



HAL
open science

Le lien ville hôpital pour le suivi pédiatrique dans le bassin grassois : attentes des médecins

Elise Fraize Boto Keyy

► To cite this version:

Elise Fraize Boto Keyy. Le lien ville hôpital pour le suivi pédiatrique dans le bassin grassois : attentes des médecins. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02961208

HAL Id: dumas-02961208

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02961208>

Submitted on 8 Oct 2020

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

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

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**LE LIEN VILLE HOPITAL POUR LE SUIVI
PEDIATRIQUE DANS LE BASSIN GRASSOIS :
ATTENTES DES MEDECINS**

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue le 4 juin 2020,

A la faculté de Médecine de Nice

Par Elise FRAIZE BOTO KEKY

Née le 25 juin 1990, à Villers-Semeuse (08)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre-Simon ROHRLICH

Assesseurs :

Madame le Professeur Brigitte MONNIER

Monsieur le Docteur Fabrice GASPERINI

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Stéphane MUNCK

Monsieur le Docteur Joël NGUYEN

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr DELLAMONICA Jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M. BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M. DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M. GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

Monsieur le Professeur Pierre-Simon ROHRLICH,

Vous me faites un très grand honneur en acceptant de présider ce jury et de juger ce travail. Je vous remercie infiniment et vous assure de toute ma considération.

Madame le Professeur Brigitte MONNIER,

Je vous suis très reconnaissante d'accepter de juger mon travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Fabrice GASPERINI,

Je vous remercie sincèrement de participer à ce jury et vous adresse toute ma gratitude.

A mes directeurs de thèse,

Monsieur le Docteur Joël NGUYEN,

Merci pour l'accueil au sein de votre équipe le temps d'une année. De m'avoir autant appris et transmis toujours dans la bonne humeur et loin du stress. Je vous suis vraiment reconnaissante pour ce sujet qui m'a permis de rencontrer beaucoup de belles personnes. J'ai hâte de continuer à travailler avec vous. Merci pour tout.

Monsieur le Docteur Stéphane MUNCK,

Merci pour ton aide et ton implication dans ce projet. Tu as su me guider et tes conseils m'ont toujours beaucoup apporté, sans toi je n'y serais sûrement pas arrivé ! Je te suis très reconnaissante et ta rencontre en cellule thèse a été une vraie chance pour moi. Merci pour ton implication auprès de nous, jeunes internes !

Aux médecins enquêtés,

Merci à vous tous pour votre temps et vos réponses.

A mes maitres de stage, les équipes et le centre Hospitalier de Grasse,

Merci à toute l'équipe des urgences de Grasse où je suis arrivée « pioupiou » et où j'ai pu grandir et apprendre énormément, toujours dans la bienveillance en stage et durant les gardes. Vous m'avez tous permis de croire en moi et de m'épanouir dans cette belle région à peine arrivée : merci !

Merci Dr NGUYEN, Olivier, George, Catherine, Blandine, Jonathan, Philippine et Clémentine pour vos enseignements et vos attentions même au-delà du stage et merci à toute l'équipe de la pédiatrie pour cette année inoubliable auprès de vous tous !

Merci aux Dr DIDES, BOUFFEROUL et LEMONNE et à toute l'équipe de médecine polyvalente pour tout ce que vous avez pu m'apprendre et pour votre soutien durant ma grossesse ! C'était un bonheur de travailler avec vous et de vous retrouver lors de cette toute fin d'internat.

Merci Dr LE POLLET de m'avoir accueillie dans votre cabinet pour ce premier aperçu de la médecine de ville.

Merci Dr BINIASZ, pour votre disponibilité et vos conseils. Et merci à Liliane pour sa gentillesse.

Merci Dr MARC, pour ce partage de la médecine, tes avis éclairés et ta sympathie.

Merci Dr LAURE, pour tout ce que vous m'avez transmis, tout ce temps que vous m'avez accordé. Je vous admire. Et merci à Aline et Marion pour vos sourires !

Merci Dr SACCO, Dr GARDON, Dr HOGU, Dr POUILLON, Dr SOUILLARD pour votre aide lors des GEASP et lors du tutorat.

Merci Philippe de m'avoir donné confiance en moi et de m'avoir fait partager ta passion de la médecine générale. Merci de vouloir continuer à me la faire partager au sein de ton cabinet, je t'en suis de tout cœur reconnaissante.

Merci Sarah pour ton amitié et ton accueil ! J'ai hâte de travailler avec toi !

Merci Charles pour ton chaleureux accueil.

A mes amis :

Merci ma Pony, peu importe les années et les épreuves de toujours être présente.

Merci à mes Co Internes : Alizée (ma Co !) ma cointerne cothésarde cocodeuse... et co !, Jennifer (ma fondue) pour ce voyage au pays des licornes et des bisounours, et le trio infernal : Ivana, Julie et Kévin d'avoir mis des paillettes dans mes stages ! Vous êtes géniaux ! A Caro et Sarah : vous avez égayé ma fin d'internat !

Merci Philippine, d'être passée de chef à amie.

Merci ma Flo de toujours être présente et de me faire partager ta vie même loin !

Merci les amies de Reims : Béré ma pouteau, Marion, Anne Charlotte mon champion !

A ma famille :

Merci à mes parents de m'avoir permis d'en arriver là ! De votre soutien à toute épreuve et de votre confiance en moi. Merci Maman pour tes petits plats et tes mots justes, merci Papa pour tes gaufres et ta boîte à outils. Merci de m'avoir permis de rêver... Et d'aller au-delà de tous mes rêves. Je vous aime.

Merci Brice, frérot, de tous ces bons moments ensemble, nos petits cafés me manquent ! Et Merci Coralie d'être une sœur et une tata si gentille et adorable.

Merci Martine et Jean pour votre amour. Je vous suis très reconnaissante de la place que vous m'avez accordée au sein de votre famille.

Merci Elsa, Nicolas et Iris, de ces bons moments passés tous ensemble.

Merci Mémère, pour ton soutien infailible, pour tes « sacs de survie », pour tout ce que tu m'apportes depuis mon enfance.

Merci à mes bonnes étoiles qui continuent de veiller sur moi : Pépère, Mamie et Papi, Mémère et Pépère l'autre...

Merci à tous mes cousins, mes oncles et tantes qui sont à l'origine de souvenirs merveilleux : vivement les prochains !

Merci mon cœur pour ton amour, tout le bonheur que tu m'apportes et tout ce stress que tu m'enlèves. Merci pour ta présence et ton réconfort qui m'ont permis de tenir.

Merci à ma fille, toi qui as illuminé ma vie de plus d'amour et de bonheur que je ne saurais l'écrire.

Je vous aime.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION	13
METHODE	15
RESULTATS	16
1. COLLABORATION ACTUELLE.....	17
1.1. <i>Différents suivis de l'enfant</i>	17
1.1.1. Adressage pour suivi pédiatrique	17
1.1.2. Pénurie de pédiatres libéraux.....	18
1.1.3. Suivi par le médecin généraliste.....	18
1.2. <i>Coordination des soins pédiatriques</i>	19
1.2.1. Recours en cas d'urgences	19
1.2.2. Education parentale.....	20
1.2.3. Autres structures : CAMSP et PMI	20
1.3. <i>Service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Grasse</i>	21
1.3.1. Suivi des maladies chroniques	21
1.3.2. Suivi des prématurés et des nouveau-nés vulnérables.....	21
1.3.3. Surspécialités et examens disponibles.....	21
2. PLURALITES DES ATTENTES.....	21
2.1. <i>Communication</i>	21
2.1.1. Courrier d'adressage et de sortie	22
2.1.2. Carnet de santé	22
2.1.3. Accessibilité	23
2.2. <i>Coordination</i>	23
2.2.1. Création d'un carnet de correspondants par l'expérience.....	23
2.2.2. Centre Hospitalier de Grasse	24
2.2.3. Coordination des professionnels entre eux	24
2.3. <i>Ressources Manquantes</i>	25
2.3.1. Manque de formations répondant à un besoin	25
2.3.2. Manque de temps	25
3. RENFORCEMENT DU LIEN VILLE-HOPITAL	26
3.1. <i>Renforcement du lien humain</i>	26
3.1.1. Apprendre à se connaître pour travailler ensemble.....	26
3.1.2. Les formations locales : un outil de rencontre	26
3.2. <i>Renforcement de la communication</i>	27
3.3. <i>Un réseau ? Des limites</i>	28
DISCUSSION	30
Difficulté de collaboration ville-hôpital.....	30
Souhait de mise en place concrète.....	30
Moyens de communication	31
Réseaux existants.....	32
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, une aide ?	33
Forces et limites	33
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXE 1 : CANEVAS DU GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL	40
ANNEXE 2 : CANEVAS DU GUIDE D'ENTRETIEN DEFINITIF	42
SERMENT D'HIPPOCRATE	45
RESUME	46

Liste des Abréviations

AMELI : Assurance Maladie En Ligne

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMSP : Centre d'Action Médico- Sociale Précoce

CHG : Centre Hospitalier de Grasse

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DIM : Direction de l'Information Médicale

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

GEASP : Groupe d'Entraide à l'Analyse des Situations Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RHéOP : Réseau d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAU : Service d'Accueil des Urgences

UBTCA : Unité de Bilan des Troubles Cognitifs et de l'Attention

URPS ML PACA : Union Régionale des Professionnels de Santé, Médecins Libéraux
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Introduction

En France, on comptait 15 390 040 enfants et adolescents jusqu'à 18 ans révolus au premier janvier 2020 (1), ils étaient 12 651 à Grasse (2). Concernant la maternité du Centre Hospitalier de Grasse (CHG), 1 865 naissances ont été recensées pour l'année 2018 (3).

Le choix du suivi médical pédiatrique revient aux parents. Il peut se faire au choix par un pédiatre, un médecin généraliste ou par la protection maternelle et infantile (PMI)¹. Le médecin traitant de l'enfant veille à son bon développement, assure un dépistage et une prévention adaptés aux différents âges et soigne les pathologies infantiles aiguës et chroniques. Depuis le 1^{er} mars 2019, l'assurance maladie recommande pour tous les enfants 20 examens systématiques de santé. Ces derniers s'échelonnent de la naissance à l'âge de 16 ans (4).

