



HAL
open science

Facteurs modifiant les pratiques des médecins généralistes suite à l'introduction de la rémunération sur objectif de santé publique du médecin traitant de l'enfant en 2017 : étude qualitative en Rhône-Alpes

Aulde Payerne, Loïc Valat

► To cite this version:

Aulde Payerne, Loïc Valat. Facteurs modifiant les pratiques des médecins généralistes suite à l'introduction de la rémunération sur objectif de santé publique du médecin traitant de l'enfant en 2017 : étude qualitative en Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02975181

HAL Id: dumas-02975181

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02975181>

Submitted on 22 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2020

**FACTEURS MODIFIANT LES PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
SUITE À L'INTRODUCTION DE LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIF DE
SANTÉ PUBLIQUE DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT EN 2017 :
ÉTUDE QUALITATIVE EN RHÔNE-ALPES**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Aulde PAYERNE [Données à caractère personnel]

Loïc VALAT [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 20/10/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Professeur Dominique PLANTAZ

M. le Docteur Bastien BOUSSAT

M. le Docteur Jean-Marc GAY

Mme le Docteur Sophie AUGROS, directrice de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

A mon grand père Clément

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Patrick Imbert, de nous faire l'honneur de présider ce jury, de nous avoir accompagné dans ce travail. Recevez, monsieur, l'expression de notre reconnaissance.

Au Professeur Dominique Plantaz, de nous faire l'honneur de juger ce travail. Recevez, Monsieur, l'expression de notre reconnaissance.

Au Docteur Bastien Boussat, de nous faire l'honneur de juger ce travail. Recevez, Monsieur, l'expression de notre reconnaissance.

Au Docteur Jean-Marc Gay, de nous faire l'honneur de juger ce travail. Recevez, Monsieur, l'expression de notre reconnaissance.

Au Docteur Sophie Augros, notre directrice de thèse, pour ses conseils et son accompagnement pas à pas dans ce travail. Merci pour la patience dont tu as fait preuve, pour les commentaires avisés qui ont rendu cette thèse possible.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de participer aux entretiens. Merci pour le temps que vous nous avez accordé.

REMERCIEMENTS AULDE

A mes parents et à mon frère, pour leur soutien permanent.

Au Dr Jullien-Palletier, qui reste pour moi un modèle en médecine générale. Merci également de m'avoir aidé à commencer cette thèse.

A Loïc, pour s'être engagé dans cette aventure avec moi.

Aux membres du DMG, pour nous encadrer tout au long de l'internat.

REMERCIEMENTS LOÏC

A ma famille, mes parents, ma sœur et mon grand père, à qui je dédie ce travail.

Aux médecins qui m'ont beaucoup appris, Dr Ardito, Dr Ariot et Dr Vandevenne. Sincères remerciements aux Dr Moulin, Dr Ducloz et Dr Ghawi.

A mes co-internes d'endocrinologie, camarades de COVID, et avec qui travailler a été un réel plaisir : Guillaume, Adel, Pozeng et Ismérie.

A mes co-internes des stages d'Urgences et autres. Mention toute particulière pour Elvire, Bastien, Martin, Marie, Wanda et Hélène.

A mes amis Lillois, de la Faculté. A l'Epilogue sans fin, et ses plus uns.

A Aulde, pour cette aventure.

A tous ceux que je n'ai pas cité, et à tous ceux qui se reconnaîtront :

Brellon, Mehdi, Jallas, Hugo, Florian, Martin, Philo, Barbara, au père Lapierre, Louma, MichMich, Toto, Elvrille, Pédro, Fouk, Thibault, Pozeng, Maxou du 73, Crapette, Gogo danseur, Startouffe, la team JP-BissuelauSAU, 2 ounette, Zeloutte, Liam, Emma, JJ, David, Jérémie, Yohann, Steeven, Tigrou, Capu.

Liste des abréviations

AM - Assurance maladie

CAPI - Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

CMUc - Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM - Caisse nationale d'assurance maladie

DMG - Département de médecine générale

DPC - Développement professionnel continu

DPO - Délégué à la protection des données - Data protection officer

DREES - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU - Diplôme universitaire

EBM - Evidence based medicine

EFR - Evaluation de la fonction respiratoire

FMC - Formation médicale continue

HAS - Haute autorité de santé

HCAAM - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HSPT - Hôpital patient Santé Territoire

INSEE - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG - Interruption volontaire de grossesse

MG - Médecin généraliste

MSA - Mutualité sociale agricole

MSU - Maître de stage universitaire

P4P - Pay for performance

RG - Régime général

RGPD - Règlement général pour la protection des données

RIAP - Relevé individuel d'activité et de prescription

ROSP - Rémunération sur objectif de santé publique

RSI - Régime social des indépendants

SASPAS - Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SBT - Sensory baby test

UFML - Union française pour une médecine libre

UNCAM - Union nationale des caisses d'assurance maladie

TABLE DES MATIERES:

RESUME / ABSTRACT	14
1. Résumé	14
2. Abstract.....	15
INTRODUCTION	16
MATERIELS ET METHODES	19
1. Choix de la méthode	19
1. Méthode qualitative.....	19
2. Type d'entretien	19
3. Guide d'entretien.....	20
4. Protection des informations.....	20
2. Population étudiée.....	20
1. Critère d'inclusion	20
2. Critère de non inclusion.....	21
3. Recrutement	21
4. Déroulement des entretiens.....	21
3. Analyse des données	22
1. Retranscription des entretiens	22
2. Méthode d'analyse thématique.....	22
4. Recherche bibliographique.....	22
RESULTATS	24
1. Caractéristiques de l'échantillon	24
2. Facteurs modifiant les pratiques des MG	26
1. Formation	26
2. Expérience	28
3. Influence du temps sur les pratiques.....	29
4. Obligation vaccinale	31
5. Tiers payant	32
6. Travail en pluriprofessionnalité.....	32
7. Investissement matériel.....	34
8. Modifications comportementales de la population	35
1. Modification comportementale en lien avec l'alimentation.....	35
2. Modification comportementale en lien avec les écrans	36
3. Place de la ROSP dans ces changements de comportement	37
1. Etat des lieux sur la connaissance de la ROSP	37
2. Conséquences de la ROSP pédiatrique	38
DISCUSSION	41
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	41
1. Forces de l'étude	41
1. Une validité interne solide	41
2. Un mode de recueil adapté au type d'étude	41
3. Aspect éthique respecté.....	42
2. Faiblesses de l'étude	42
1. Biais d'échantillonnage	42
2. Biais de formulation	42
3. Biais liés au mode de recueil.....	42
4. Biais cognitif de mémorisation	43
2. Principaux résultats et implications majeures.....	43
1. Résultats attendus :	44
1. La formation.....	44

