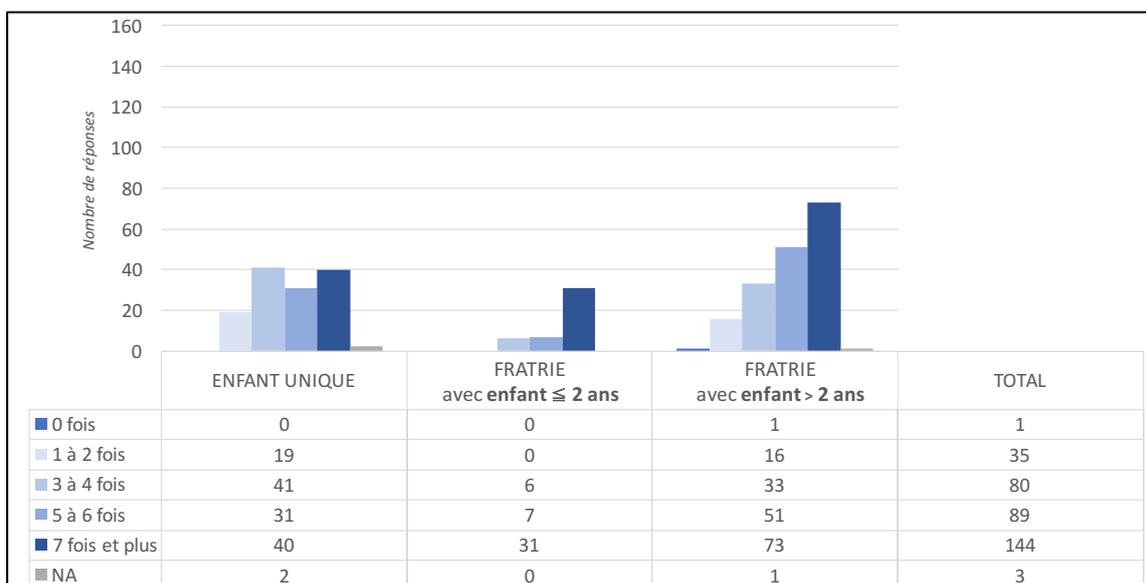
Les parents pour lesquels le *délai de rendez-vous* était un facteur important **recouraient significativement plus au médecin généraliste** : $p < 0,001$ (Graphique 13).



Graphique 13 : Importance du délai de rendez-vous en fonction du praticien consulté

D) Fratrie en fonction du nombre de consultations :

Plus d'un tiers des parents consultait sept fois (ou plus) par an un praticien : (n = 144 / 352 soit 41%). Le fait d'avoir une fratrie comportant au moins un enfant de plus de 2 ans ne modifiait pas significativement le nombre de consultations annuelle : $p = 0,88$ (Graphique 14).

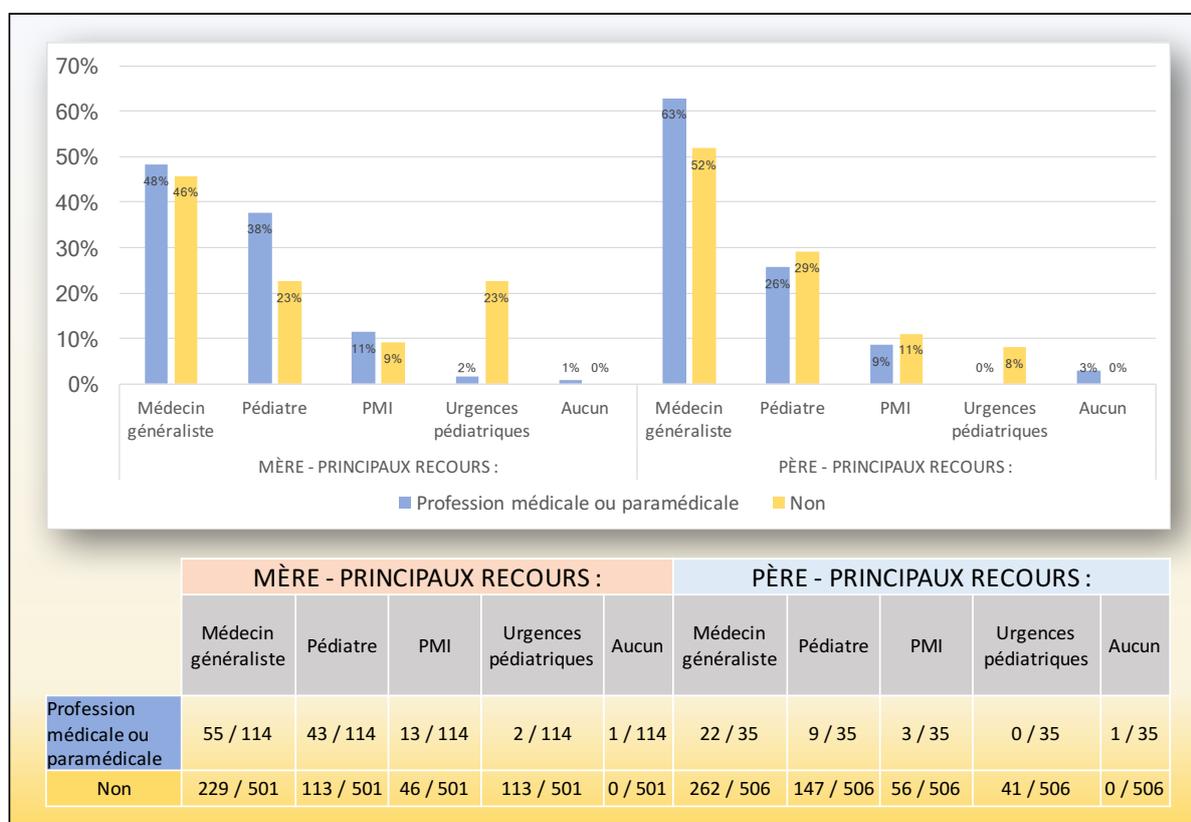


Graphique 14 : Nombre de consultations en fonction de la fratrie

E) Recours aux praticiens en fonction de la profession des parents :

Concernant les parents exerçant une profession de santé (Graphique 15):

- Les *mères* avaient un **recours au pédiatre** (n = 43/114) significativement plus fréquent en comparaison aux autres professionnels : $p = 0,001$.
- Les *pères* se dirigeaient préférentiellement **vers le médecin généraliste** (n = 22/35). Il n'existait pas de différence significative dans ce contexte : $p = 0,27$.