Le suivi ambulatoire des enfants doit faire face à la pénurie de pédiatres libéraux au niveau local comme national (5). Le nombre de pédiatres libéraux est très limité. Au moment où ce travail est imprimé, un seul pédiatre est recensé à Grasse, sept autres sur le secteur (Mouans-Sartoux, Valbonne/Biot, Fayence). Le nombre de médecins généralistes installés sur Grasse est de 57 selon le site de l'Assurance Maladie En Ligne (AMELI) et environ 150 sur le bassin (6). Selon l'Union Régionale des Professionnels de Santé, Médecins Libéraux de Provence-Alpes-Côte d'Azur (URPLS ML PACA), en 2018 la démographie médicale recense 16 bassins sensibles² dans les Alpes-Maritimes dont trois sur le bassin grassois : Châteauneuf de Grasse, Pégomas et Saint-Cézaire-sur-Siagne (7).

Sur le bassin grassois, le suivi pédiatrique programmé réalisé par les praticiens hospitaliers est réservé aux malades chroniques, aux anciens prématurés et aux nouveau-nés vulnérables. Une permanence d'accès aux soins est aussi présente à l'hôpital de Grasse. Selon l'heure, elle est assurée tous les jours et sans rendez-vous par le service de Pédiatrie ou le Service d'Accueil des Urgences (SAU) et la maison médicale.

Devant la baisse du nombre de pédiatres libéraux, la Haute Autorité de Santé (HAS) encourage la prise en charge des nouveau-nés par le médecin généraliste dès la sortie de la maternité (8). Un double suivi est parfois choisi par les familles : suivi par le pédiatre et prise en charge en aigu par le médecin généraliste (9). Les services d'urgences restent pour les parents un recours rapide pour éliminer une pathologie grave et/ou aiguë lorsque le médecin référent n'est pas disponible (10).

¹ Le médecin de la PMI ne peut être déclaré auprès de l'assurance maladie comme « médecin traitant »

² Bassin sensible : médecin exerçant seul et de plus de 50ans

Peu de liens ville-hôpital concernant l'enfant sont à ce jour organisés. Le travail en équipe autour de l'enfant s'organise parfois en réseau. Il en existe au plan national comme le Réseau périnatal Bien Naître en Ile-et-Vilaine (11) concernant tous les professionnels de la petite enfance, ainsi que le réseau Maternip en Languedoc Roussillon (12). Il existe certains réseaux spécialisés tels que RESO LR (13) sur le suivi onco-pédiatrique en Languedoc Roussillon. Localement, on retrouve le Réseau Méditerranée : Périnatmed, réseau de périnatalité regroupant la région Sud (anciennement PACA), la région Corse et la principauté de Monaco (14) ainsi que le Réseau d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique RHéOP (15).

Aucun réseau autour de la santé des enfants n'existe pour le moment sur le bassin grassois. Le lien ville-hôpital n'est pas formalisé et dépend de la volonté de chaque professionnel.

L'objectif de cette thèse est d'étudier les attentes des médecins du bassin grassois concernant le renforcement du lien ville-hôpital pour le suivi pédiatrique.

Méthode

Type d'étude

Dans une approche exploratoire, une étude qualitative a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins. Le choix d'entretiens individuels a été fait afin de permettre aux participants de s'exprimer le plus librement possible et de permettre des relances personnalisées. Cette étude non interventionnelle menée auprès de professionnels de santé ne nécessite pas d'avis du comité de protection des personnes.

Sélection des participants

Les médecins contactés étaient soit pédiatres ou médecins généralistes libéraux du pays grassois soit pédiatres hospitaliers du Centre Hospitalier de Grasse. Un échantillonnage raisonné en recherche de variation maximale a été effectué sur les critères suivants : diplôme, statut libéral ou hospitalier, âge, sexe, nombre d'années d'installation, lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), mode d'exercice (cabinet seul ou de groupe). Les premiers entretiens ont été réalisés par connaissance. Les participants étaient invités à l'issue de l'entretien à conseiller d'autres médecins qui pourraient avoir un point de vue intéressant pour notre étude, selon la méthode « boule-de-neige » (16). S'ils acceptaient de participer à la thèse, un lieu et une date de rendez-vous étaient convenus.

Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés en entretiens individuels semi-dirigés selon les guides d'entretien disponibles en annexe. Ces entretiens ont été réalisés par l'auteur principal de ce travail du 12 septembre 2019 au 3 février 2020. Un enregistrement audio par téléphone a été réalisé pour permettre une retranscription sous Word® par l'auteur. Les silences, les expressions et le non verbal ont été intégrés au verbatim afin de retranscrire le plus fidèlement possible ces entretiens.

Analyse des données

Les fichiers verbatim ont été intégrés au logiciel NVivo 12 Pro®. L'analyse thématique s'est déroulée en trois temps (17): un double codage aveugle des verbatims, puis le regroupement de codes en catégories et la mise en relation de ces catégories, et enfin la mise en évidence de thèmes principaux à partir des catégories. Durant ces 3 phases, les désaccords ont été résolus par consensus entre les deux codeurs.

Résultats

Onze médecins ont été interrogés. Il s'agit de 7 femmes et 4 hommes, dont le profil et le mode d'exercice sont précisés dans le tableau 1. La durée moyenne des entretiens est de 32 minutes (15-82 minutes). La saturation des données est arrivée au neuvième entretien, les deux suivants ont confirmé cette saturation.

A des fins d'anonymisation, l'âge et l'ancienneté n'apparaissent pas dans ce tableau. Dans cet échantillon, 4 médecins avaient moins de 35 ans, 2 entre 35 et 50 ans et 5 plus de 50 ans. Concernant l'expérience professionnelle, 5 pratiquaient leur activité depuis moins de 5 ans (après parfois une période de remplacement ou d'exercice hospitalier), 6 depuis au moins 10 ans (dont 4 depuis plus de 20 ans).

Médecin :	Sexe	Libéral / hospitalier	Lieu et mode d'exercice
PH1 12/09/19	Femme	Pédiatre Hospitalier	CH Grasse
MG1 17/09/19	Homme	MG libéral	Urbain, en groupe
PH2 19/09/19	Homme	Pédiatre Hospitalier	CH Grasse
PL1 23/09/19	Femme	Pédiatre libéral	Semi-rural, seule
PL2 15/10/19	Femme	Pédiatre libéral	Urbain, en groupe
MG2 05/12/19	Femme	MG libéral	Urbain, en groupe
MG3 05/01/20	Homme	MG libéral	Semi rural, en groupe
MG4 07/01/20	Homme	MG libéral	Urbain, en groupe
PL3 27/01/2020	Femme	Pédiatre libéral	Urbain, en groupe
PH3 28/01/2020	Femme	Pédiatre hospitalier	CH Grasse
MG5 03/02/2020	Femme	MG libéral	Urbain, en groupe

PH : Pédiatre Hospitalier ; MG : Médecin Généraliste ; PL : Pédiatre Libéral

Tableau 1 – Caractéristiques des médecins interrogés

Le bassin grassois a été délimité arbitrairement par le Département de l'Information Médicale (DIM) du CHG grâce à l'étude de la domiciliation des enfants accueillis aux consultations externes de pédiatrie. Les bassins cannois et antibois n'ont pas été intégrés à l'étude. En voici une présentation cartographique.



Figure 1 – Bassin grassois étendu

1. Collaboration actuelle

Les médecins sont plutôt satisfaits de la collaboration actuelle. La communication est déjà établie mais demande à être renforcée et simplifiée afin d'améliorer la prise en charge et le suivi pédiatrique.

1.1. Différents suivis de l'enfant

1.1.1. Adressage pour suivi pédiatrique

La grande majorité des naissances étant à l'hôpital, le premier lien ville-hôpital se met en place dès la sortie de la maternité. Le choix revient aux parents qui peuvent demander un avis au pédiatre qui réalise la première visite. PH1 : « *Il y a des gens qui veulent absolument un pédiatre donc dans ce cas-là on leur donne des noms de pédiatres en fonction d'où ils habitent. S'il n'y en a pas dans le coin, parce qu'ils sont trop loin je leur dis que le médecin traitant c'est très bien, s'il a l'habitude des bébés, il fera le suivi tout aussi bien qu'un pédiatre* ». Le plus important est la disponibilité du praticien pour le suivi, ses compétences à suivre l'enfant dès la sortie et la relation de confiance avec les parents. PH3 : « *Après que ce soit pédiatre ou médecin... il faut qu'il soit disponible et que ce soit quelqu'un en qui vous ayez confiance. Et qu'il soit facile d'accès, pour moi c'est primordial* ».

Les sages-femmes sont elles aussi sollicitées par les parents pour l'organisation de ce suivi, que ce soit à la maternité ou lors du retour à domicile. PL1 : « *Donc les enfants que je vois, ce sont des nouveau-nés qui sont adressés par les sages-femmes qui adressent en priorité chez le pédiatre... ce qui est logique !* ».

Certains pédiatres libéraux regrettent de ne pas pouvoir suivre le nouveau-né dès la sortie, pour la visite des 15 jours. PL2 : « *Vraiment on essaie de les voir à deux semaines donc c'est pas toujours évident, mais il y en a qui arrivent à trouver rendez-vous...* ». PL3 : « *On aime bien faire les visites régulières prévues plutôt que ce soit délégué. Et on aime bien faire de la prévention de tout un tas de choses en particulier la plagiocéphalie et quand on les voit à 3 mois c'est trop tard !* ».

Les reconvoqueries des sorties précoces posent aussi question. PL1 : « *Ben du moment qu'ils sortent, ils sortent ! Après sauf s'il y a un truc particulier à voir à l'hôpital mais s'il y a un pédiatre qui peut le voir et que l'enfant va bien euh. Je vois pas l'intérêt de reconvoquer à l'hôpital !* ».