2.	L'expérience individuelle	45
3.	Obligation vaccinale.....	46
4.	ROSP	46
2.	Résultats inattendus et non retrouvés dans la littérature	47
1.	Investissement matériel - Sensory Baby Test (SBT)	47
2.	Tiers payant.....	48
3.	Modifications comportementales	49
3.	Résultats inattendus et retrouvés dans la littérature	51
1.	Facteur temps.....	51
2.	Travail en pluriprofessionnalité.....	52
4.	Quelle est la perception de la ROSP du médecin de l'enfant par les MG ?.....	53
1.	Méconnaissance.....	53
2.	Incompréhension.....	53
3.	Perspectives	55
CONCLUSION		56
BIBLIOGRAPHIE.....		58
ANNEXES		62
1.	Déclaration CNIL - MR002.....	62
2.	Guide d'entretien	65
3.	Fiche d'information aux participants	66
4.	Conclusion signée	68
5.	Entretiens	69

RESUME / ABSTRACT

1. Résumé

FACTEURS MODIFIANT LES PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUITE À L'INTRODUCTION DE LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIF DE SANTÉ PUBLIQUE DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT EN 2017 : ÉTUDE QUALITATIVE EN RHÔNE-ALPES

RÉSUMÉ :

Introduction : La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) du médecin traitant a été instaurée en 2017, à la suite de la convention de 2016. Depuis, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) décrit une amélioration constante des pratiques, l'attribuant à priori à la ROSP sans tenir compte d'autres facteurs. L'objectif principal de cette étude était de connaître les facteurs responsables d'une évolution des pratiques depuis l'introduction de la ROSP chez les médecins généralistes (MG) pratiquant la pédiatrie. L'objectif secondaire était de connaître leur ressenti sur cette nouvelle ROSP.

Matériels et Méthodes : Étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de MG pratiquant la pédiatrie exerçant en Isère et en Savoie durant l'année 2020.

Résultats : Douze entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de MG. Plusieurs facteurs ont été retrouvés modifiant les pratiques : la formation, l'expérience, l'obligation vaccinale, le tiers payant, l'investissement, le comportement des patients et la ROSP. La ROSP n'a pas fait l'unanimité auprès des MG. Au contraire, deux constats ressortent pour celle-ci : la méconnaissance et l'incompréhension du dispositif.

Conclusion : On peut remettre en question l'intérêt de la ROSP à l'heure actuelle. Une meilleure connaissance et/ou une remise à jour du dispositif pourraient permettre plus d'impact sur les pratiques.

MOTS CLÉS : médecins généralistes, enfants, modification des pratiques, ROSP - Rémunération sur objectif de santé publique

FILIÈRE : MÉDECINE GÉNÉRALE

2. *Abstract*

FACTORS MODIFYING THE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONERS FOLLOWING THE INTRODUCTION OF THE PAYMENT FOR PERFORMANCE FOR PHYSICIAN DEALING WITH CHILDREN IN 2017 : QUALITATIVE STUDY IN RHÔNE-ALPES

ABSTRACT

Introduction : The individual payment for performance for children care was introduced in 2017, after the new convention of 2016. Since then, medical practices improvements were attributed to this new healthcare policy. However, national health care observers did not investigate other factors. The first objective of the study is to identify the factors responsible for improvement of medical practices since the payment for performance's introduction. The second objective is to assess the general practitioner's feeling concerning this new pay for performance.

Methodology : Qualitative study with semi-structured interviews with general practitioners doing paediatric medicine, working in Isère and Savoie in 2020.

Results : Twelve interviews were conducted and underlined these factors : formation, experience, obligation to vaccinate, third-party payment system, investment, patients behavior and the attitude towards the pay for performance. The pay for performance didn't receive a unanimous answer from the general practitioners as two major points stood out in this study : unfamiliarity and misunderstanding of this policy.

Conclusion : We can question the benefit of the pay for performance. A better understanding and/or an updating of this system could allow a greater effect on the medicinal practices.

MeSH TERM : general practice, child, quality improvement - formative assessment, pay for performance (P4P)

INTRODUCTION

Prendre en charge un enfant et se soucier de sa santé, c'est aussi anticiper les problématiques à venir de l'adulte et des générations suivantes. La santé pédiatrique est large et multidisciplinaire car elle s'intéresse à des questions différentes et spécifiques pour chaque tranche d'âge. De ce fait, les intervenants adaptés y sont nombreux et participent à l'augmentation et l'amélioration des soins de santé (1). La pédiatrie tient alors une part importante dans la dépense globale en santé. Cependant, on observe une franche diminution du taux de natalité en France, avec des taux quasi divisés par 2 entre 1950 et 2018 (2). La majoration de la dépense globale en santé vient alors d'autre part.

Selon le bilan démographique 2019 de l'Insee, la population française ne cesse de s'accroître, avec en tête de file, la catégorie des 65 ans et plus. En France métropolitaine, elle représentait au 1er janvier 1946 11,1% de la population; contre 20,3% au 1er janvier 2019 (résultats provisoires) (3). Cette tendance démographique serait amenée à se poursuivre avec en sus "la quasi-totalité de la hausse de la population d'ici 2070 concernerait les personnes âgées de 65 ans ou plus" (4). Par ailleurs, la consommation totale en santé étant majoritaire chez les 60 ans et plus, il est en droit de se questionner sur la pérennité de l'offre de soins, et des limites qu'elle peut présenter (5).