Graphique 15 : La profession des parents et le recours aux praticiens

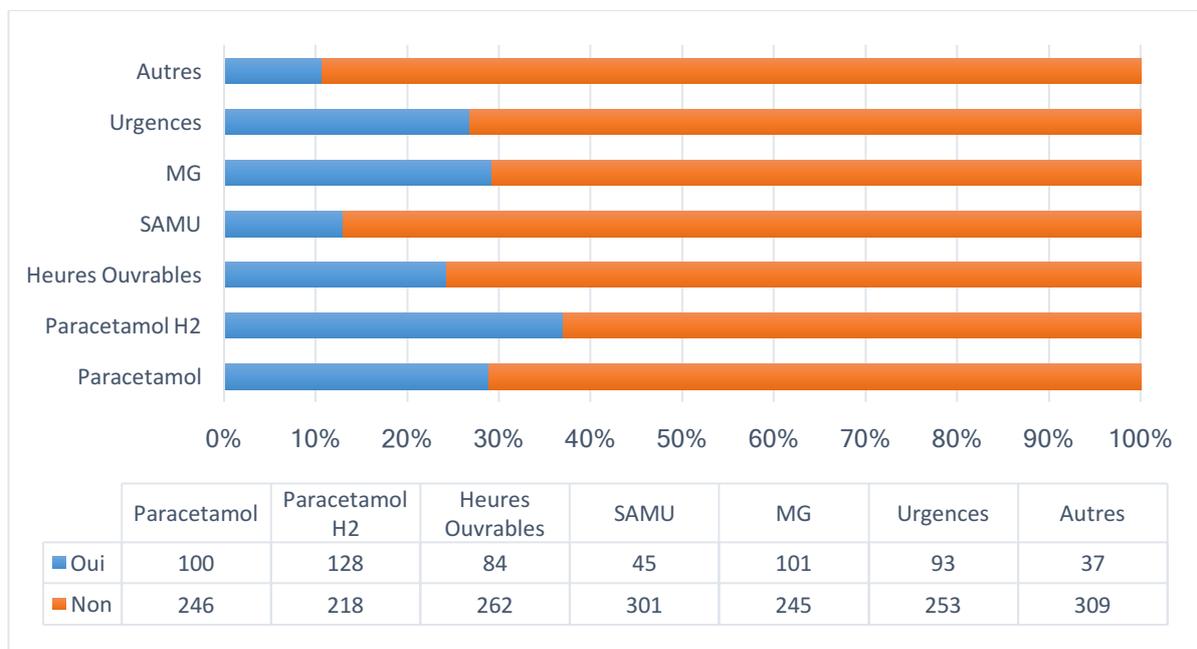
3.3 Conduite à tenir face une hyperthermie

Face à une hyperthermie, les parents attendaient 2 heures pour redonner à nouveau du paracétamol dans 37% des cas (n = 128 / 346), donnaient à nouveau du paracétamol dans 29% des cas (n = 100 / 346).

Le SAMU était appelé pour un avis dans 13% (n = 45 / 346) des cas, alors que le médecin généraliste l'était dans 29% (n = 101 / 346) des cas. Dans un quart des cas les parents attendaient les heures ouvrables pour se rendre chez un praticien (n = 84 / 346 soit 24%) et 26% (n=93 / 346) se rendaient aux urgences pédiatriques les plus proches (*Graphique 16*). L'appel aux urgences pédiatriques ou à la famille pour un avis étaient cités une fois chacun.

Du paracétamol était donné au bout d'une heure dans un cas, ainsi qu'au bout de 6 heures supplémentaires dans trois autres. La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) type Advil® était citée à dix reprises. Cinq parents hydrataient leur enfant et trois lui faisaient prendre un bain. Découvrir l'enfant apparaissait à onze reprises, deux attendaient 24h avant de consulter et un temporisait tant que l'enfant restait actif.

La réponse « Autres », était citée dans 11% (n = 37 / 346) des questionnaires dont cinq parents qui consultaient le pédiatre. Six parents n'avaient pas répondu à l'ensemble de la question.



Graphique 16 : Conduite des parents face à une hyperthermie

Les couples dont au moins un des **parents est de profession médicale ou paramédicale s'orientaient significativement moins vers les urgences** que les autres face à une hyperthermie : $p = 0,03$. De même, ils représentaient une part significativement plus importante des répondants qui patientaient deux heures pour redonner du paracétamol : $p = 0,0013$. Il n'était pas retrouvé de différence significative les concernant, pour les autres items de la question (*Graphique 17*).



Graphique 17 : Conduite des parents face à une hyperthermie en fonction de leur profession

4 DISCUSSION

4.1 Résultat principal et limites de l'étude

4.1.1 *Résultat principal et son implication majeure*

Nos résultats sont en faveur d'un **rôle prépondérant du médecin généraliste** Picard dans le suivi habituel et la prise en charge des pathologies et actes courants de l'enfant de 0 à 2 ans.

Cette place était **particulièrement marquée pour les symptomatologies dites courantes** et moindre pour les actes de santé publique, les symptomatologies dites « atypiques » et urgentes.

Il semble exister, également, une influence de plusieurs facteurs socio-économiques et environnementaux. Par exemple, le coût de la consultation qui pourrait influencer le choix des parents.

Ainsi, le médecin généraliste en tant que premier recours paraît s'inscrire dans une globalité, au-delà des pathologies courantes impliquant une connaissance approfondie des pathologies spécifiques de l'enfant de 0 à 2 ans.