1.1.2. Pénurie de pédiatres libéraux

Les pédiatres s'installent peu. PL2 : « *Les nouvelles promos... Personne s'installe !! Donc c'est vrai que les gens sont demandeurs* ». Parmi les freins à l'installation on retrouve la peur de la solitude. PL1 : « *Je débarque d'un service où il y a 50000 personnes à personne... personne ! Personne, personne ! Moi ça m'a fait une espèce de choc quand même* ». PL2 : « *J'aime pas travailler toute seule ! [...] Parce que quand on est habitué à l'hospitalier, on est toujours entouré et le piège dans lequel il ne faut pas tomber je pense peut-être en libéral c'est de s'isoler et d'être tout seul quoi !* ». En venant du monde hospitalier, la charge administrative peut aussi être un frein. PL1 : « *Mais le côté chiant c'est tout ce qui est sécu...* ». Ce déséquilibre entre offre et demande augmente la prise en charge par les médecins généralistes. MG4 : « *On fait souvent le suivi parce qu'il y a très peu de pédiatres sur Grasse, donc on fait le suivi* ».

1.1.3. Suivi par le médecin généraliste

Pour la majorité des médecins généralistes interrogés le suivi pédiatrique est une évidence et une partie de la diversité de ce métier. MG1 : « *Ce qui est intéressant c'est que ça fait partie de mon métier de médecin généraliste. Souvent je suis les parents déjà donc c'est une continuité. Ça varie un petit peu l'exercice* ». Beaucoup insistent sur le suivi familial et multigénérationnel. MG4 : « *Et souvent c'est de génération en génération (...). Je vois les enfants de l'époque qui ont des enfants qu'ils m'amènent voilà... donc c'est vrai que c'est avec plaisir* ». Le milieu de vie est connu, les antécédents familiaux, les problèmes de logement ou

bien financiers... G5 : « *C'est plus facile, les consultations sont un peu plus rapides parce qu'on connaît la famille* ».

Les médecins généralistes peuvent être ambivalents concernant le double suivi : parfois frustrés par un suivi ponctuel mais cela permet aussi une réassurance. MG3 : « *Je pense ce qui est bizarre c'est, dans la médecine générale, c'est que tant que ça va bien ben les gens vont voir le pédiatre surement pour se rassurer ou... et dès qu'il y a un problème souvent ils peuvent pas les voir rapidement donc ils vont voir le généraliste ! C'est bizarre comme mode d'exercice [rires]. D'un autre coté c'est bien qu'ils soient vus par un pédiatre comme ça on est sûr de pas passer à côté de quelque chose ! C'est pas une critique hein* ».

Le temps de consultation prévue varie de 20, 30 à 40 minutes selon l'âge des enfants et les professionnels de santé. MG1 « *Le temps de consultation je prévois plus donc c'est pas un frein pour moi... Non, c'est automatique, quand les gens prennent rendez-vous ils ont automatiquement... pédiatrie... tac 40 minutes, le double ! parce que c'est important* ». Pour la majorité le temps n'est pas un frein, soit le dépassement est anticipé, soit il est intégré.

1.2. Coordination des soins pédiatriques

1.2.1. Recours en cas d'urgences

À Grasse, le service de pédiatrie propose des « consultations sans rendez-vous ». Elles sont ouvertes du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h et le samedi matin. MG5 : « *On voit l'heure [de fermeture] arriver, on leur dit dépêchez-vous... avant que ça ferme ! Voilà. Mais c'est plutôt pratique. Et les parents je sais qu'ils apprécient* ». En dehors de ces plages horaires, les enfants sont reçus au service des urgences générales ou à la maison médicale. Au sein des urgences, les enfants peuvent être accueillis par les internes de garde parfois moins aguerris au suivi des enfants. MG4 : « *On sent bien que les internes ne sont pas tous formés à la gestion pédiatrique et qu'on pare à l'urgence et souvent on renvoie sur la médecine de ville en sachant qu'elle est saturée et que pour nous c'est difficile* ». PL3 : « *Si c'est le soir après 18h pour avoir directement le pédiatre et donc on discute et on voit s'il y a effectivement besoin qu'il soit vu par le pédiatre parce que sinon, s'il passe par les urgences on n'est pas toujours satisfait de ce qu'il s'y passe...* ».

Les « urgences » sont aussi gérées en libéral. MG4 : « *On a des urgences non programmées, on libère des créneaux d'urgence mais voilà, c'est sous tension en permanence comme à l'hôpital* ». Les consultations non programmées s'ajoutent aux consultations des patients habituels, MG5 : « *A l'hôpital il y a beaucoup d'enfants suivis par les médecins... les médecins font les suivis de leurs patients, mais ils n'ont jamais de place pour les voir en urgence ! Donc c'est nous qui dépannons en fait ! Donc il y a beaucoup d'enfants qu'on ne suit pas et qu'on voit juste pour des rhinos et des gastros !* ». Et parfois cela génère de la frustration. MG5 :

« Ben, qu'ils laissent des créneaux d'urgence pour voir leurs patients !! C'est pas qu'on veut pas les voir mais, c'est frustrant de pas faire le suivi et de voir que l'aigu ! ».

Les problèmes de l'heure d'adressage ainsi que des moyens disponibles en ville ont aussi été relevés. PH1 : « un bilan, une écho ça peut être fait en ville sauf que dans la journée quand il est 4h de l'après-midi on comprend qu'il y a un petit manque de moyen qui fait que c'est pas possible en ville donc ils viennent aux urgences. Ça c'est tout le système qui est à repenser... ».

1.2.2. Education parentale

Ces consultations ne relèvent pas toutes de l'urgence. PH3 : « C'est vrai que la plupart des consultations aux urgences c'est des choses qui pourraient tout à fait être réglées en ville... ».

Il s'agit souvent d'urgence ressentie par les parents. L'angoisse et la réassurance parentales s'intègrent dans le temps de consultation. PL2 : « Rien de grave mais les parents avaient besoin d'être rassurés. (...) ». Le but est de faire comprendre aux parents quand c'est urgent et quels sont les bons gestes à adopter. PH1 : « C'est l'éducation. L'éducation des patients et de.... Et... et relativiser, trier quoi. Faire le tri entre ce qui est vraiment urgent, ce qui a vraiment besoin d'aller aux urgences... ».

Parfois le recours aux urgences est aussi le dernier espoir de parents perdus. MG5 : « Non, c'est la maman qui a appelé plusieurs fois le pédiatre dans les jours précédents, qui l'a vu... elle a dû la voir, sa pédiatre, trois fois en une semaine et qui est vraiment à bout, qui a peur pour sa fille. Et du coup elle a décidé de venir ici de son propre chef ».

Les outils pour cette éducation parentale sont nombreux. MG4 : « On a des conseils aux parents, on a des fiches d'aide. Enfin soit de sites internet soit de conseils aux patients... soit des fiches qui peuvent être francophones ou qu'on a créées nous-même pour des régimes alimentaires, en fonction ».

1.2.3. Autres structures : CAMSP et PMI

Les parents ont aussi recours aux services de la PMI, présente sur Grasse, Pégomas et Valbonne souvent en complément de leur médecin traitant. PH3 « Elle a vu plusieurs fois son pédiatre en ville, elle a vu plusieurs fois la PMI pour être pesée, et...voilà ». Les parents peuvent aussi consulter au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) à Grasse. MG4 : « Là le CAMPS est intéressant parce qu'il y a une prise en charge multidisciplinaire et un suivi sur du long court. Pour certains troubles ».

1.3. Service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Grasse

1.3.1. Suivi des maladies chroniques

Les patients atteints de pathologies chroniques sont suivis par les pédiatres hospitaliers et ce suivi est souvent mixte. PH3 : « *Un syndrome néphrotique ! Je ne le suis que par rapport à ça et il est suivi à l'extérieur par son médecin traitant* ».

Le suivi hospitalier dans le cadre de maladie chronique ou de recherche de diagnostic est parfois lourd pour les parents qui peuvent se tourner dans un second temps vers la ville. PH1 : « *En fait elle est venue me voir une dernière fois à une consult qui était prévue et elle m'a dit qu'elle préférerait arrêter le suivi ici et être suivie en ville* ». Le lien peut être perdu une fois l'enfant suivi en ville. PH1 : « *Oui. Donc je sais pas s'ils ont trouvé un diagnostic... je suis pas au courant* ».

1.3.2. Suivi des prématurés et des nouveau-nés vulnérables

Les prématurés nés à Grasse (après 31 semaines d'aménorrhée ou SA) ou au CHU (avant 31 SA) et transférés secondairement sont suivis sur l'hôpital de Grasse et au CAMSP. Les premiers vaccins du deuxième mois qui doivent être réalisés sous surveillance sont réalisés lors d'une courte hospitalisation. PH2 : « *Ben pour les vaccins, les premiers vaccins c'était pratique que je les fasse moi parce que je l'ai suivi mais pour le reste oui il aura ses vaccins en ville* ».

1.3.3. Surspécialités et examens disponibles

Certaines surspécialités pédiatriques sont représentées (diabétologie, pneumologie, troubles des apprentissages, allergologie, dermatologie, pédopsychiatrie, chirurgie viscérale pédiatrique). Il a une Unité de Bilan des Troubles Cognitifs et de l'Attention (UBTCA). EN revanche, cette offre n'est pas connue de tous les médecins de ville. MG1 : « *Je ne savais même pas qu'il y avait quelqu'un dédié à tous ces troubles donc c'est un circuit qui est un peu à part. Et c'est typique... après je ne sais toujours pas exactement comment ça fonctionne, donc je peux pas envoyer...* ».

2. Pluralités des attentes

2.1. Communication

Les médecins interrogés insistent sur l'importance d'une bonne communication.

2.1.1. Courrier d'adressage et de sortie

Concernant l'adressage d'un enfant pour un avis ou une urgence au centre hospitalier, un courrier est jugé indispensable. Idéalement, un appel téléphonique en plus permet d'anticiper et de mettre en place l'accueil. PH1 « *Il faut qu'il y ait un écrit, c'est le minimum et le coup de fil c'est vrai que... c'est un plus et ça permet d'être plus sensibilisé au patient que la lettre quand il arrive* ».

Le courrier d'adressage permet d'identifier le médecin traitant de l'enfant et d'envoyer un retour. Le retour d'informations est très varié : en sortie d'hospitalisation certains affirment en avoir systématiquement un, d'autres de façon aléatoire et pour un médecin, jamais. MG4 : « *On a toujours un retour d'information. Parfois le délai est un peu long, mais je rassure il est plus court en pédiatrie que certains services ou l'on n'a pas de retour ou très peu* ». PL1 : « *Par contre Grasse, j'en ai envoyé plusieurs, une gastro qui a été gardé, une rougeole... Et euh... là par contre j'ai eu zéro retour, zéro lettre, rien...* ».