Pour répondre à cette problématique, de multiples enjeux entrent alors en compte, qu'ils soient démographiques, épidémiologiques, organisationnels ou financiers. Pour le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), la solution réside dans son financement et son organisation générale, à savoir améliorer "l'efficacité du système" (6). Cette efficacité est entre autre, définie par la coopération entre professionnels de santé, la mise en place de la télésanté, la sur-prescription d'antibiotiques ou de tests diagnostics, l'application des recommandations de

bonnes pratiques, la prévention, etc. (7). Dans cet objectif d'amélioration de "l'efficience du système", les médecins ont, de facto un rôle primaire.

Pour cela, différents dispositifs ont été mis en place. Dans un but d'amélioration des pratiques et de diversification de la rémunération, le paiement à la performance a d'abord été introduit aux Etats-Unis puis en Angleterre. Le paiement à la performance est arrivé en France avec le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) en 2009.

La convention médicale signée le 26 juillet 2011 entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), a établi la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) qui remplace le CAPI. Ce nouveau mode de rémunération, a pour but de « faire évoluer les pratiques pour atteindre des objectifs définis par la convention » (8). La ROSP a été initialement accueillie par des avis mitigés (9), (10). Néanmoins la majorité des médecins généralistes adhèrent à la ROSP (50 785 médecins généralistes rémunérés en 2018 (11) pour 68 067 médecins généralistes à activité libérale ou mixte (12)) et certains syndicats ont revus leurs opinions. Les études préalablement menées sur la ROSP de l'adulte montrent globalement une amélioration progressive des objectifs. Cependant, les objectifs concernant la prévention étant ceux qui progressent le moins (13).

Par ailleurs, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a prévu la mise en place d'un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans. Cet article de loi avait pour objectif d'améliorer la prise en charge des enfants, notamment sur le plan de la prévention et coordination des soins (14). La nouvelle convention médicale signée en août 2016 a été l'occasion de revoir et d'actualiser le dispositif de la ROSP en particulier d'introduire la ROSP du médecin traitant de l'enfant. Entrée en vigueur en janvier 2017, cette ROSP du médecin traitant de l'enfant concerne les médecins généralistes et les pédiatres. Elle est construite sur 2 axes : le suivi des pathologies chroniques (2 indicateurs : suivi de l'asthme et traitement de l'asthme) et la prévention (8 indicateurs dont 3 déclaratifs : vaccins (Rubéole Oreillons Rougeole

et méningocoque C), obésité, examen bucco-dentaire, antibio-résistance (avant et après 4 ans), dépistage des troubles sensoriels et des troubles de l'apprentissage) (15).

Les bilans de la ROSP réalisés par l'Assurance maladie (AM) en 2017 (16), 2018 (9) et 2019 (17) montrent une évolution positive avec un meilleur respect de la plupart des indicateurs par les praticiens. La rémunération de la ROSP des médecins traitants de l'enfant, liée directement à leur pratique, augmente de 41,7 % en 2019 (10,2 contre 7,2 millions d'euros en 2018 et 3 millions en 2017).

Néanmoins, l'évolution positive des objectifs de la ROSP annoncée par l'AM n'est que purement statistique, et ne considère que la ROSP comme élément responsable de ces résultats. L'objectif de cette étude est de déterminer si les résultats annoncés par l'assurance maladie correspondent à l'intégration par le praticien des objectifs de la ROSP dans sa pratique, ou s'ils sont le résultat d'une évolution naturelle des pratiques médicales. L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs responsables d'un changement de comportement chez les médecins généralistes en Rhône-Alpes depuis l'instauration de la ROSP du médecin traitant de l'enfant. L'objectif secondaire est d'étudier la perception de la ROSP du médecin traitant de l'enfant par les médecins généralistes.

MATERIELS ET METHODES

Question de recherche : Quels sont les facteurs responsables d'un changement de comportement chez les médecins généralistes en Rhône-Alpes depuis l'instauration de la ROSP du médecin traitant de l'enfant ?

Objectif de recherche : Déterminer les facteurs influençant le changement de comportement des médecins traitants des enfants avéré par l'assurance maladie.

1. Choix de la méthode

1. Méthode qualitative

Plusieurs études qualitatives et quantitatives ont déjà été réalisées sur la ROSP du médecin traitant de l'adulte. Pour le moment aucune étude n'a été réalisée sur la ROSP du médecin traitant de l'enfant dans sa globalité. Une méthode d'analyse qualitative a paru la plus adaptée afin de faire émerger et analyser des idées, des concepts ou des ressentis difficilement quantifiables ou mesurables.

2. Type d'entretien

Le choix s'est porté sur une technique d'entretiens individuels semi-dirigés. Ce choix permet de cerner au mieux et de comprendre les opinions des médecins interrogés. Le caractère individuel de ces entretiens, réalisés uniquement en présence du médecin et de l'intervenant, permet d'avoir un libre échange sans interaction ni frein à l'expression des idées. Il s'agit bien de recueillir des informations portant sur les opinions, les impressions et les valeurs des médecins rencontrés. Avant chaque entretien, la méthodologie et le but de l'étude étaient expliqués aux médecins. Une lettre d'information a été remise à chaque participant sur le projet de recherche avant les entretiens.

3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré d'une part à partir des données de la littérature et d'autre part après avis du directeur de thèse et du Département de Médecine Générale de la faculté de Grenoble. Il comprenait des questions ouvertes afin de recueillir au mieux les opinions des médecins généralistes et de laisser l'émergence d'idées nouvelles tout en restant focalisé sur le sujet. Quelques questions fermées étaient proposées à la fin de l'entretien afin de recueillir les profils des participants. Il a été modifié au fur et à mesure des entretiens afin de relancer au mieux les médecins interrogés.