4.1.2 *Forces de l'étude*

Les nourrissons ont été ciblés dans notre étude représentant 21% de la population pédiatrique d'un médecin généraliste [15].

Le **nombre conséquent de questionnaires** analysés (n = 352) associé à un **taux de réponse important** (n = 65 / 417 soit 16% de questionnaires exclus) constituent les principales forces de cette étude.

L'utilisation d'un **mode déclaratif** pour favoriser l'explicitation du raisonnement des parents quant au choix du praticien de premier recours contribue pour partie à l'originalité de ce travail qui s'est intéressé à une thématique peu étudiée jusqu'alors : identifier le professionnel de premier recours pour la prise en charge des enfants de 0 à 2 ans mais surtout comprendre les facteurs influant le raisonnement des parents dans ce choix.

4.1.3 Limites de l'étude

4.1.3.1 Biais de sélection et manque de puissance

La principale limite de l'étude est l'existence d'un **biais de sélection** :

- Lié à plusieurs facteurs :
 - *Officines* ayant participé à l'étude (2.1) :
 - Registre réalisé à priori en l'absence de listing « officiel »
 - Les officines ayant refusé de participer obligeant à réaliser de nouveaux tirages au sort.
 - *Distinguo urbain – semi-urbain et rural* (2 et 3.1.1) :
 - Sur le plan géographique, établir les limites du milieu semi-urbain par rapport aux autres fût complexe. En effet, au département de médecine générale sont couramment utilisées les notions de zone rurale, semi-urbaine et urbaine. Cette distinction entre chaque zone reste floue.
 - Pour sectoriser les officines, nous nous sommes donc référé aux catégories officielles définies par l'INSEE [16], en nous appuyant sur les critères de densité de population et d'attractivité des communes, de l'INSEE et de l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S).
 - C'est ainsi que nous avons pu attribuer les qualificatifs de :
 - *zone urbaine* pour le pôle urbain.
 - *zone semi-urbaine* pour la couronne péri-urbaine, les communes multi-polarisées et le pôle rural.
 - *zone rurale* pour la couronne d'un pôle rural et autre espace rural.
 - *Caractère déclaratif* et sur la base du volontariat ayant favorisé la sélection de *parents « intéressés » par le thème* de l'étude (2.1).
- Expliquant la **sur-sélection de certaines populations** retrouvées dans l'étude :
 - Surreprésentation des professionnels de santé (*Graphique 15*) ;
 - Effectif inhabituel de « mères sans emploi » et des couples (*Graphique 5*).

Malgré un échantillon de taille importante, il existe un **manque de puissance**. En effet, une trentaine d'inclusions font défaut à notre étude pour être significative au regard de la population Picarde des nourrissons (3.1). Les non-répondants pouvant avoir des expositions et/ou des événements qui diffèrent, favorisant ce biais. Il est limité par le taux de réponse aux questions supérieur à 80%.

4.1.3.2 Autres limites

Les officines paraissaient initialement la solution adéquate afin d'obtenir la population la plus homogène possible. A posteriori, ce choix présentait des avantages mais aussi des inconvénients :

- La difficulté d'implication des pharmaciens malgré des déplacements et relances multiples.
- L'**organisation complexe du recueil** devant la distance entre les officines.
- Un recueil **inhomogène** de questionnaires en termes de localisation géographique et niveau social. Cependant, l'échantillonnage des parents en fonction de leur domicile restait plutôt homogène. Les hypothèses probables à cette variable peuvent être, la proximité du lieu de travail des pharmacies, le fait d'être sur le trajet de celles-ci, ou encore le recours aux pharmacies de gardes.

Choisir les crèches comme lieu de recueil aurait pu être plus judicieux, probablement plus investies et représentatives de la population à l'étude. Cependant, les officines représentaient le point convergent des différents praticiens ou structures consultées et permettaient d'obtenir un échantillon diversifié, limitant le biais de sélection évoqué.

Certains questionnaires remplis par les pharmaciens, avec les parents, font émerger des **biais d'information et de classement**, en particulier, celui de prévarication : fait d'omettre volontairement des informations de la part des répondants.

La méthode de recueil d'informations via questionnaire était quant à elle sujette à un **biais de confusion**, l'illettrisme apparaissant comme une restriction. Pour rappel, 7% de la population française (tranche d'âge 18-65ans = 2 500 000 individus) était illettrée en 2012, la moitié vivant en zone rurale et plus de la moitié exerçant une activité professionnelle. Dans les hauts de France, cette donnée est estimée à 11% [17].

La subdivision en trois catégories socioprofessionnelles (2.2) a été réalisée au dépend de la nomenclature de l'INSEE [18], notre objectif ayant été de corrélérer le choix du praticien de premier recours, en fonction des critères suivants :

- Les parents du milieu médical ou paramédical ayant acquis des connaissances dans le domaine à un moment défini de leur vie.
- Les parents avec une activité professionnelle non médicale/paramédicale.
- Les parents n'ayant aucune profession au moment de l'étude et ce quelle qu'en soit la raison.

Les métiers de la catégorie dite « med/paramed » (médecins, infirmiers, autres soignants, kinésithérapeutes...) n'ont pas été différenciés. Cela aurait pu permettre une analyse plus fine des comportements.

La question n°9 (*Graphique 14*) est pourvoyeuse de **biais de mémorisation**, et par conséquent de classement. Elle fût posée afin d'obtenir le nombre moyen de consultations par enfant, cependant, aux consultations courantes s'ajoutent les 7 consultations obligatoires de la première année de vie, auxquelles l'on peut ajouter les deux consultations de la seconde année. (Vaccinations et certificats obligatoires compris). Il aurait donc été préférable de dissocier les résultats en fonction de l'âge pour ainsi pouvoir conclure ou non à une certaine observance des parents.

Le nombre croissant d'absence de réponse (de J 8 à M24) était probablement dû au bas âge des enfants et par conséquent, à la **non confrontation des parents aux situations** proposées. Ceci est l'hypothèse la plus probable pour l'ensemble des codifications « pas de Réponse » retrouvé à la question n°10 (*Graphique 9*).