Globalement, les délais sont jugés trop longs. PH2 : « *Ben la lettre c'est sûr que oui... C'est trop long !* ». PL3 : « *Alors parfois quand il faut qu'ils reconsultent en urgence on reçoit un mot de liaison et on reçoit le courrier mais pas forcément... rapidement. Il peut y avoir du délai* ». Ce délai est critiqué, bien qu'il soit plus court lorsqu'il concerne les consultations.

Lorsque le recours aux urgences ne se fait pas via le médecin référent, celui-ci n'est pas toujours informé de l'hospitalisation. MG1 : « *Par contre, euh... je ne suis pas prévenu systématiquement... de la sortie, du retour ou même de l'hospitalisation (...). J'ai le retour quand les patients prennent rendez-vous et qu'ils me le disent...* ».

2.1.2. Carnet de santé

Pour les médecins interrogés, le carnet de santé est le moyen de partage d'informations privilégié chez l'enfant. Ils insistent sur l'importance de bien le remplir à chaque consultation. PH3 : « *J'avais ce qu'il me fallait dans le carnet, très bien rempli. Toutes les consultations, tous les poids, la courbe était faite, là c'était l'idéal* ». Il permet donc de faire le lien entre tous les professionnels de santé qui vont s'occuper de l'enfant.

Pour les participants interrogés les données sont à saisir en double ce qui prend du temps (dans le logiciel informatique et manuellement sur le carnet).

Sa bonne tenue dépend aussi des parents et de leur compliance. MG1 : « *Après s'il y a un mot dans le carnet c'est bien... après ils n'amènent pas toujours le carnet de santé... la lettre c'est pareil. C'est les parents quoi ! Il faut toujours penser qu'ils sont pas aussi fiables qu'on... qu'on pourrait le vouloir !* ».

Ce carnet permet aussi de savoir qui suit habituellement un enfant, qu'il soit pris en charge en urgence, au cabinet ou à l'hôpital. MG2 : « *Je les connais parce que dans le carnet de santé je vois les tampons de vaccins mais... [rires] c'est tout* ».

2.1.3. Accessibilité

L'accessibilité à un médecin hospitalier est vécue par les médecins de notre étude comme une grande difficulté. Le standard du centre hospitalier est ressenti comme étant très pénible. MG1 : « *Le téléphone... c'est infernal !!! On tombe sur le répondeur là qui comprend rien...* ». PL1 : « *Alors là quelle galère parce que j'ai dû passer par le standard...* ».

Le besoin d'avoir rapidement un interlocuteur est donc une demande forte. PL1 : « *Au moins que j'ai un contact direct. Je vais pas le déranger tous les 4 matins... Mais qu'on ait un contact direct au moins avec la pédiatrie* ». Et les rares médecins à avoir accès au numéro direct en sont ravis. PL3 : « *J'ai une série de numéros des pédiatres de Grasse. Je crois que c'est [un médecin du service] qui me l'avait donné. Donc un petit truc qui me sert très bien [sort le document] : voilà !* ». Même si ce système semble perfectible. MG4 : « *Alors par téléphone oui, bien sûr. Le problème du téléphone c'est que (...) les numéros changent (...) il faut toujours les remettre à jour presque annuellement. Les pédiatres changent...* ». Certains médecins suggèrent la possibilité de communiquer avec un pédiatre via son numéro privé. PL2 : « *Ça m'est déjà arrivé oui de les joindre sur leur portable perso. Je fais pas trop mais... C'est pratique !* ».

Les mails sont aussi sollicités par certains. PL2 : « *Si c'est pas urgent, urgent je fais un mail... Quand c'est un problème long et pas urgent souvent par mail et les retours sont rapides* ». PH2 : « *Le mail c'est bien et pratique : quand tu es occupé tu peux pas répondre et quand tu as un peu de temps tu prends le téléphone et tu réponds par mail. Donc même si je suis en récupération de garde ou à la maison ben je réponds. Facilement. Et ça marche bien le mail* ». Le fax est peu utilisé en raison de son manque de sécurisation.

L'idéal pour les médecins interrogés pour un adressage efficace est donc de prévenir le pédiatre par téléphone afin qu'il puisse anticiper et de fournir un courrier aux parents.

2.2. Coordination

2.2.1. Création d'un carnet de correspondants par l'expérience

Les médecins avec le plus d'expérience ont le plus de correspondants. MG2 : « *je pense que ça se fait avec le temps, les anciens médecins qui sont là depuis 30 ans ils se connaissent tous parce qu'à force ils ont fini par se rencontrer dans des formations des trucs comme ça* ». Les rencontres ne sont pas facilitées ni organisées et l'existence d'un réseau personnel se fait au cours des années. PL1 : « *Mais comme je les connais, et qu'ils me connaissent, du coup les relations se passent super bien. (...) Ils me connaissent depuis 20 ans* ».

Les études (et notamment l'internat) réalisées dans la région permettent de connaître les gens. Avoir un pied dans l'hôpital, via la maison médicale permet aussi de connaître l'organisation et les personnes. MG1 : « *Quand j'étais à la maison médicale je sais qu'ils sont d'astreinte* ».

donc je... j'appelle oralement le médecin et après je fais une lettre et en plus il part directement en pédiatrie ».

Les freins rencontrés émanent d'un manque de connaissance de l'hospitalier et des personnes référentes. PL2 : *« si on n'est pas de la région, qu'on n'a pas fait son internat ou ses études là on peut se dire j'espère que je vais pas me faire recevoir en appelant... ».*

2.2.2. Centre Hospitalier de Grasse

L'offre de soins du service de pédiatrie n'est pas connue des professionnels libéraux interrogés. MG1 : *« Ça dépend, à Grasse (...) je ne sais pas s'il y a des examens qui peuvent être faits... ».* PL1 : *« Je ne sais pas trop ce qu'ils font ! Par exemple si c'est de la chirurgie : je vais pas leur envoyer... Je pense qu'ils font zéro chirurgie... si ? ».* Donc certains envoient directement à l'hôpital CHU-Lenval de Nice pour éviter des transferts secondaires. MG3 : *« Dans la pratique dès que je sens que c'est compliqué j'envoie plutôt sur Lenval. J'envoie rarement sur Grasse... ».*

Il y a une forte demande d'informations de ce qui peut être pris en charge sur l'hôpital de Grasse. PL1 : *« Parce que c'est pareil, en pédiatrie si je veux envoyer en surspécialité : je ne sais pas ! Qui fait quoi... ».*

2.2.3. Coordination des professionnels entre eux

Parmi les personnes interrogées il n'existe quasiment aucun lien entre les médecins généralistes et les pédiatres libéraux. PL1 : *« Non mais c'est vrai que je suis un peu déçue du relationnel qui est nul. Oui, c'est nul hein il faut le dire. Mais pourquoi c'est nul... parce que je pense que... certainement qu'ils n'ont pas... ils n'ont rien à me demander quoi tout simplement ! ».* La pédiatrie libérale et la médecine générale sont similaires pour certains interrogés. MG3 : *« Et avec les pédiatres libéraux j'ai pas tellement de contact. Parce qu'en fait, dans ma pratique... Les pédiatres libéraux j'ai l'impression qu'ils font de la médecine générale... ».* Il existe sur ce point une divergence chez les participants à notre étude. PL1 : *« Comme apparemment il y a des médecins généralistes qui sont pédiatres aussi. C'est ce qu'on m'a dit : « Mon généraliste est pédiatre... » ».*

Les médecins généralistes interrogés ne sollicitent quasiment jamais les pédiatres libéraux, préférant un avis hospitalier soit parce que le lien existe soit en prévision d'une hospitalisation. On retrouve malgré tout peu de lien entre les hospitaliers et les médecins généralistes parmi les enquêtés (sauf exceptions). PH1 : *« Alors les médecins généralistes clairement on les connaît pas... enfin moi je les connais pas, ceux du secteur ».* Le manque de communication semble aussi exister parmi les généralistes entre eux. Et lorsque le besoin de communiquer entre généralistes se fait ressentir, les collègues du cabinet sont le plus souvent sollicités.

MG5 : « *Mais après c'est un gros cabinet, on est déjà pas mal donc pour un autre avis on est déjà bien loti !* ».

Le lien qui semble le mieux établi existe entre les pédiatres libéraux et hospitaliers.

2.3. Ressources Manquantes

2.3.1. Manque de formations répondant à un besoin

Les besoins de formations des professionnels interrogés ne sont pas pris en compte lorsque celles-ci sont mises en place. MG4 : « *La sécu décide qu'aujourd'hui c'est la thématique tabac. On reçoit des affiches, des flyers, des documents, des numéros verts mais on va pas être dans la demande du professionnel* ».

La formation doit être adaptée aux attentes et besoins des médecins. PL2 : « *Voilà, des mises à jour ! La fièvre, la gastro, la bronchiolite... Pour éviter je sais pas qu'il y ait trop de recours aux urgences* ».

Quand les formations existent, elles sont principalement sur Nice et plutôt destinées aux pédiatres. PL3 : « *Donc c'est vrai que (...) ça se fait plus à Nice ça. Avec notre syndicat niçois [de pédiatre] on voit souvent les hospitaliers de Lenal et donc du coup on se connaît comme ça* ».

D'après les enquêtés, il existe peu de réunions où pédiatres et médecins généralistes peuvent se rencontrer. Le fait d'apprendre et d'échanger fait partie de leurs attentes. MG4 : « *Moi j'aimais bien et j'aime toujours les thématiques de Lenal ! Il y a une dizaine de sujets abordés en soirée et par différents intervenants et ça permet de condenser les interventions de synthèses, brèves, adaptées à l'attente et c'est pas mal ! Des soirées type thématiques !* ».