4. Protection des informations

Une étude sur la conformité du traitement des données personnelles selon les dispositions du Règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi informatique et libertés a été réalisée par le Délégué à la protection des données (DPO - Data Protection Officer) de l'Université Grenoble Alpes. Chaque participant a donné son consentement oral avant le début de l'entretien.

2. Population étudiée

1. Critère d'inclusion

Pour cette étude, ont été recrutés des médecins généralistes libéraux, installés ou non, thésés ou non, exerçant en Auvergne-Rhône-Alpes dans les départements de l'Isère (38) et de la Savoie (73).

2. Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude les médecins généralistes ne pratiquant pas la pédiatrie. Lors du premier contact avec le médecin, il lui a été demandé s'il pratiquait ou non la pédiatrie. En cas de réponse négative le médecin n'était pas inclus dans l'étude.

3. Recrutement

Les médecins ont été choisis soit en consultant « les pages jaunes » soit par effet boule de neige sur avis de médecins participants. Les médecins ont été initialement joints soit par téléphone, directement ou par l'intermédiaire de leur secrétariat, soit par mail, afin de convenir d'un rendez-vous pour l'entretien.

4. Déroulement des entretiens

Au total, 12 entretiens ont été effectués entre Janvier 2020 et Avril 2020. Ils se sont initialement déroulés au cabinet du médecin interrogé, puis par téléphone pour les 3 derniers entretiens, pour répondre aux mesures de confinement liées au coronavirus. Les participants ont donné leur accord pour la retranscription de l'intégralité de chaque entretien. L'explication de l'étude et la garantie de l'anonymat ont été données avant de débiter les entretiens. Les médecins interrogés ont été enregistrés grâce à une application d'enregistreur numérique sur smartphone. Les entretiens ont été détruits immédiatement après la retranscription.

3. *Analyse des données*

1. Retranscription des entretiens

Les données ont été retranscrites manuellement sur le logiciel Word. Afin de respecter l'anonymat des personnes interrogés, lors des retranscriptions il a été choisi d'utiliser la notation suivante : « entretien n° » suivi d'un nombre de 1 à 12 correspondants à l'ordre chronologique de l'entretien. Dans les entretiens M faisait référence au médecin et I à l'intervenant.

2. Méthode d'analyse thématique

L'analyse a été réalisée à partir du corpus des retranscriptions. Elle a été réalisée de Janvier à Mai 2020. Elle a débuté avant la fin des entretiens afin d'estimer la saturation des données. L'analyse a consisté en une induction de contenu thématique (analyse inductive).

Les thématiques ont été identifiées à partir des entretiens, elles ont été codées, dégagées en sous-thèmes puis classées. Ce codage a été effectué à l'aide du logiciel Nvivo12. Ce travail d'analyse a été effectué de façon parallèle par les deux thésards afin d'obtenir la triangulation des données.

4. *Recherche bibliographique*

Les mots clés utilisés étaient :

- médecins généralistes
- Enfants
- modification des pratiques
- RO SP - Rémunération sur objectif de santé publique.

Les mots clés utilisés en anglais (MeSH terms) étaient :

- general practice
- child
- quality improvement - formative assessment
- pay for performance (P4P)

Les moteurs de recherche utilisés :

- Google scholar
- CiSMef
- SUDOC - Abes
- Pubmed

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

- Douze entretiens ont été réalisés, entre janvier et mai 2020. La saturation des données a été obtenue au terme de neuf entretiens. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation de saturation.
- Six hommes médecins et six femmes médecins ont participé à l'étude.
- L'âge moyen des participants était de 49 ans (32 à 64 ans).
- Le lieu d'exercice a été recueilli et qualifié selon l'appréciation du médecin. Il n'y avait pas de critère d'objectivité dans cette qualification.
- Le mode d'exercice a été dichotomisé selon un mode seul ou en groupe (supérieur ou égal à deux médecins dans le cabinet).
- Les différentes formations effectuées par les médecins étaient recueillies sous forme de questions ouvertes, orientées sur la pédiatrie.
- La proportion de pédiatrie dans la patientèle des médecins a été recueillie et qualifiée selon l'appréciation du médecin. Parfois à l'aide du relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP), parfois selon l'estimation du médecin sans critère d'objectivité (résultats demandé idéalement en pourcentage).
- Le nombre de consultation par jour a été recueilli et qualifié selon l'appréciation du médecin. Parfois à l'aide du RIAP, parfois selon l'estimation du médecin sans critère d'objectivité.
- La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes 45 secondes avec des durées ayant variées de 7 minutes 42 secondes pour le plus court à 50 minutes 7 secondes pour le plus long.

Les caractéristiques démographiques et socio-professionnelles sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Médecin *	Genre **	Age	Lieux d'exercice	Mode d'exercice	Formations autres orientées Pédiatrie ***	MSU	Proportion de pédiatrie dans la patientèle	Nombre de consultations par jour	Relation assurance maladie	Syndicat	Durée de l'entretien
M1	H	58	semi rural	seul	Gp de pairs, membre de la société française de médecine générale	oui	15-20%	25-30	excellente	non	10 minutes
M2	F	38	rural / semi rural	groupe	DU urgences pédiatriques / FMC / Gardes aux urgences pédiatriques	non	Plus que la moyenne	25 - 30	bonne	non	18 minutes
M3	F	57	rural / semi rural	groupe	FMC / Gp de pairs	oui	20%	24 - 28	excellente	non	23 minutes
M4	F	40	urbain	groupe	DU nutrition pédiatrique / Travail en SSR pédiatrique / FMC	non	30%	20 - 35	bonne	non	13 minutes
M5	H	61	rural / semi rural	groupe	e-learning	oui	18%	36	bonne	non	20 minutes
M6	H	49	urbain	groupe	FMC / Gp de pairs	oui	12%	25	correcte	oui	15 minutes
M7	H	37	urbain	groupe	Gp de pairs	non	16%	20 - 25	bonne	non	7 minutes
M8	H	32	semi rural	seul	aucune	non	20%	25	bonne	non	50 minutes
M9	F	37	urbain	seul	Gp de pairs / formations avec pédiatres	oui	30%	22	bonne	non	12 minutes
M10	F	64	rural / semi rural	seul	Gp de pairs	non	10 - 15%	7	bonne	non	15 minutes
M11	F	54	semi rural	groupe	Formations épisodiques	non	20 - 25 %	30	bonne	non	10 minutes
M12	H	61	rural / semi rural	groupe	Association d'amélioration professionnelle	oui	20-25%	30	bonne	non	13 minutes

* : "M" signifie Médecin, le numéro associé est son ordre chronologique d'entretien.