Le contenu du questionnaire, bien qu'il semble avoir été compris par la plupart des répondants, pouvait présenter quelques difficultés d'interprétation.

4.2 Le médecin généraliste : premier recours pour les pathologies courantes de l'enfant de moins de deux ans

4.2.1 Premier recours pour les symptômes courants

Le médecin généraliste a dans notre étude une place significativement plus importante que les autres praticiens concernant les **symptomatologies courantes** (*Graphique 9 et 10*).

4.2.2 Place au regard des motifs urgents, atypiques et de santé publique (avec pédiatre et urgences pédiatriques)

Pour le certificat obligatoire de J8, les parents s'orientaient souvent vers le médecin généraliste et de manière plus importante vers le pédiatre. Cependant, celui-ci est généralement réalisé à la sortie de maternité à J3. Ceci engendre un **biais d'analyse** et **d'interprétation** et laisse supposer la méconnaissance de cette réalisation à la maternité. Les parents invités dans la semaine suivant la sortie de celle-ci à s'orienter vers leur médecin généraliste ou pédiatre, laisse supposer que cet examen n'avait pas été réalisé. (*Graphique 9 et 10*)

Les urgences pédiatriques sont citées une fois pour la réalisation de ces certificats. Aucune hypothèse n'est avancée devant ce résultat hormis l'incompréhension des parents face à la question. Peut-être aurait-il fallu formuler la question différemment afin d'éviter ces incompréhensions et absences de réponses.

Au regard des questionnaires exclus, nous ne pouvons confirmer ou infirmer cette hypothèse, certains parents non concernés par notre étude (catégorie d'âge inappropriée) ayant répondu au questionnaire, ce malgré la formulation précise et lisible de la page de garde.

Dans le contexte actuel des « anti-vaccins », depuis Janvier 2018, la réévaluation du calendrier vaccinal obligatoire [19] a probablement permis d'obtenir ces résultats. De plus, l'éducation pour la santé [20] est positive sur ce point, n'ayant aucune orientation vers les urgences pédiatriques. Une autre hypothèse peut être mise en avant, à savoir la confiance en la compétence des médecins généralistes pour la réalisation de ces actes (*Graphique 9 et 10*).

4.2.3 Implication

Le médecin généraliste confirme son rôle dans la prise en charge des pathologies courantes de l'enfant de moins de deux ans. Cependant il conserve une **place non négligeable concernant les actes de santé publique, les pathologies atypiques spécifiques du nourrisson et les recours urgents**, confortant son rôle de « médecin de proximité ».

Ainsi, son rôle ne se limite pas aux symptomatologies dites « courantes », mais bien à une prise en charge **globale et multimodale** de l'enfant de moins de deux ans au cabinet, d'où une nécessité de connaissances spécifiques majeures.

4.3 Le nourrisson, une prise en charge multimodale et sous l'influence de facteurs socio-environnementaux ?

4.3.1 Pédiatre, recours spécifique ?

Dans notre étude, le pédiatre occupe sa place de spécialiste concernant les actes de santé publique et rédaction des certificats médicaux obligatoires sans différence significative de supériorité face au médecin généraliste (*Graphique 10*).

Pour les **pathologies dites « atypiques »**, considérées plus spécifiques, nous avons observé un recours significatif pour ces dernières (à savoir le refus alimentaire et la gêne à la marche).

Cependant, la proportion de parents (15 %) ne consultant pas devant un refus alimentaire pourrait paraître importante mais n'a pas été corrélée à l'âge des enfants, et présente donc une difficulté d'interprétation.

De même, la boiterie, nécessite de recourir à un plateau technique avec laboratoire d'analyse et centre radiologique (radiographie et échographie), afin d'éliminer par exemple, une infection ostéo-articulaire, une synovite aiguë transitoire, une épiphysiolyse de hanche ou encore une lésion post-traumatique (fracture sous-périostée). Pourtant ce sont les médecins généralistes et plus significativement les pédiatres les plus représentés pour la prise en charge de ce motif de consultation.

4.3.2 *Place des urgences pédiatriques*

Le recours aux urgences pédiatriques devant l'indisponibilité des médecins généralistes comme postulat de départ ne s'est pas confirmé dans notre étude. Dans l'ensemble, celle-ci met au contraire en exergue une « **auto-orientation** » **adéquate des parents** en fonction de la symptomatologie présentée.

La tendance qu'avaient les parents à se diriger vers un service d'urgences pédiatriques lorsqu'ils résidaient à moins de 15 kilomètres (*Graphique 3*), fait tout de même ressurgir le débat inexorable de l'urgence réelle et ressentie [21]. Aujourd'hui, il existe une augmentation croissante du recours à la consultation d'un praticien par les usagers, et nous pouvons souligner la participation des urgences pédiatriques dans le suivi au long cours dans quelques cas de notre étude (*Graphique 8*). Ainsi, les parents peuvent trouver en les services d'urgences une possibilité de réponse rapide à leurs attentes, avec une potentielle vision erronée de ceux-ci, considérés probablement comme un moyen d'accès rapide à un professionnel de santé et non à une urgence de prise en charge : est-ce juste, pour eux, un moyen d'accès facilité, sans avance de frais aux soins ? Un défaut d'éducation thérapeutique ?

Le Docteur Duchêne conclue ainsi dans son travail de thèse réalisé en 2016 [22] : « Outre une éducation des familles dans le but d'un meilleur usage des services d'urgences, il est important de revaloriser la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des enfants ainsi que de développer un partenariat entre le secteur hospitalier et libéral ».

Il existe également un **recours au médecin généraliste pour la prise en charge des pathologies urgentes** (*Graphique 10*), laissant supposer la disponibilité immédiate de celui-ci. Cette démarche peut également être expliquée par l'éloignement des services d'urgences pédiatriques et le défaut de reconnaissance du caractère urgent de la situation.