2.3.2. Manque de temps

Tous les professionnels interrogés sont pris par le temps. PL2 : « *Les agendas sont pas extensibles !* ». La notion de rendement revient chez les médecins interrogés, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux. MG1 : « *Si tu passes une heure... faut avoir des infos, que ça soit profitable !* ». Pour une formation ou une rencontre il faut donc éviter une perte de temps, que ce soit bénéfique, rentable. MG1 : « *Le tout c'est de prévoir à l'avance et qu'il n'y ait pas de fréquence trop élevée* ». Le fait de prendre du temps pour des rencontres et des formations peut même devenir gratifiant. PH2 : « *Je sais pas le matin je suis ici, l'après-midi je me détache pour aller faire je sais pas quoi en ville avec les médecins de ville : ben oui je le ferais. Je le ferais bien sûr avec la charge de travail qu'y a ici, il faudra que je récupère derrière tout ce que je n'ai pas fait... mais au moins ça serait un peu gratifiant* ».

3. Renforcement du lien ville-hôpital

Le travail en équipe, en collaboration et en réseau apparaît comme une évidence au cours des différents entretiens.

3.1. Renforcement du lien humain

3.1.1. Apprendre à se connaître pour travailler ensemble

La communication apparaît d'autant plus simple et facile que les personnes interrogées échangent avec des connaissances. Lorsqu'ils ne savent pas à qui s'adresser alors la démarche de demander un avis est vécu difficilement et dans l'appréhension. PL1 : « *J'appelle les médecins que je connais !* ».

Le fait de connaître les confrères leur évite de se sentir isolés. Les avis se font plus facilement, sans appréhension et sans notion de hiérarchie permettant selon eux une meilleure prise en charge. PL2 : « *Le piège dans lequel il ne faut pas tomber je pense peut-être en libéral c'est de s'isoler et d'être tout seul quoi !* ». L'entraide et l'assurance de pouvoir compter les uns sur les autres sont des demandes fortes de la part des médecins interrogés. PL2 : « *Et pour assurer de la permanence de soin en plus, pour les patients et pour communiquer sur les patients parce... c'est toujours agréable de se dire on peut avoir un deuxième œil... un deuxième avis, un autre regard* ».

Les pédiatres interrogés se connaissent, grâce à leurs études, aux staffs et aux formations déjà organisées. Ce lien ville-hôpital existe donc déjà pour les pédiatres.

Pour les médecins généralistes en revanche, il n'existe pas encore de rencontres avec les hospitaliers. Et c'est un souhait des deux parties. MG2 : « *Le fait qu'on se rencontre tous. C'est pratique. Ça fait un seul moment et ça évite de multiplier les rencontres* ». Les professionnels souhaitent connaître l'autre et ses compétences, facilitant les recours ultérieurs. MG2 : « *Je pense que se rencontrer physiquement ça aura plus d'apport que ce qu'on peut avoir par courrier, par contact téléphonique, que les mails tout ça qui sont déjà bien mais qui bon quand tu discutes avec la personne c'est sûr que ça change quoi !* ». Quitte à ce que les rencontres se fassent de façon informelle. PH2 : « *Et se faire connaître il y a différentes situations : on peut se faire connaître autour d'un repas* ».

3.1.2. Les formations locales : un outil de rencontre

Les rencontres sont indispensables pour échanger et partager. Dans les réponses obtenues, les rencontres doivent avoir du sens, un but. Ces formations devront donc répondre à un besoin ressenti par les médecins intéressés. PH3 : « *Parce que se voir pour se voir je pense que les gens ils n'adhèreraient pas mais après si tu proposes quelque chose avec vraiment un débouché, ouais pourquoi pas !* ».

Les propositions évoquées passent par des rencontres autour de thèmes qui intéressent médecins généralistes et pédiatres. La fréquence de ces rencontres doit tenir compte des besoins et des contraintes des professionnels et représenter un véritable lieu d'échanges.

MG4 : « *Je pense que le format magistral a vécu... [...] le côté pratique et le coté réponse aux attentes est le plus adapté au besoin de formation je pense* ».

Participer aux staffs de service lorsqu'il s'agit de l'un de ces patients apparaît comme étant pertinent pour certains généralistes même si le manque de temps représente toujours un frein. La promotion de l'hôpital de Grasse et de son service de pédiatrie peut être faite durant ces rencontres, afin de favoriser les échanges et d'informer les libéraux sur les prises en charge possibles. Il y a une demande d'être intégré, de faire partie d'un ensemble, de partager. Ces formations et informations devront selon le souhait des enquêtés être un lieu de rassemblement. MG1 : « *Et après il faut formaliser quelques réunions dans l'année. (...) la relation ville hôpital je pense que ça peut être intéressant. S'il y a des projets qui se mettent en place, il faut faire participer tout le monde...* ». Afin de valoriser ces échanges, certains médecins interrogés ont proposés que ces réunions ou formations soient rémunérées. MG4 : « *Lorsque l'on fait un protocole, lorsque l'on discute ensemble sur un cas complexe ça serait normal que les médecins soient rémunérés. C'est du travail et c'est encore un autre débat* ».

3.2. Renforcement de la communication

La coordination des soins passe par les échanges. Que ce soit pour des avis, pour des retours post-hospitalisation ou post-opératoire. Ils peuvent se faire via le carnet de santé ou par courrier. MG1 : « *C'est la communication qui permet une meilleure prise en charge. S'il y a plus de facilité de communication... pour tout le monde que ce soit pour nous ou pour eux, vu la masse de travail c'est plus facile* ».

Pour permettre et améliorer cette communication, de plus en plus de moyens sont à disposition avec comme priorité le partage rapide et sécurisé. Certains médecins relèvent cependant des difficultés techniques. MG4 : « *Enfin actuellement les outils sécurisés de l'hôpital sont pas encore interfacés avec les outils sécurisés que l'on utilise de notre côté...* ». L'une des solutions trouvées au cours des entretiens serait une adresse mail unique pour le pédiatre de garde, comme le numéro unique du téléphone de garde, accessible depuis l'extérieur. PH1 : « *Le pédiatre de garde il a le téléphone de garde et le mail de garde. Le médecin qui adresse il a qu'une adresse il doit pas checker qui est le pédiatre de garde et il envoie sur un seul email. Sinon, il ne le fera jamais* ».

A l'heure du numérique, l'instantané est aussi sollicité, avec ses limites (sécurité, secret médical). MG3 : « *Et ensuite pourquoi par faire une espèce de groupe Whatsapp d'échange quoi ! Voilà* ».

Le lien peut se créer aussi autour des internes par le biais de la faculté et des enseignements. MG4 : « *Après on n'a pas assez de liens ! Moi j'ai eu plus de liens par le biais du département de médecine générale (...) que ce soit pour les animations de GEASP³ ou pour les échanges avec les étudiants* ».

Comme partout, la qualité de la communication est définie par les enquêtés comme étant personne-dépendante. PL3 : « *Mais je pense que ça dépend aussi des personnes sur qui on tombe* ».

Les attentes concernant la communication reposent sur une facilité d'accès : savoir qui joindre et comment. Cette attente concerne tant les médecins de ville qui souhaitent avoir un avis que les médecins hospitaliers qui veulent orienter les parents pour le suivi ambulatoire des nouveau-nés. MG5 : « *Mais un petit courrier avec tous les médecins, comment les joindre sans passer par le standard qui est impossible à joindre ! Mais voilà savoir leurs spécialités, leurs disponibilités, les créneaux de consultations, s'ils consultent en privé, en public...* ».

Un site internet peut permettre aussi d'échanger des informations, comme par exemple le site sur les journées pédiatriques du Garlaban⁴.

Une autre piste évoquée serait la création d'un ensemble de protocoles communs de prise en charge. Ces protocoles pourraient être établis par exemple à l'issue de réunion sur des cas complexes.

Améliorer le parcours de soins peut aussi éviter une trop grande affluence aux urgences et une frustration parentale. Une proposition de la part des libéraux serait d'obtenir plus facilement des rendez-vous avec un pédiatre hospitalier sous 24 à 48 heures pour valider un traitement ou une prise en charge. MG1 : « *Alors ils peuvent les voir en consult souvent en pédiatrie, et tu les envoies quand même en urgence* ».

3.3. Un réseau ? Des limites

Cette communication ville-hôpital est une nécessité ressentie, les attentes sont de l'entretenir et de l'augmenter. Lorsque nous interrogeons les médecins, la notion de réseau peut faire peur avec l'organisation qui en découle, les statuts juridiques et sa mise en place. Pour beaucoup, le lien doit passer par un travail conjoint, en parallèle mais sans forcément une structure organisationnelle et chronophage. PL2 : « *Moi je voyais ça plutôt un petit truc, informel, entre nous quoi, enfin entre ceux qui veulent ! Avoir une mailing list et...* ». Le but n'est vraiment pas de faire un réseau pour faire un réseau et organiser des réunions qui feront perdre du temps à chacun. La demande faite est d'optimiser les échanges et la prise en charge. MG4 : « *Le problème c'est de créer des réseaux qui ne soient pas ouverts ça multiplie*

³ GEASP : Groupe d'Entraide à l'Analyse des Situations Professionnelles

⁴ Les pédiatres du Garlaban : Association de pédiatres située à Aubagne proposant des formations (Journées pédiatriques du Garlaban) ouvertes aux pédiatres et médecins généralistes

les rencontres et on a très peu de temps. Moi j'ai connu l'arrivée des réseaux : VIH, toxicomanie, hépatites... ils se sont multipliés et le problème c'est qu'au début j'allais aux réunions du réseau, des premiers réseaux et puis plus les réseaux se sont multipliés et plus il a fallu faire des choix et donc en fait c'est pas tellement créer des réseaux et des obligations ».

Discussion

Cette étude a permis de mettre en évidence des difficultés de collaboration et de communication entre les différents acteurs médicaux du suivi des enfants. Les libéraux ne se connaissent pas et ne connaissent pas les hospitaliers. L'amélioration du lien ville-hôpital et le renforcement de la collaboration apparaissent comme un souhait unanime. Les difficultés concernent l'accessibilité (standard, numéro de garde non connu, délai de réception des courriers) et les moyens de communication (mails sécurisés et messageries non synchronisées). Afin d'y remédier, des réunions d'informations et de formations (dernières recommandations, consensus de prise en charge par pathologies) peuvent être mises en place afin d'améliorer ce travail en équipe auprès des professionnels volontaires. La création d'un réseau n'était pas souhaitée par les professionnels interrogés, du moins actuellement.