** : "H" pour homme, "F" pour Femme

*** : "Gp de pairs" pour groupe de pairs, "FMC" pour formation médicale continue, "DU" pour diplôme universitaire

2. *Facteurs modifiant les pratiques des MG*

1. **Formation**

Le premier facteur spontanément cité par les participants dans le changement de comportement en pédiatrie, a été la formation :

« *Qu'est-ce qui peut changer les pratiques de médecine générale en pédiatrie ? Euh, la formation des gens, la formation des médecins, [...] les formations continues, soit dans les congrès les choses comme ça. En tout cas, moi c'est ça qui change ma pratique : d'aller chercher l'information* » (M3), « *Ben je pense que tout d'abord, les, euh, les médecins généralistes soient formés. Au suivi pédiatrique. Pour qu'ils aient envie de, de suivre, et qu'ils sachent quoi suivre. Euh comment suivre les enfants. Euuuh. Donc ça, ça passe par la formation. Peut-être de faire des stages, systématiques, en pédiatrie* » (M9), « *Oui, parce que j'ai fait une formation. Une formation de pédiatrie, suivi des enfants de 0 à 2 ans. Donc j'ai changé des choses dans mes pratiques, ouais !* » (M11), « *Qu'est-ce qui peut faire changer ? C'est ça la question ? Eh bien... je dirais, la formation continue.* » (M12).

Une partie des médecins interrogés ont estimé qu'ils manquaient de formation sur la pédiatrie :

« *On manque terriblement d'outils, et je pense qu'on manque terriblement de savoir sur la chose [...] Une fois de plus on n'est pas formé pour les lire. Puis, on peut pas être performant sur tout, quoi !* » (M3), « *parce qu'on nous en parle, on étudie .. Et finalement en pratique on passe un peu vite dessus. Alors chez le prat ou en SASPAS, je trouvais que l'on passait assez vite sur ça* » (M8), « *je dirai vraiment la connaissance. Le fait d'avoir les connaissances. Moi, je le vois quand je reçois des internes. C'est ça qui les bloquent* » (M9), « *Mais je n'ai pas acquis ce qu'il fallait pour suivre ces indications* » (M10).

Parallèlement à ce manque de formation ressenti, les participants ont fait part de leur auto-évaluation, de leur besoin de se former et de s'améliorer :

« Pousser un peu ma formation de médecine générale. Ca m'a permis de me remettre à jour sur certaines pathologies et pousser un peu notre formation » (M2), « En tout cas, moi c'est ça qui change ma pratique : d'aller chercher l'information. Je ne vais pas la recevoir comme ça » (M3), « une auto-réévaluation avec correction des habitudes » (M6), « Ouais c'est surtout ça que j'ai essayé d'améliorer. Surtout ce qui est prévention aussi. Je cherche à me faire progresser » (M9).

Ces formations se présentent sous différentes formes : séances de formation spécialisée de pédiatrie, de Développement professionnel continu (DPC) ou de diplôme universitaire (DU) :

« Je suis un petit peu les formations du groupe des pédiatres de Savoie, le GPS » (M2), « je vais à une formation qui est réservé aux pédiatres normalement, qui est organisée par les pédiatres de villes » (M9),

« formations continues, soit dans les congrès les choses comme ça » (M3), « les formations trimestrielles. Et ensuite avec les groupes de pairs, la formation continue » (M7), « J'ai bien compris en fait qu'on a eu des morceaux de formation en FMC du soir » (M10), « je dirai, la formation continue. A mon avis c'est la première » (M12),

« Oui j'avais fait le DU d'urgences pédiatriques avant de travailler à l'hôpital, à Lyon. Et j'ai fait le DU contraception-IVG. » (M2), « j'ai un DU de nutrition pédiatrique, et j'ai bossé en SSR pédiatrique pendant 6 ans. » (M4).

Également sous d'autres formes : internet, certaines revues scientifiques et le fait d'être Maître de stage universitaire (MSU) avec échanges au quotidien entre confrères médecins :

« Je vais sur internet [...] c'est pédiadoc. Une consultation par âge avec le listing de ce qui doit être fait. Je m'en inspire beaucoup » (M1), « Après c'est les recherches personnelles sur des sujets divers et variés » (M2), « Antibioclic! Les recommandations changent tout le temps et du coup après les avoir retenues, c'est plus les mêmes. Ca c'est pratique » (M6),

« On est inscrit à prescrire, plus les formations trimestrielles » (M7),

« Après il y a le fait d'être maître de stage universitaire, c'est un excellent mode de formation, continue. Le premier même » (M6), « Après le contact avec les autres collègues, et vous, les internes en règles générale » (M12).

Enfin, les recommandations, évoquées comme éléments directifs de pratique pédiatrique :

« Le changement des recommandations » (M7), « moi personnellement en tout cas je suis encore très reco. Et lorsqu'une recommandation change, je suis du style ... Enfin je suis encore axé là-dessus et à changer ma pratique. [...] Je me raccroche beaucoup aux recommandations. Oui ce qui ferait évoluer ma pratique c'est les recos » (M8), « Donc voilà j'essaie des les coller au mieux parce que ça me sécurise en fait. Je sais qu'il faut parfois savoir s'en détacher et l'expérience et ce qu'il se passe compte aussi » (M8).