Ainsi, notre travail ne permet pas de préciser si les parents se représentent les pathologies urgentes comme telles (représentées majoritairement par la plainte douloureuse de leur enfant) ou si ce recours fait suite à l'indisponibilité du médecin généraliste. Il serait donc intéressant de pouvoir analyser qualitativement les **éléments motivant les parents à recourir aux urgences pédiatriques** à défaut du médecin généraliste.

4.3.3 Autres facteurs influant le recours des parents à un professionnel de santé pour leur enfant de moins de deux ans

4.3.3.1 Autres professionnels

La PMI est principalement consultée pour les actes considérés comme prévisibles (actes de santé publique) et est conditionnée par le délai d'obtention d'un rendez-vous [23]. Concernant les pathologies courantes et urgentes, les parents évoquent la consultation de structures semi-urgentes de proximité type SOS médecins.

Les faibles effectifs concernant le recours à ces structures ne permettent pas de conclure à une significativité de leur implication, devant leur localisation restreinte.

4.3.3.2 Conditions socio-économiques

Nous observons dans notre étude que la **couverture sociale ne semble pas avoir d'influence sur le recours au professionnel** de santé (*Graphique 12*). Cependant, nous avons pu constater que certaines familles bénéficiant d'une couverture sociale maximale estimaient le coût de la consultation comme un facteur limitant. Le caractère économique de l'avance de frais des soins peut être évoquée afin d'expliquer ces résultats.

A propos de l'affiliation au système de soin, de futurs travaux pourraient rechercher dans le contexte actuel de crise, les raisons expliquant que 18% des répondants n'étaient affiliés à aucune complémentaire.

L'absence de parents domiciliés en zone rurale et à moins de 5 kilomètres d'un service d'urgences pédiatriques, pourrait être interprété comme un biais de sélection. L'hypothèse évoquée demeure la très faible représentativité géographique de cette population à l'échelle Picarde, les services d'urgences pédiatriques étant localisés dans des bassins urbains majeurs.

Un probable problème de mobilité des parents domiciliés à plus de 15 kilomètres d'un service d'urgences pédiatriques pourrait expliquer ce recours massif aux praticiens les plus proches, en l'occurrence aux médecins généralistes (de par leur nombre, mais aussi le maillage géographique qu'ils constituent), confirmé par une étude menée en 2017 où « les critères principaux de choix du médecin généraliste retrouvés étaient la proximité géographique à 33% et la recommandation à 24% » [24].

Enfin, le **coût de la consultation ne semble pas avoir d'influence** sur le recours aux professionnels de santé (*Graphique 12*). L'application du tiers payant par les praticiens peut-être une hypothèse expliquant les résultats de notre étude, au même titre que l'implication des parents pour la santé de leurs enfants.

4.3.3.3 Autres facteurs environnementaux

Il est intéressant d'observer une tendance des **parents dits de professions médicales/paramédicales à s'orienter différemment** en fonction de leur sexe. Ainsi, les mères consultent significativement le pédiatre, tandis que les pères ont une tendance à recourir au médecin généraliste (*Graphique 15*). L'inquiétude maternelle et la confiance envers le praticien pourraient-elles influencer le recours au spécialiste de « ville » ? [25]. Pour autant, il n'a pas été montré d'orientation plus importante aux urgences pour cette population (*Graphique 15*).

L'analyse des données démographiques, socio-économiques et géographiques révèlent que la grande majorité (soit 93%) des parents interrogés étaient en couple contre 67% de couples dans la population générale en 2015 suivant l'INSEE [26]. Nous pouvons donc nous interroger sur la **représentativité de notre échantillon**, malheureusement aucune source ne retrouve de données sur le nombre de couples avec enfant à l'échelle nationale.

Ces résultats peuvent être liés à la taille de l'échantillon ou à l'âge des parents puisque la majorité des parents interrogés avaient entre 25 et 40 ans. Les couples de cette tranche d'âge sous le régime de la vie commune ou non, représentent 75% de la population générale. Cependant, notre population à l'étude est représentative des statistiques nationales en terme de taux des classes d'âges ayant eu au moins un enfant [27].

La présence d'autres **enfants plus âgés dans la fratrie n'influait pas sur le nombre de consultations annuelles** pour leur enfant (*Graphique 14*) ; l'éducation thérapeutique et l'apprentissage lors du développement du ou des premiers enfants ne semble pas être efficient dans ce travail. En effet, nous retrouvons que deux tiers des parents consultent un professionnel de santé pour une rhinorrhée (*Graphique 9*), motif fréquent sans élément de gravité, dont l'éducation thérapeutique est pourtant dispensée dès la maternité. Cependant ces hypothèses ne peuvent être concluantes par manque de puissance et ce constat est à pondérer sur la compréhension de la question par les parents, à savoir si le nombre de consultations annuelles n'intéressait que la tranche d'âge concernée par l'étude, représentant un biais d'interprétation.

Nous avons pu observer que la majorité des parents présentant le **délai de rendez-vous comme facteur limitant s'orientaient vers un médecin généraliste**, tandis que la majorité de ceux ayant répondu non à cette question s'orientaient vers les urgences (*Graphique 13*). Une des hypothèses formulables demeure la relation entretenue avec le médecin généraliste, qui semble être plus marquée dans les zones rurales et reculées. En effet, le médecin dit « de famille » est considéré comme la personne de confiance [28]. Ainsi suivant une étude citée précédemment « près de 94% des patient ont une confiance modérée à élevée envers leur médecin généraliste. La notion de médecin de famille, la disponibilité, la réputation et la qualité relationnelle interviennent à la hauteur de 10% comme critères de choix principaux » [17].

4.4 SYNTHÈSE : EXEMPLE DE L’HYPERTHERMIE

La fièvre de l’enfant est une source majeure d’**anxiété parentale** connue depuis plusieurs décennies, ubiquitaire et touchant toutes les classes socio-économiques. Cette anxiété s’associe à une surconsommation de soins, notamment en médecine générale, pour des enfants en bon état général, présentant des épisodes de virose banale de guérison spontanée. De nombreux auteurs ont attribué cette anxiété et ce recours massif au système de santé à un manque de connaissances des parents au sujet de l’hyperthermie (définition, mesure, traitement) [29].