Difficulté de collaboration ville-hôpital

Ce manque de lien ville-hôpital a déjà été retrouvé dans d'autres travaux (18)(19). Dans ces travaux, les libéraux se sentent souvent isolés, avec un recours difficile au milieu pédiatrique hospitalier. Le fait de se rencontrer, d'apprendre à se connaître et d'appréhender les rôles et missions de chacun est important, pas seulement pour les professionnels de notre étude (20). Les libéraux souhaitent aussi une meilleure communication sur l'offre de soin de la pédiatrie de Grasse tant en surspécialités qu'en plateau technique. Le lien entre les médecins généralistes et les pédiatres libéraux doit être mis en place, dans le cadre de ce travail en équipe afin de partager des compétences et des avis. Par ailleurs, il a déjà été démontré notamment chez les adultes, qu'un lien fort ville-hôpital permet d'améliorer le suivi des patients et de diminuer dans certains cas les ré-hospitalisations(21).

Souhait de mise en place concrète

Parmi les propositions d'amélioration de ce lien, l'organisation de rencontres de type formation médicale continue semble recueillir tous les suffrages. Ces formations permettent aux différents acteurs du suivi de l'enfant de se rencontrer, ce qui améliore leur collaboration future (22). Elles permettent aussi une mise à jour des connaissances scientifiques ainsi que la création de protocoles de prise en charge (19). Idéalement, les formations répondraient au Développement Professionnel Continu (DPC), permettant une rémunération des participants (23). Il peut aussi s'agir de DPC intra-hospitalier qui permet de faciliter le lien ville-hôpital (24).

Au départ, le lieu de ces rencontres doit être le plus neutre possible, comme par exemple dans un palais des congrès, qui regroupe déjà certains événements médicaux. C'est le cas pour les

journées du cercle grassois de gynécologie-obstétriques (25). Ces journées réunissent médecins, chercheurs, infirmiers, chirurgiens autour de thématiques communes. Dans un second temps, il semble pertinent de délocaliser ces réunions au sein de l'hôpital et des différents cabinets ou maisons de santé du bassin grassois. Une meilleure connaissance des conditions d'exercice de l'autre améliore la collaboration et le lien entre les différents médecins (26) et entre les différents professionnels de santé (27). La formation médicale initiale permet d'apprendre à travailler ensemble, dès l'internat (22)(27)(28). Des cours communs aux différents internes de spécialités (dans notre cas pédiatrie et médecine générale) pourraient ainsi permettre de tisser des liens dès l'internat et seraient un moyen d'améliorer le futur lien ville-hôpital.

Enfin, certains médecins proposaient aussi des réunions informelles, pour tisser autrement du lien et apprendre à se connaître en dehors de la médecine : autour d'un repas par exemple (29).

Moyens de communication

La communication doit être améliorée afin de permettre une meilleure accessibilité aux différents intervenants, tant de la ville vers l'hôpital que de l'hôpital vers la ville. Les praticiens hospitaliers souhaitent un appel téléphonique plus un courrier écrit pour une hospitalisation ou un adressage en urgence. Les libéraux souhaitent un courrier de sortie plus rapide (ou une lettre de liaison systématique, même après un passage par les urgences).

Les moyens actuels nous permettent de communiquer simplement, de façon sécurisée et rapide. Parmi les demandes urgentes et récurrentes, déjà retrouvées dans d'autres travaux, on retrouve le numéro direct et la réduction du délai de réception des courriers (30), (31). En 2017, un courrier postal comprenant les numéros directs des pédiatres hospitaliers, le numéro du pédiatre de garde et une ligne directe réservée aux professionnels de santé a été adressé par le service de Pédiatrie à plus de cinq cent médecins libéraux du bassin grassois et hospitaliers des Alpes-Maritimes, mais reste inconnu de beaucoup des destinataires. Le site internet de l'hôpital mentionne également les consultations de surspécialités et le nom des praticiens référents. Ces démarches ont donc été insuffisantes. Il serait pertinent de répéter plus régulièrement la diffusion de ces informations notamment lors de réunions de formations ou grâce à la création d'un annuaire. Ce dernier serait idéalement électronique, interactif avec un plan qui permettrait de voir quel est le praticien le plus proche mais aussi régulièrement mis à jour. En effet, la mise en place d'un tel annuaire a déjà montré ses limites, notamment la mise à jour des données, ce travail concernait un annuaire d'offre de soin en psychiatrie (32). Concernant le délai de réception des courriers, l'envoi par mail sécurisé est plébiscité mais des problèmes techniques (de coordination des messageries) semblent freiner les échanges pour le moment. Ces freins sont bien connus et ont déjà été mis en évidence dans d'autres

travaux sur les moyens de communication entre médecins généralistes et le centre hospitalier (31)(33).

Pour le suivi pédiatrique, le carnet de santé reste l'outil de référence, surtout lors des premières années (lorsqu'il est bien rempli). Bien qu'à double emploi avec les logiciels informatiques, le support papier est donc toujours préféré. L'émergence du support numérique par le Dossier Médical Partagé (DMP) n'a pas encore une place de choix : doute sur la fiabilité et la sécurité, choix des informations visibles par le patient et les parents en limitent l'usage chez l'enfant (34).

Concernant les nouvelles technologies, la téléconsultation de l'enfant commence à se développer. L'importance des mesures (taille, poids, périmètre crânien) et de l'examen clinique freinent le développement de cette pratique chez l'enfant. Tout comme la nécessité d'un examen clinique complet chez les nourrissons. Cette téléconsultation n'est possible que si l'enfant a été vu (physiquement) au cours des douze derniers mois (35).

Réseaux existants

Depuis le 4 mars 2002, les réseaux de santé ont une définition officielle (Code de la santé publique, article L6321-1) : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations » (36). Le réseau associatif est le plus souvent choisi, sous le statut de la loi du 1^{er} juillet 1901 (37). Cette mise en place demande du temps et de l'implication de la part de professionnels qui sont déjà débordés. La priorité est donc de créer et renforcer le lien ville-hôpital et des solutions concrètes et rapides doivent être mises en place.

L'augmentation du lien ville-hôpital notamment par la mise en place de réseau permettait par exemple une simplification d'accès à l'hospitalisation et une diminution du recours aux services d'urgences (38).

Le suivi du nouveau-né se fait aussi par les sages-femmes du programme Prado qui initie le lien ville-hôpital dès la sortie de la maternité lors du retour à domicile (22)(39).

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, une aide ?

Le projet régional de santé 2018-2023 reprend parmi les 7 priorités « mettre en place une politique globale en faveur des enfants et des jeunes ». L'organisation en réseau et le support numérique sont des piliers de ce projet (40).

La création d'une CPTS, selon la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, a pour but de mettre en place une organisation territoriale de proximité qui assure des soins de premier et second recours (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, pharmaciens...) exerçant seuls, en cabinet de groupe, en maison de santé pluriprofessionnelle ou en équipes de soins primaires en lien avec des établissements hospitaliers (publics et privés) et du secteur médico-social et social (PMI par exemple) (41).

Le but est d'identifier les professionnels pour favoriser le travail en équipe afin de répondre aux besoins de la population mais pas seulement : les services identifiés sont à rendre au patient, à la patientèle, à la population et au professionnel.

Ainsi, dans le cas du suivi pédiatrique : les professionnels concernés sont les médecins (pédiatres et généralistes libéraux), les puéricultrices, les sages-femmes, les kinésithérapeutes, la PMI et le CAMSP voire l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Il n'y a aucune obligation de participation. Les volontaires œuvrent pour un projet de santé commun, local au sein de la CPTS et en lien avec les structures hospitalières et médico-sociales.

Prenons l'exemple de la CPTS « Pôle Santé Paris 13 » qui a entre autres organisé un parcours « enfant d'âge scolaire, repérage et prise en charge des troubles des apprentissages » (42). Dans ce parcours sont regroupés des médecins et des auxiliaires paramédicaux (orthophonistes et psychomotriciens notamment) qui prennent en charge les enfants et échangent entre eux sur cette prise en charge.

Forces et limites

Ce travail autour du lien ville-hôpital est essentiel. Il est mis en avant à la fois par les professionnels et les autorités (40). Il répond à un besoin local fort. Le choix d'une étude qualitative permet d'explorer les attentes et les freins des professionnels. Leurs réponses permettent une réflexion cohérente et mieux adaptée au territoire, en prenant en compte les moyens humains et techniques déjà présents sur le bassin grassois afin de les optimiser.

Une thèse miroir en cours de rédaction permettra d'explorer les attentes des parents sur le suivi pédiatrique et le lien entre la ville et l'hôpital sur ce même bassin.

Des focus groups étaient initialement prévus. Ces entretiens rassemblant plusieurs professionnels n'ont malheureusement pas pu être organisés du fait des contraintes organisationnelles de chacun. Il n'y a donc eu que des entretiens individuels, plus intimes et peut-être plus propices à exprimer ses idées sans peur du jugement. Ce travail de thèse est le premier exercice de la sorte pour l'auteur. La conduction des entretiens libres fut la plus

neutre possible. Malgré un travail bibliographique important sur la méthode qualitative et sur les entretiens, des erreurs non intentionnelles ont pu se produire.

Lors des premiers entretiens, la limite d'âge des enfants avait été fixée à 6 ans, en accord avec les dernières recommandations HAS (43). Elle a vite été remise en question puisque le suivi des plus de 6 ans et adolescents doit être intégré au lien ville-hôpital. Les avis sont parfois plus nombreux pour cette tranche d'âge, tout comme les adressages en urgence.

Ici, nous nous sommes limités aux médecins (hospitaliers et libéraux, pédiatres et généralistes). Les sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, puéricultrices pourraient secondairement être impliqués dans ce travail en réseau.

Conclusion

Le lien entre les libéraux (pédiatres et médecins généralistes, et généralistes entre eux) demande à être développé, ce n'est pas encore une évidence. Le lien entre les libéraux et les hospitaliers existent déjà, par obligation (besoin d'un avis ou d'une hospitalisation) ou par volonté (liens amicaux). Le fait de travailler ensemble, en se connaissant les uns les autres permettrait une meilleure collaboration et une meilleure prise en charge. Ce lien doit être entretenu et facilité par tous les moyens. Cette demande unanime émane des médecins, libéraux et hospitaliers. Les rencontres permettant de créer du lien devraient être mises en place, dans le cadre de formations répondant à des besoins communs.