2. Expérience

L'impact de l'expérience professionnelle sur les pratiques est évoqué comme élément décisionnel important :

« Le fait d'engranger de l'expérience. C'est à dire, plus on fait, plus je sais les faire. Et résultats plus je les fais vite et mieux j'arrive à les interpréter. L'expérience fait que, plus je sais le faire bien, plus je le fais facilement. » (M7), « Il y a l'expérience qui fait que l'on prescrit peut-être moins. A part l'expérience, que l'on peut acquérir sur la pratique. » (M4), « Enfin ça pourrait, si une mauvaise expérience ça pourrait influencer ma pratique par exemple. » (M8), « Moi je pense que j'ai plus évolué avec les enfants que j'ai pu voir et qui ont aussi évolué et qui sont allés aux urgences pédiatriques ou en hospitalisation, des trucs comme ça. » (M10).

D'autre part, l'expérience personnelle en tant que parent est évoquée, avec un lien direct entre parentalité et pratique professionnelle :

« Je dirais qu'il y a aussi le fait d'avoir des enfants qui permet de faire un grand bond dans la prise en charge pédiatrique [...] dans le sens où l'on se pose plein de questions et l'on approfondit plein de choses en tant que parent» (M2), « Ouais je vois, alors pour info c'est vrai que je n'ai pas d'enfant, déjà je pense que j'aurais pu répondre différemment si j'en avais eu » (M8).

3. Influence du temps sur les pratiques

Le temps de consultation pédiatrique a été évoqué. Il est de consensus général qu'une consultation de suivi en pédiatrie est plus complexe et prend donc plus de temps qu'une consultation adulte :

« ça demande beaucoup, beaucoup de temps. Et ça, c'est le problème. Ils n'en enlèvent pas, ils en rajoutent [...] Mais non, tu veux examiner complètement, déshabiller, regarder les yeux, les oreilles, non non c'est pas moins de 20 minutes. Discuter avec les parents, parler du sommeil, de

l'alimentation, du comportement, des écrans. Ça peut pas être moins de 20 minutes » (M6), «Après c'est vrai que ce n'est pas facile car les enfants ça prend du temps [...] On aurait envie de passer vite, pris par le temps. Dans une journée c'est toujours un peu une course contre la montre » (M8), « Après, euh, c'est vrai que ce sont des consultations qui sont chronophages. [...] On va dire que les visites de suivi, ça prend un petit peu plus de temps que des consultations classiques de l'adulte. » (M9). « Et puis, si on voulait vraiment être plus complet, euh, mais les pédiatres le font, mais nous on a vraiment pas le temps, euh... pour certaines périodes, les 9 mois, tout ça, faudrait prendre carrément 1 heure par enfants » (M11).

Pour répondre à cela, les participants ont pris le parti de rallonger la durée de consultation, du moins pour les consultations de suivi :

« Il y a le facteur temps. C'est vrai qu'examiner un nourrisson, au niveau plage horaire, je mets 2 plages horaires. Systématiquement. C'est la consigne. Jusqu'à 2 ans, c'est la consigne qu'ont les secrétaires. Et puis là je me rends compte que j'ai quelques visites de 4 ans, 6 ans où ça prend un petit peu de temps. Quand je vois passer le motif, je prévois un petit peu plus. Donc ça demande un petit peu plus de temps. » (M1), « Euh .. Je prends en général une demi-heure pour les nourrissons, les deux, trois, quatre ans, juste pour faire tous ces tests. Après à partir de cinq ans je repasse sur des durées un peu plus standard. » (M2), « Mais nan c'est vraiment moi qui en ai éprouvé le besoin car je trouvais que si l'on voulait faire les choses à peu près bien, comme on me l'a appris, en 20 min, avec deux vaccins à faire et des choses à expliquer en plus, ça passe super vite. C'est même apparu comme un besoin en fait » (M8), «Alors, déjà, je ne prends plus 15 min mais une bonne demi-heure voire plus [...] donc un peu plus de temps. Un peu mieux fait, un peu moins bâclé » (M11).

4. Obligation vaccinale

L'obligation de la vaccination avec le schéma des 11 vaccins instaurée par la loi a été plébiscitée. Les participants rapportent une certaine méfiance parentale à l'égard des vaccins et grâce à l'obligation, il y a beaucoup moins de débats. Au final, les médecins vaccinent plus d'une part, et d'autre part avec plus de facilité :

« il y a moins de discussion impossible, alors on en parle toujours avec les parents mais euh .. avant les parents se posaient beaucoup de questions sur faut-il faire ça ou pas et du coup ça entraînait beaucoup de discussion pour faire un choix éclairé [...] au final on vaccine plus. »

(M2), « Je trouve même que c'est plutôt mieux. Maintenant les vaccins ... on les fait sans trop de soucis » (M5), « les vaccins, c'est obligatoire, donc forcément ça a changé un petit peu ce que je faisais. [...] les gens qui étaient contre les vaccins, j'essayais d'obtenir le minimum indispensable : Diphtérie Tétanos Polio Coqueluche. Mais euh, ça a fait changer forcément ; parce que maintenant il faut appliquer la loi. (rires) » (M12),

« l'obligation vaccinale, qui a grandement simplifié notre application des vaccins chez les petits, [...] moins de discussion autour de la mise en œuvre des vaccins, [...] ça nous a simplifié la vie » (M3), « C'est vraiment beaucoup plus facile depuis l'obligation vaccinale. Il y avait une telle défiance vis à vis des vaccins que l'obligation vaccinale nous a énormément aidé. C'était urgent. C'était urgent que le ministère enfonce la porte » (M3), « Oui donc quelque part on pourrait rejoindre l'idée que ça a bien simplifié. Mais je crois que j'ai déjà lu ça. Qu'effectivement c'était plus une simplification qu'autre chose » (M8), « Et maintenant, ils ont rendu obligatoire, donc ça va faciliter. » (M9),

5. Tiers payant

La mise en place du tiers payant a été évoquée comme élément modifiant les pratiques. Celui-ci permet d'une part de gagner du temps en consultation en limitant la partie administrative, et d'autre part, a un intérêt financier pour les parents. Ceci permettant donc un meilleur suivi des enfants :

« Il y a une chose qui a facilité la prise en charge, c'est le tiers payant pour toutes les consultations de prévention » (M4), « Parce que du coup, déjà on gagne du temps sur la partie administrative de règlement parce que l'on a pas à la faire. Et puis du coup les patients, enfin les parents sont plus assidus sur ces examens de prévention parce qu'ils savent qu'ils n'ont pas besoin régler. » (M4), « Donc oui, ceux qui rentrent avec 3 enfants d'affilé, je fais un tiers payant partiel pour limiter les dépenses. » (M6).