Un tiers des parents de notre étude ne consultaient aucun praticien face à un fébricule tandis qu’une inquiétude se manifestait pour l’hyperthermie (*Graphique 9*), confirmant le caractère anxiogène de ce symptôme, ainsi que la méconnaissance de sa prise en charge [30]. Les parents attendent de la consultation une réassurance, ce qui coïncide avec les résultats de notre cas clinique (question n°11). Il est cependant étonnant de constater que le médecin généraliste était appelé deux fois plus souvent que le service d’aide médicale urgente (SAMU) pour un avis (3.3 – *Graphique 16*).

Concernant la prise de paracétamol, la dose quotidienne recommandée chez le nourrisson est d’environ 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 ou 6 prises, soit environ 15 mg/kg toutes les 6 heures [31]. Nous pouvons donc supposer que, l’**éducation thérapeutique** réalisée par les professionnels de santé est correctement assimilée sur ce point. Malgré cela, une part relativement importante de parents s’orientait vers un service d’urgences, probablement dans l’idée de ne pas négliger une pathologie fébrile grave (3.3. – *Graphique 9*).

Ces résultats sont à pondérer, plusieurs réponses à la question pouvant être données. Quelques questionnaires présentaient donc des réponses aux antipodes tel « attendre les heures ouvrables pour consulter un médecin » et « se rendre aux urgences les plus proches ».

L’intérêt d’étudier la conduite face à une hyperthermie sous la forme d’un cas clinique, permettait de confondre le raisonnement et l’éducation des parents sur cette symptomatologie fréquente. Cela confirme la **place du médecin généraliste en tant que praticien de premier recours**, ainsi que son rôle dans l’éducation thérapeutique des parents et conforte la nécessité de connaissances adaptées à l’enfant.

5 CONCLUSION

Il apparait une volonté des parents, de consulter le praticien le plus proche et le plus rapidement possible, tout en ne surchargeant pas les services dits d'urgences face aux symptômes les inquiétant peu. Notre étude confirme la place du médecin généraliste Picard comme praticien de premier recours pour la majorité des actes et symptômes aigus rencontrés chez le nourrisson. La distance du domicile d'un service d'urgences pédiatriques et le délai d'obtention d'un rendez-vous apparaissent comme critères secondaires, influençant l'orientation ou non vers le médecin généraliste.

En Picardie, les comportements préventifs sont moins fréquents, témoins d'une insuffisante éducation en matière de santé [32]. Certains axes d'amélioration apparaissent dans notre étude: renforcer l'éducation pour la santé face aux symptômes courant pouvant être sous l'égide des parents. Concernant certains motifs pourvoyeurs d'anxiété, comme les traumatismes crâniens bénins, certains progrès pourraient améliorer l'orientation vers le praticien adéquat, notamment le médecin généraliste. Réaliser et incorporer une fiche de surveillance post-traumatisme crânien dans le carnet de santé pourrait être une solution supplémentaire.

Le médecin généraliste a un rôle médical sous-tendu par une relation de confiance créée avec ses patients, celle-ci se construisant en grande partie via l'empathie. Cela est d'autant plus marqué par le constat que les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à la prise en charge de la population pédiatrique. Celle des nourrissons nécessite des connaissances précises et des qualités relationnelles spécifiques, notamment la relation triangulaire avec les parents. Il est donc aujourd'hui primordial que les futurs médecins généralistes reçoivent une formation adaptée pour la médecine de l'enfant. Il pourrait donc être opportun qu'une future étude interroge les jeunes médecins Picards sur leur ressenti concernant la formation spécifique à la pédiatrie dispensée pendant leur internat.

6 ANNEXES :

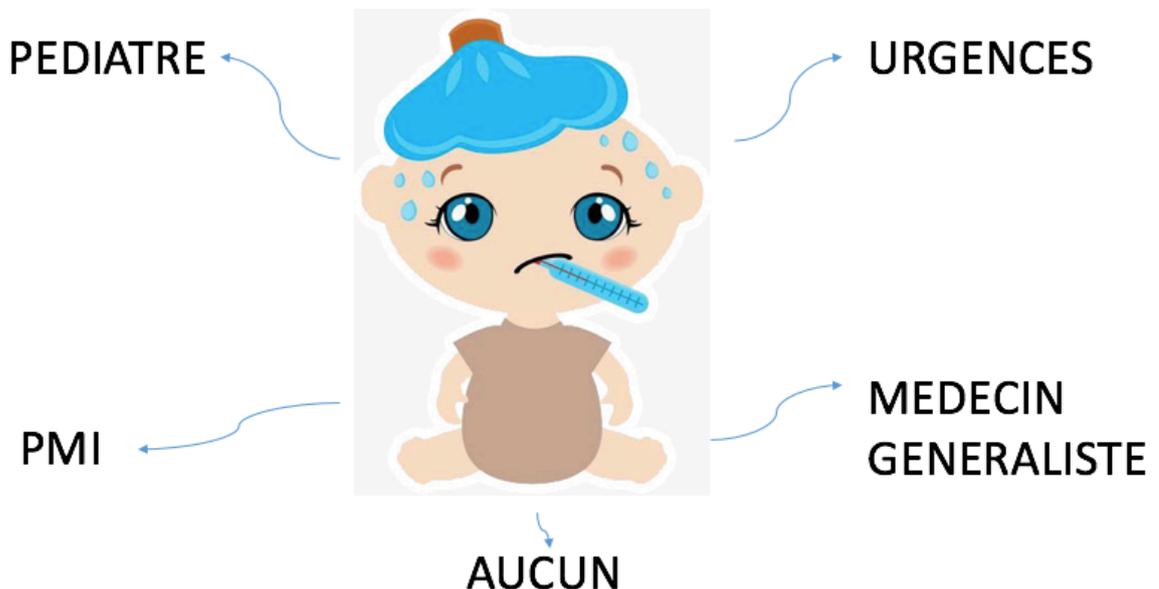
Questionnaire destiné aux parents d'enfants de 0 à 2 ans :

Chers parents

Actuellement interne de Médecine Générale en « Picardie », je réalise mon travail de thèse sur la place du médecin généraliste pour la prise en charge des pathologies et actes courants de l'enfant de 0 à 2 ans.