Concernant l'accessibilité, les moyens déjà mis en œuvre doivent être connus du plus grand nombre (le numéro du pédiatre de garde accessible depuis l'extérieur) et d'autres pourront être envisagés : mail unique du pédiatre de garde, messagerie instantanée sécurisée regroupant les membres du réseau, site internet... et plus simplement annuaires « map » de tous les intervenants avec téléphone professionnel (et personnel pour ceux qui le souhaitent, disponible seulement pour les confrères), adresse du cabinet en version papier puis pourquoi pas numérique (application mobile).

Le renforcement du lien ville-hôpital concerne tous les soignants impliqués dans le suivi pédiatrique et est donc un enjeu du territoire. Il permettrait de dynamiser et de moderniser la prise en charge pédiatrique. La création d'une CPTS peut être un catalyseur dans l'organisation de la collaboration locale et permettrait de renforcer le lien ville-hôpital en intégrant les professionnels volontaires. L'élargissement aux professionnels autres que médecins dans ce travail en équipe autour de l'enfant est une force de la CPTS.

Un travail complémentaire reste cependant à faire pour répondre aux problématiques mises en évidence dans ce travail. Ce travail futur pourrait évaluer la mise en place et l'apport de la CPTS dans la collaboration entre les différents acteurs du suivi de l'enfant.

Les auteurs n'ont à signaler aucun conflit d'intérêt.

Bibliographie

1. Population par groupe d'âges [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-ages/>
2. Nombre d'habitants Grasse 2019 population évolution [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://ville-data.com/nombre-d-habitants/Grasse-6-06069>
3. Centre Hospitalier de Grasse. Livret d'accueil maternité [Internet]. Disponible sur: <http://www.ch-grasse.fr/actualites-23/livret-d-accueil-maternite-127.html?cHash=48027f2cf8658dbbaa979ce5050c277c>
4. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/alpes-maritimes/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>
5. Valleteau de Mouillac, Jérôme. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2013 [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/la-pediatrie-liberale-enjeux-difficultes-et-perspectives/>
6. Médecin généraliste Grasse - Professionnels de santé [Internet]. [cité 8 août 2019]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/medecin-generaliste/06-alpes-maritimes-grasse/page-3>
7. Synthèse régionale médecins généralistes – URPS Médecins Libéraux PACA [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: http://www.urps-ml-paca.org/?page_id=1242
8. Haute Autorité de Santé - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. [cité 1 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes
9. Gaspar A. Représentations des parents sur le professionnel assurant le suivi de la santé de leur enfant de 0 à 2 ans, à travers leurs attentes et leur ressenti: le médecin généraliste répond-il aux attentes des parents dans l'offre de santé ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
10. Bourgogne C, Querbes B. Comprendre le parcours de soins des parents consultant aux urgences pédiatriques pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire: enquête qualitative auprès de parents du CHU de Nantes et du CHD de La Roche-Sur-Yon [Thèse d'exercice]. [France]; 2017.
11. Réseau périnatal Bien Naître en Ile-et-Vilaine.pdf [Internet]. [cité 9 déc 2018]. Disponible sur: <https://perinat35.org/medias/media409.pdf>

12. Accueil | Maternip [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.maternip.org/>
13. Akbaraly MJ. Evaluation de la coordination du RESO L-R (réseau enfant soins oncologie Languedoc-Roussillon) avec les médecins traitants et infirmiers libéraux [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
14. Accueil - Réseau PerinatMed [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <http://www.reseaperinatmed.fr/>
15. RHÉOP - Réseau d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique - PACA et Corse [ACTUALITES] [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.rheop.org/>
16. Echantillonnage en méthodes qualitatives — EduTech Wiki [Internet]. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: https://edutechwiki.unige.ch/fr/Echantillonnage_en_m%C3%A9thodes_qualitatives
17. Engle M. Qualitative Data Analysis: An expanded Sourcebook (2nd Ed.) Matthew B. Miles and A. Michael Huberman. Thousand Oaks, CA: Sage publications, 1994, 336 pp. Am J Eval [Internet]. [cité 10 mars 2020]; Disponible sur: https://www.academia.edu/24952893/Qualitative_Data_Analysis_An_expanded_Sourcebook_2nd_Ed._Matthew_B._Miles_and_A._Michael_Huberman._Thousand_Oaks_CA_Sage_publications_1994_336_pp
18. Cassol É. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de vingt-quatre mois: étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2015.
19. Gellis C. Collaboration ville-hôpital pour le suivi du nouveau-né: exemple des médecins généralistes de Charente maritime [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.
20. Ballieu D. Envisager une vision innovante à propos de la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital dans le bassin choletais: Mise en place d'un lien « ville-hôpital » au sein de l'HDJ du Centre Hospitalier de Cholet [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2019.
21. Enzinger L. Coopération ville-hôpital: évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018.
22. Digard L. Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes ? Étude qualitative par focus groups auprès de sages-femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie. 23 oct 2018;66.
23. Formation:ce qu'il faut savoir sur le DPC [Internet]. Remede.org. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/formation-ce-qu-il-faut-savoir-sur-le-dpc.html>
24. Signol B. La communication ville-hôpital en 2016: constat et pistes d'amélioration [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2016.

25. 26^e journées du Cercle Grassois de Gynécologie-Obstétrique | Réseau Régional de Cancérologie OncoPaca-Corse [Internet]. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.oncopaca.org/fr/events/26deg-journees-du-cercle-grassois-de-gynecologie-obstetrique>
26. Kiener M. Collaboration entre médecins généralistes et médecins de PMI: enquête qualitative par focus group dans la Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
27. Carneiro de Queiroz C, Ty R. Etude de la communication interprofessionnelle entre médecins et infirmiers exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
28. Lemoine A. Collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers du CHRU de Lille. Exemple de la Hop'line [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
29. Staffoni L, Knutti-Menia I, Bécherraz C, Pichonnaz D, Bianchi M, Schoeb V. Définir la collaboration interprofessionnelle : étude qualitative des représentations pratiques des formateurs/trices en santé. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2019;19(205):3-9.
30. Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
31. Hubert G. La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2006.
32. Navarro N. Parcours de l'utilisateur en santé mentale. Mise au point d'un outil d'amélioration de la lisibilité des ressources disponibles : ViaPsY, annuaire pédagogique de l'offre locale en santé mentale [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2552/>
33. Gerbaud L-H. Étude de la relation entre les médecins généralistes et l'hôpital de Rochefort, quels moyens de communication pour optimiser la prise en charge ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2019.
34. Le Camus M. Évaluation du remplissage du carnet de santé des enfants de 0 à 6 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.
35. Télémédecine – La téléconsultation et la téléexpertise en pratique [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069228/fr/telemedecine-la-teleconsultation-et-la-teleexpertise-en-pratique
36. DGOS. Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>

37. Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association | Legifrance [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069570>
38. Toledano A. Relations médecins généralistes - hôpital: évaluation à un an d'une filière d'admission directe dans un service de médecine interne au CHU de Toulouse [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
39. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
40. Projet régional de santé 2018-2023 [Internet]. [cité 7 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2018-2023-0>
41. Leicher C. CPTS et territoire. Regards. 2019;N° 56(2):81-92.
42. Falcoff H, Gasse A-L, Berraho-Bundhoo Y, Dubois S. Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13e arrondissement de Paris. Regards. 2019;N° 56(2):93-104.
43. Haute Autorité de Santé - Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires [Internet]. [cité 1 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires

Annexe 1 : Canevas du guide d'entretien initial

Première version pour les Médecins libéraux

- Présentation :
 - o homme ou femme, avec ou sans enfant, tranche d'âge (<35ans, 35-50, >50ans)
 - o mode d'exercice : seul, en groupe, maison de santé, hôpital, rural, mixte ou ville
 - o installation : récente (<5ans, 5 à 10 , 10 à 20 ou >20ans)
 - o population pédiatrique (%),
 - nouveau né combien par semaine : attentes ? (suivi dès la naissance, appui du réseau si besoin...), freins au suivi ? (temps de consultation, angoisse des parents...), équipement ? (balance, bilicheck, toise...)
 - enfant <6ans : combien par semaine? Attentes ? frein au suivi ? Equipement ? (balance, test visuel...)
- Pouvez-vous me raconter la dernière consultation d'enfant de moins de 6 ans que vous avez reçu en cabinet. (Dans quel cadre : suivi habituel ? sur rendez-vous ou en urgences ? temps de la consultation : dépassement du temps prévu ? pathologie chronique ou problème aigu ? demandes multiples ? Difficultés ?)
- Pouvez-vous maintenant me raconter le dernier patient pour lequel un lien avec l'hôpital a été nécessaire (mode de recours : téléphone, mail, urgences, smur...).
Suivant la réponse, rechercher des patients qui ont nécessité :
 - o Lorsque vous avez besoin d'hospitaliser un enfant, faites-vous une entrée directe ou via urgences et par quels moyens (téléphone ? mail ? autres ?)
 - o Lorsque l'un de vos patients qui a été hospitalisé rentre à domicile, êtes-vous satisfait de cette sortie (information, coordination des soins, suivi organisé s'il y en a un : date de rdv, facilitateurs : courrier de sortie, appel téléphonique, mail, autre)
 - o Avez-vous des enfants atteints de maladies chroniques suivi sur l'hôpital de Grasse ? Que pouvez-vous me dire de ce suivi ? (suivi organisé ? courrier de consultation disponible et délai de réception ? information sur les changements de traitements)
- Quels sont vos liens avec les pédiatres libéraux, les pédiatres hospitaliers ? (Bonne collaboration ? Communication simple et rapide ou au contraire difficile ?)
- Avez-vous des idées/ suggestions par rapport à ce renforcement du lien ville-hôpital, qu'en attendez-vous ?
- Pouvez-vous me communiquer le nom (+/- coordonnées) de médecins que vous connaissez qui travaillent dans le bassin Grassois (généralistes et pédiatres)

Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré.