6. Travail en pluriprofessionnalité

La communication interprofessionnelle a été indirectement évoquée par les médecins comme facteur pouvant faire évoluer les pratiques. Les échanges entre spécialistes et médecins généralistes rendraient la prise en charge des enfants plus efficiente, notamment dans les situations complexes. A terme, le médecin adapte sa pratique en fonction de l'échange qu'il peut avoir avec ses confrères et consoeurs :

« Ce qui serait peut-être plus intéressant serait d'avoir plus de lien avec les spécialistes, avec les pédiatres, pneumo-pédiatres, gastro-pédiatres, etc. Ça c'est l'éternel problème, c'est que l'on à pas de lien avec ces spécialistes-là. Pour moi, ce serait plus cette communication-là qui serait à changer et à améliorer. [...] Ça améliorerait la prise en charge de l'enfant. Car ça simplifie les choses.» (M4), « pour suivre les otites séreuses [...] j'envoie un peu plus, si j'ai un doute, chez

l'ORL [...] j'ai fait pas mal de test de dépistage, pour les allergies. Et en fonction de l'évolution, je les envoie chez l'allergologue » (M5), « on a une collègue qui est venue s'installer, une nouvelle associée qui ne faisait que de la pédiatrie. Et qui sait le faire, et qui sait le faire très bien. Et résultat, elle nous a montré comment faire pour le faire, bien. C'est elle qui nous a motivé pour faire la formation » (M7). « On les envoie chez le pneumologue de temps en temps. Et puis après, oui je les suis. On les fait souffler. On essaye de les persuader de prendre le traitement de fond. Ca ne marche pas » (M12).

Ces liens avec les spécialistes, mais aussi différents acteurs de la prise en charge (infirmières, interne, autres paramédicaux), permettent de travailler en réseaux avec le médecin traitant en rôle de coordinateur. L'amélioration de ce réseau va dans le sens d'une prise en charge complète et efficiente. Cela tend à influencer sur le comportement du médecin; à court comme à long terme :

« Euh, après ce qui peut aussi aider, je pense c'est le travail de réseau. Parce qu'on suit pas que des enfants qui ont un développement normal. [...] Et, et il y a la formation qui est importantes là-dessus, mais quand on l'a pas, de travailler avec des spécialistes et des paramédicaux, pour avoir vraiment une prise en charge globale des enfants ; ça aide aussi à prendre en charge ces enfants-là [...]. Peut-être valoriser le travail en réseau, [...]. Dans la RO SP générale, ils valorisent le fait de, de demander, de participer à de la coordination » (M9), « Après le contact avec les autres collègues, et vous, les internes en règles générale. Parce que, euh... Il y a des choses qui se font plus maintenant, ou qui ne se font plus. Ça peut être intéressant d'échanger. » (M12), « Euh, on a une infirmière Asalée au cabinet, les infirmières de santé publique. Et du coup on projette peut-être d'aller faire ensemble la formation d'éducation thérapeutique autours de l'obésité de l'enfant. » (M2).

Par ailleurs, les médecins interrogés évoquent le rôle non négligeable des parents dans la prise en charge pédiatrique. Mettre à contribution les parents améliore l'observance au suivi, l'observance thérapeutique, les dépistages, in fine, la prise en charge de l'enfant. De ce fait, des parents impliqués dans la santé de leur enfant modifient le comportement des médecins, dans le sens d'une adaptation des pratiques tant sur le versant éducatif que thérapeutique :

« L'audition s'est une démarche assez rapide et de toute façon il faut écouter les parents : " j'ai l'impression que ... " » (M3), « il n'y a pas de suivi pour certains enfants. C'est toujours pareil, hein, à cause des parents. Même les visites des nourrissons. Des fois ils viennent, quand il y a les vaccins, mais ils ne viennent pas tout le temps » (M5), « Discuter avec les parents, parler du sommeil, de l'alimentation, du comportement, des écrans. » (M6), « Il faut qu'ils soient inclus dedans.[...] C'est à dire qu'il faut qu'ils participent à ce suivi, qu'ils soient acteurs. [...]. Mais je veux qu'ils comprennent et qu'ils soient actifs dans ce suivi là. (Silence). Il faut les impliquer voilà, je cherchais le mot. Il faut qu'ils aient une idée du rythme, bon bien sûr on les guide sur les visites. J'aime bien que ce soit eux qui fassent la démarche de venir plutôt que de les convoquer [...] qu'ils aient compris quelque chose, qu'ils ne soient pas trop passif » (M8).

7. Investissement matériel

Un certain nombre de médecins ont évoqué l'achat de matériels, en particulier pour le dépistage des troubles des apprentissages et des troubles sensoriels. Plusieurs facteurs ont conduit à cet investissement : la formation, le contact avec les collègues, le besoin de s'améliorer et la ROSP :

« Il y a des choses qui évoluent en termes de dépistage, toujours en faire plus, donc être plus axé dessus. J'ai acheté la mallette de dépistage pour faire un peu mieux que lorsqu'on est juste clinique, histoire de compléter l'examen. Ouais c'est surtout ça que j'ai essayé d'améliorer.» (M8), « J'ai acheté cette petite mallette, là. Qui s'appelle sensory baby test. Donc je m'en sers.