Ce questionnaire anonyme comprenant 13 questions ne vous prendra que quelques minutes à remplir et me permettra d'avoir un support conséquent pour la suite de mon travail.

Merci par avance de votre participation.



1) Quel âge avez-vous ? (Entourer la tranche d'âge correspondant)
<25 ans 25-30 ans 31-35 ans 36-40 ans > 41 ans

2) Quelle est la catégorie socio-professionnelle ?

-de la mère :

Médicale/Paramédicale

Autres Professions : Précisez :

Aucune Profession actuellement

-du père :

Médicale/Paramédicale

Autres Professions : Précisez :

Aucune Profession actuellement

3) Quelle est votre situation familiale ?

marié(e) célibataire PACS Concubin(e) divorcé(e) Veuf(ve)

4) Vous bénéficiez de ?

La sécurité sociale (couverture assurance maladie)

D'une mutuelle

La CMU

L'AME (aide médicale d'état)

Aucune couverture sociale

Autres, précisez :

5) Dans quelle ville, village habitez-vous ?

6) Combien d'enfants avez-vous ?

7) Quel âge ont vos enfants ?

8) Qui consultez-vous habituellement pour votre enfant ? (Plusieurs réponses possibles)

Un médecin généraliste

Un pédiatre

La PMI (Protection Maternelle et Infantile)

Le service d'Urgence Pédiatrique

Personne

9) Combien de fois avez-vous consulté un médecin depuis 1 an pour votre ou vos enfants ?

0 fois

1 à 2 fois

3 à 4 fois

5 à 6 fois

plus de 7 fois

10) Vers qui vous dirigez-vous en première intention pour votre enfant de 0 à 2 ans, dans les situations suivantes ?
(1 réponse par ligne)

	Médecin Généraliste	Pédiatre	PMI	Urgences Pédiatrique	SOS Médecins	Aucun
Certificat Obligatoire du 8 ^{ème} jour						
Certificat Obligatoire du 9 ^{ème} mois						
Certificat Obligatoire du 24 ^{ème} mois						
Les Vaccinations						
Un nez qui coule						
Une gêne respiratoire						
Un fébricule (38°C)						
Une fièvre (>38,5°C)						
L'apparition de plaques/boutons						
Une douleur au niveau de la gorge						
Une douleur d'oreille						
Un malaise						
Une gêne à la marche						
Un refus alimentaire						
Une plainte au niveau du ventre						
Des Vomissements						
Des Diarrhées						
Des plaies ou brûlures						
Un coup sur la tête						

11) Votre enfant présente une fièvre à 39°C depuis le réveil. Vous lui avez donné du paracétamol (ex : DOLIPRANE). La fièvre a bien diminué mais 4h après la prise, sa température remonte à 38,5°C : Que faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vous donnez à nouveau du paracétamol.
- Vous attendez 2h pour redonner du paracétamol.
- Vous attendez les heures ouvrables pour aller voir un Médecin.
- Vous appelez le SAMU (15) pour un avis médical.
- Vous appelez un médecin généraliste pour un avis médical.
- Vous vous rendez aux Urgences les plus proche.
- Autre, précisez :

12) Le coût de la consultation est-il pour vous un facteur limitant dans le choix du praticien de premier recours ?

- Oui Non

13) Le délai pour obtenir un RDV est-il pour vous un facteur limitant dans le choix du praticien de premier recours ?

- Oui Non

Le questionnaire est terminé.

Je vous remercie d'avoir pris le temps d'y répondre.
Vous pouvez le déposer dans la boîte de recueil des questionnaires.
Merci beaucoup de votre participation.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Hardin AP, Hackell JM, Committee on practice and ambulatory medicine. Age Limit of Pediatrics. Pediatrics. Sept 2017;140(3).
2. Bouquier JJ, Brouchet J. - « Existe-t-il une limite d'âge des patients dans l'exercice de la pédiatrie ? ». Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pediatrie.PDF>
3. OMS. | Nourrisson, nouveau-né. Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur : https://www.who.int/topics/infant_newborn/fr/
4. INSEE. Naissances et taux de natalité en 2018. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380#tableau-Donnes>
5. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv. 26, 2016.
6. Cabinet de Marisol Touraine - 2016 - Loi de modernisation de notre système de santé.pdf. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
7. Salle B, Lasfargues G, Duhamel JF et Bégué P. Il est urgent de réviser l'enseignement futur de la pédiatrie pour les internes de pédiatrie et pour les internes de médecine générale.2016. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/05/Communiqué-pediatrie-version-7.pdf>
8. CNAMTS - 2002 - Des tendances de fond aux mouvements de court terme : Point de Conjoncture N°7.pdf. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/PointDeConjoncture/7/1.pdf>
9. INSEE. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. Disponible sur : https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=ec_evol.naisdnn&s=2017&view=map2
10. Breton-Lerouvillois - 2015 - La démographie médicale en région Picardie.pdf. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015.pdf?fbclid=IwAR0oyR18U6LhgWjPYvHQYt8Pid6njlsagqTrt7VBlesSK0gaU3L5SABUaM
11. Bouscasse M, Insee. Le Picard consulte plutôt le généraliste que le spécialiste - Insee Picardie Analyses. INSEE ; 2006. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288896>
12. Le Scouëzec P, Sinoquet MC, Van Asten G, Insee Picardie, Thomä Cosyns L, Trouillard C, Van Kemmelbeke C, Agence régionale de Santé. D'ici 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer - Insee Picardie Analyses. INSEE ; 2014. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292208>
13. Legifrance. Code de la santé publique ; Article R2132-1 ; Article R2132-2 ; Article R2132-3, Décret n°2019-137 du 26 février 2019-art. 1. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190395&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