Première version pour les Médecins hospitaliers

- Présentation :
 - o homme ou femme, avec ou sans enfant, tranche d'âge (<35ans, 35-50, >50ans)
 - o Ancienneté d'exercice au CHG : récente (<10ans, 10 à 20 ou >20ans)
- Pouvez-vous me raconter la dernière prise en charge d'enfant de moins de 6 ans que vous avez réalisée. (Dans quel cadre : hospitalisation (pédiatrie ou néonatal)? consultation programmée ou non programmée ? venue spontanée ou adressé par un médecin ?)
- Pouvez-vous maintenant me raconter le dernier patient que vous avez pris en charge et qui comprenait un lien avec la ville (lien : téléphone, mail, urgences, courrier...).
Suivant la réponse, rechercher des patients qui ont nécessité :
 - o Lorsque vous recevez un enfant suivi en ville, vous arrive-t-il d'avoir à contacter son médecin traitant et si oui pourquoi et comment ? (téléphone ? mail ? autres ?)
 - o Lorsque l'un de vos patients qui a été hospitalisé rentre à domicile, prenez-vous contact avec son médecin traitant (information, coordination des soins, suivi organisé s'il y en a un : date de rdv, facilitateurs : courrier de sortie, appel téléphonique, mail, autre)
 - o Avez-vous des enfants atteints de maladies chroniques suivi à la fois sur l'hôpital et en ville ? Que pouvez-vous me dire de ce suivi ? (suivi organisé ? courrier de consultation disponible et délai de réception ? information sur les changements de traitements, retour de la part du médecin libéral)
- Quels sont vos liens avec les pédiatres libéraux et les médecins généralistes ? (Bonne collaboration ? Communication simple et rapide ou au contraire difficile ?).
- Si des parents vous demandent des conseils pour le suivi de leur nourrisson à la maternité : que leur répondez-vous ? (conseils de pédiatres libéraux, de médecins généralistes, liste à disposition, bouche à oreille...)
- Avez-vous des idées/ suggestions par rapport à ce renforcement du lien ville-hôpital et qu'en attendez-vous ?
- Pouvez-vous me communiquer le nom (+/- coordonnées) de médecins que vous connaissez qui travaillent dans le bassin Grassois (généralistes et pédiatres)

Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré.

Annexe 2 : Canevas du guide d'entretien définitif

Version finale pour les Médecins libéraux

- Présentation :
 - o homme ou femme, avec ou sans enfant, tranche d'âge (<35ans, 35-50, >50ans)
 - o mode d'exercice : seul, en groupe, maison de santé, hôpital, rural, mixte ou ville
 - o installation : récente (<5ans, 5 à 10 , 10 à 20 ou >20ans)
 - o population pédiatrique (%),
 - nouveau né combien par semaine : attentes ? (suivi dès la naissance, appui du réseau si besoin...), freins au suivi ? (temps de consultation, angoisse des parents...), équipement ? (balance, billicheck, toise...)
 - enfant et adolescent : combien par semaine? Attentes ? frein au suivi ? Equipement ? (balance, test visuel...)
- Pouvez-vous me raconter la dernière consultation d'enfant ou adolescent que vous avez reçu en cabinet. (Dans quel cadre : suivi habituel ? sur rendez-vous ou en urgences ? temps de la consultation : dépassement du temps prévu ? pathologie chronique ou problème aigu ? demandes multiples ? Difficultés ?)
- Pouvez-vous maintenant me raconter le dernier patient pour lequel un lien avec l'hôpital a été nécessaire (mode de recours : téléphone, mail, urgences, smur...).
Suivant la réponse, rechercher des patients qui ont nécessité :
 - o Lorsque vous avez besoin d'hospitaliser un enfant, faites-vous une entrée directe ou via urgences et par quels moyens (téléphone ? mail ? autres ? difficultés rencontrées et leur impact (insatisfaction, sentiment d'échec et de ne pas faire le maximum ... ?))
 - o Lorsque l'un de vos patients qui a été hospitalisé rentre à domicile, êtes-vous satisfait de cette sortie (information, coordination des soins, suivi organisé s'il y en a un : date de rdv, facilitateurs : courrier de sortie (délai de réception), appel téléphonique, mail, autre)
 - o Avez-vous des enfants atteints de maladies chroniques suivi sur l'hôpital de Grasse ? Que pouvez-vous me dire de ce suivi ? (suivi organisé ? courrier de consultation disponible et délai de réception ? information sur les changements de traitements)
- Quels sont vos liens avec les pédiatres/ médecins libéraux, les pédiatres hospitaliers ? (Bonne collaboration ? Communication simple et rapide ou au contraire difficile ? si manque de collaboration : quels impacts et quel ressenti sur la gestion de certains cas

de pédiatrie ?) Quels sont pour vous les facteurs facilitants et au contraire les freins à une bonne collaboration ? Comment améliorerez-vous ce lien ?

- Avez-vous des idées/ suggestions par rapport à ce renforcement du lien ville-hôpital, qu'en attendez-vous ? En quoi, la mise en place d'un réseau permettrait de répondre à votre attente ? Quel type de réseau ?
- Pouvez-vous me communiquer le nom (+/- coordonnées) de médecins que vous connaissez qui travaillent dans le bassin Grassois (généralistes et pédiatres)
- Quel est votre ressenti sur cet entretien ? Avez-vous des remarques, des choses qui vous ont déstabilisé ou au contraire manqué ?
- Souhaitez-vous avoir un retour concernant cette thèse une fois qu'elle sera terminée ? (mail)

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré.

Version finale pour les Médecins Hospitaliers

- Je vais vous demander de vous présenter rapidement :
 - o homme ou femme, avec ou sans enfant, tranche d'âge (<35ans, 35-50, >50ans)
 - o Ancienneté d'exercice au CHG : < 10ans, 10 à 20 ou >20ans
- Pouvez-vous me raconter la dernière prise en charge d'enfant ou adolescent que vous avez réalisée. (Dans quel cadre : hospitalisation (pédiatrie ou néonatal) ? consultation programmée ou non programmée ? venue spontanée ou adressé par un médecin ?)
- Pouvez-vous maintenant me raconter le dernier patient que vous avez pris en charge et qui comprenait un lien avec la ville (lien : téléphone, mail, urgences, courrier...).
Suivant la réponse, rechercher des patients qui ont nécessité :
 - o Lorsque vous recevez un enfant suivi en ville, vous arrive-t-il d'avoir à contacter son médecin traitant et si oui pourquoi et comment ? (téléphone ? mail ? autres ? difficultés rencontrées et leur impact sur le médecin (insatisfaction, sentiment d'échec et de ne pas faire le maximum, ... ?))

- Lorsque l'un de vos patients qui a été hospitalisé rentre à domicile, prenez-vous contact avec son médecin traitant (information, coordination des soins, suivi organisé s'il y en a un : date de rdv, facilitateurs : courrier de sortie, appel téléphonique, mail, autre)
- Avez-vous des enfants atteints de maladies chroniques suivi à la fois sur l'hôpital et en ville ? Que pouvez-vous me dire de ce suivi ? (suivi organisé ? courrier de consultation disponible et délai de réception ? information sur les changements de traitements, retour de la part du médecin libéral)
- Quels sont vos liens avec les pédiatres libéraux et les médecins généralistes ? (Bonne collaboration ? Communication simple et rapide ou au contraire difficile ? si manque de collaboration : quels impacts et quel ressenti sur la gestion de certains cas de pédiatrie ?). Quels sont pour vous les facteurs facilitants et au contraire les freins à une bonne collaboration ? Comment améliorerez-vous ce lien ?
- Si des parents vous demandent des conseils pour le suivi de leur nourrisson à la maternité : que leur répondez-vous ? (conseils de pédiatres libéraux, de médecins généralistes, liste à disposition, bouche à oreille...)
- Avez-vous des idées/ suggestions par rapport à ce renforcement du lien ville-hôpital et qu'en attendez-vous ? En quoi, la mise en place d'un réseau permettrait de répondre à votre attente ? Quel type de réseau ?
- Pouvez-vous me communiquer le nom (+/- coordonnées) de médecins que vous connaissez qui travaillent dans le bassin Grassois (généralistes et pédiatres)
- Quel est votre ressenti sur cet entretien ? Avez-vous des remarques, des choses qui vous ont déstabilisé ou au contraire manqué ?
- Souhaitez-vous avoir un retour concernant cette thèse une fois qu'elle sera terminée ? (mail)

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Introduction : Le choix du suivi pédiatrique revient aux parents et peut se faire par un pédiatre libéral ou hospitalier, un médecin généraliste ou la PMI. Il intervient dans un contexte de pénurie de pédiatres libéraux. L'augmentation du lien ville-hôpital est donc primordial.

Objectif : Etudier les attentes des médecins vis-à-vis du renforcement du lien ville-hôpital pour le suivi pédiatrique sur le bassin de Grasse.

Matériel et méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de pédiatres libéraux, médecins généralistes et pédiatres hospitaliers du bassin de Grasse. L'analyse thématique a été précédée d'un double codage.

Résultats : Cette étude a permis de mettre en évidence des difficultés de collaboration et de communication. Les libéraux ne se connaissent pas et ne connaissent pas les hospitaliers. Pourtant, l'amélioration du lien et le renforcement de la collaboration apparaissent comme un souhait unanime. Les difficultés concernent l'accessibilité (standard, numéro de garde non connu, délai de réception des courriers) et les moyens de communication (mails sécurisés et messageries non synchronisées). Des réunions d'informations et de formations (dernières recommandations, consensus de prise en charge) peuvent être mises en place afin d'améliorer ce travail en équipe auprès des professionnels volontaires. La création d'un réseau, plus complexe et chronophage n'étant pas sollicitée par les professionnels interrogés, du moins actuellement.

Conclusion : Le lien entre libéraux demande à être développé. Les rencontres permettant de créer du lien doivent être mises en place, dans le cadre de formations adaptées aux besoins des différents acteurs. Concernant l'accessibilité, les moyens déjà mis en œuvre doivent être connus du plus grand nombre (le numéro du pédiatre de garde accessible depuis l'extérieur) et d'autres pourront être envisagés : mail unique du pédiatre de garde, messagerie instantanée sécurisée regroupant les différents professionnels, site internet... et plus simplement annuaires « map » de tous les intervenants avec téléphone professionnel (et personnel pour ceux qui le souhaitent, disponible seulement pour les confrères), adresse du cabinet. La mise en place actuelle d'une Communauté Territoriale des Professionnels de Santé ou CPTS sur le bassin grassois peut accélérer l'ensemble de ces initiatives.