14. Ministère des affaires sociales et de la santé - 2016 - Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Disponible sur : https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/Convention_medicale_liberaux_JO_23_10_2016.pdf
15. Boulivan E, Fayard P. La consultation pédiatrique en médecine générale. [Créteil, France]: Université Paris-Est Créteil; 2012. [Thèse d'exercice] Disponible sur : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th623796.pdf>
16. Aliaga C. Les zonages d'étude de l'Insee une histoire des zonages supra communaux définis à des fins statistiques. Paris : INSEE ; 2015. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?reg_id=0&ref_id=IMET129
17. Niveau national / Les chiffres / Illettrisme / Accueil. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. Disponible sur : <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national>
18. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>
19. Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire. 2018-42 janv. 25, 2018.
20. Comités Français d'éducation pour la Santé. L'éducation en santé : enjeux, obstacles, moyens. Editions CES ; 1998.
21. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1) :63-74.
22. Duchene Y. Place du médecin traitant dans le parcours de soins des enfants consultant aux urgences pédiatriques : caractéristique et motivation des patients relevant de la médecine générale. [Thèse d'exercice] 9 sept 2016 ;53.
23. Fanello S, Hassani A, Meunier B, Dagorne C, Parot E. Consultation du nourrisson en PMI : enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français. Sante Publique (Bucur). 2007 ; Vol. 19(1) :9-18.
24. Rossignon J. Le choix du médecin généraliste et la confiance [Thèse d'exercice]. Lille Disponible sur : <http://pepite.univ-lille2.fr/notice.html?id=UDSL2-workflow-7885&printable=true>
25. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». Sept 2010 ;
26. INSEE. Fiche Thématique couple. INSEE ; 2015.
27. INSEE. Fécondité – Bilan démographique 2018 | Insee. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926#titre-bloc-5>
28. Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. Éthique Santé. 1 sept 2008;5(3):165-72.
29. Canu Marie. Inquiétudes, motivations et attentes des parents lorsqu'ils consultent en

médecine générale pour fièvre de l'enfant de 3 mois à 5 mois. Faculté de médecine de Rouen; 2015. [Thèse d'exercice]

30. Lesoin L. Étude des connaissances et du comportement des parents face à la fièvre de leur enfant. [Thèse d'exercice] 18 mars 2016 ;58.

31. ANSM. Paracetamol: Résumé des Caractéristiques du Produit.
Disponible sur : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0301248.htm>

32. Karrer M, Buttet P, Vincent I, Ferron C. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Sante Publique (Bucur). 2004 ; Vol. 16(3):471-86.

RESUME

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE PICARD DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES ET ACTES COURANTS DE L'ENFANT DE 0 A 2 ANS.

Introduction

La pédiatrie occupe une part plus importante de la patientèle d'un médecin généraliste (MG), due à un nombre croissant de recours à la médecine et décroissant de praticiens toutes spécialités confondues. L'examen du nourrisson est plus complexe pour des praticiens non spécialistes de la pédiatrie. Notre étude a évalué la place du MG picard comme praticien de premier recours des symptomatologies et actes courants de l'enfant de 0 à 2 ans.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, analytique, multicentrique, réalisée via questionnaires remplis en officines par des parents d'enfants de 0 à 2 ans. Le critère principal de jugement était la place du MG dans la prise en charge des pathologies et actes courants du nourrisson. Les particularités orientant le choix du praticien de premier recours étaient aussi analysées.

Résultats

352 questionnaires étaient analysés entre mai 2018 et février 2019. Le MG occupait une place importante pour le suivi régulier et la prise en charge de symptômes aigus. Les parents s'orientaient vers un service d'urgences pédiatriques face à un malaise, une gêne respiratoire, des plaies, brûlures et traumatismes crâniens. Les résultats étaient plus mitigés concernant les certificats obligatoires, la vaccination et la gêne à la marche. La distance d'un service d'urgences et le délai d'obtention d'un rendez-vous influençaient l'orientation ou non vers le MG. Le coût n'était pas limitant.

Conclusion

Le MG occupait une place majeure dans la prise en charge des pathologies et actes courants de l'enfant de 0-2 ans, hormis pour certains symptômes où le service d'urgences était la structure de premier recours.

Mots clés : médecins généralistes, nourrisson, nouveau-né, signes et symptômes, accessibilité des services de santé

SUMMARY

THE ROLE OF THE PICARD GENERAL PRACTITIONER IN THE CARE OF PATHOLOGIES AND COMMON ACTIONS IN CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS OLD.

Introduction

Paediatrics take up an ever bigger part of a general practitioner's (GP) patients, due to the increasing use of medicine and to the decreasing number of practitioners of all specialisations. The examination of a new-born baby is a more complex operation for practitioners who are not specialists in paediatrics. Our study assessed the role of the Picard GP as the first resort practitioner with regards to symptomatology and common actions in children aged 0 to 2 years old.

Material and methods

This was a quantitative, observational, analytical and multicentre study, carried out using questionnaires filled in dispensaries by parents of children between the ages of 0 to 2 years old. The principal criteria of appraisal was the role of the Picard GP in the care of pathologies and common actions in infants. We also analysed specific circumstances that might have affected parents' choice for a first resort practitioner.

Results

A total of 352 questionnaires were analysed between May 2018 and February 2019. The GP occupied an important place in regular patients' aftercare and the care of acute symptoms. However, parents were inclined to choose a paediatrics' emergency department when confronted with loss of consciousness, breathing difficulties, wounds, burns and head traumas. The results were more mixed with regards to compulsory certificates, vaccination and walking difficulties. The distance from a paediatrics' emergency department as well as delays in getting an appointment influenced the decision making in whether or not to choose a GP. Cost was not found to be a limiting factor.

Conclusion

The GP occupied a major place in the care of pathologies and common actions, except for some symptoms where the emergency services were the organisation of first resort.

Key words: general practitioners, infant, new-born baby, signs and symptoms, accessibility of health services