[...] Ben, là en l'occurrence, c'était d'aller à une formation. L'impression justement que c'était bâclé. [...] Pour moi, le plus important, c'est le développement psychomoteur et que des fois vite fait, on peut pas se rendre compte. Donc, ouais. Ça m'a permis de dépister des trucs d'ailleurs. Voilà.» (M11), «Alors, j'ai fait des formations.... de pédiatrie. Et je pense que ça a fait changé mes pratiques. Après, je ne me souvient plus exactement si c'est en 2017 ou 2018....Euuuuuh, donc... j'ai acheté la valise diagnostique, et puis je l'ai mise en.... je l'ai utilisé. C'est encore mieux.» (M12), «Ça été l'étincelle mais j'y pensais, je me disais qu'il fallait que je fasse un peu mieux que ça. Disons que la ROSP est venue mettre le feu à l'étincelle, enfin l'étincelle à la poudre et déclencher le changement de matériel.» (M6).

8. Modifications comportementales de la population

1. Modification comportementale en lien avec l'alimentation

L'éducation alimentaire a été une notion redondante lors des entretiens. D'une part, le suivi rigoureux des courbes staturales-pondérales et la valorisation de la ROSP à ce sujet, et d'autre part, les modifications comportementales des populations à l'égard de l'alimentation, ont incité les médecins à s'adapter à cette problématique de santé publique en s'emparant de l'éducation à la santé comme outil à leur palette. En effet, l'éducation alimentaire a été une notion dont les médecins semblent attachés :

« Et du coup on projette peut-être d'aller faire ensemble la formation d'éducation thérapeutique autour de l'obésité de l'enfant. » (M2), « Bon, après, euh, moi ce que je cherche surtout chez les gamins, c'est euh, tout ce qui est problème alimentaire quand même. Le problème du grignotage, les mauvais apports alimentaires avec une diversification alimentaire qui ne s'est pas faite du tout [...] Mais du coup les parents n'imposent pas une alimentation variée, n'imposent pas les légumes, n'imposent pas les produits laitiers, se laissent avoir par euh les

viennoiseries, céréales hyper-chocolatés hyper-sucré.... Enfin, tout ce que l'on sait qui est délétère quand même. Je fais la chasse aux sodas. Parce que, quand même, quand on pose la question, il y a plein de gamins qui sont au coca ou autres boissons à bulles ou sucrées, etc. Donc ça, j'essaie de mettre un petit peu de mon temps sur ça » (M3), « Je n'ai pas de choses qui me gêne plus maintenant, hormis peut-être le problème de l'obésité, qui est vraiment un gros problème je trouve. Et comme on le disait : c'est à cause des parents aussi. Il y a une prise en charge des parents autant que l'enfant. » (M5).

2. Modification comportementale en lien avec les écrans

Les médecins décrivent une appétence insatiable des enfants pour les écrans, en tout temps, en tout lieu. Pour ce faire, de nombreux médecins ont adaptés leurs discours et leur démarche de prévention:

« J'essaie de mettre un peu de mon temps sur les écrans. J'essaie de dire et redire que sur les bébés de 9 mois il faut mettre un cadre à l'éducation des enfants. [...] Mais dès que tu en a la possibilité, dès que tu as un gamin dans la salle d'attente avec un écran de téléphone devant son nez pour être sage, en général je ne loupe pas les parents. » (M3), « Franchement ça me fait très, très peur » (M3), « Catastrophe. Faut qu'ils les ferment, qu'ils les éteignent, et qu'ils foutent un bouquin dans les mains des gamins. Qu'ils les laissent jouer, qu'ils les laissent s'ennuyer un peu. Enfin voilà, les écrans c'est une abomination, j'ai plein de doc sur les écrans, des affiches en salle d'attente, j'ai ce qu'il faut. » (M6)

3. *Place de la ROSP dans ces changements de comportement*

1. **Etat des lieux sur la connaissance de la ROSP**

Il a été observé une tendance à la méconnaissance de la ROSP du médecin traitant de l'enfant. Les médecins étaient nombreux à ne pas en connaître les tenants et aboutissants de la ROSP, que ce soit la date de mise en place, son introduction par l'assurance maladie, ou bien les items qui la composent.

« Ah, la ROSP ! Eh bien moi rien car j'ignorai même [...] Je ne sais même pas ce que l'on me demande dans la ROSP » (M3), « Et je ne sais plus ce qu'il y avait dans la ROSP, vous savez ? » (M4), « Alors ça, je n'y connais rien. (rire) [...] Mais du coup il y a quoi dessus ? [...] Alors pour être très honnête, comme tu as bien vu, que ce soit adulte ou pédiatrique, [...] je ne m'y suis pas du tout intéressé » (M8), « Oui, que je n'ai absolument pas suivi » (M10), « Et ... je ne sais plus quel sont les critères de ROSP » (M7).

Par ailleurs, l'incompréhension du fonctionnement de cette ROSP a été un sentiment rémanent lors des entretiens. On retient également que les médecins se posent beaucoup de questions sur la pertinence de certains indicateurs. Ces sentiments étaient parfois doués d'a priori. Nous retrouvons respectivement des notions de désaccord, d'a priori et d'incompréhension :

« Ahh, je crois qu'ils demandent une EFR tous les ans ? Ça faut pas déconner c'est pas possible [...] Maintenant j'ai un spiromètre, les enfants asthmatiques j'en ai pas tant que ça. L'utilité de la spirométrie chez mes enfants asthmatiques à moi qui font de l'asthme léger, je le remets un peu en question. En tout cas le faire tous les ans chez un pneumologue, c'est franchement pas possible. Autant aller sur la lune, ce sera plus facile ! » (M6), « Il y a suffisamment de critères de stabilité de l'asthme, sans les EFR, pour pouvoir travailler, pour pouvoir se passer des EFR

[...] Parce que c'est quelque chose que je ne faisais pas. Et je suis toujours persuadé que ça sert à rien. Mais maintenant que la ROSP fait, j'en demande » (M7), « Vu comme ça, je ne vois pas trop l'intérêt [...] D'ailleurs c'est super casse pied à remplir. Parce qu'on te demande ... là on te demande des trucs sur les enfants de 2 à 5 ans. Donc déjà faut que t'arrives à les compter. Et pour les compter il n'y a rien de vraiment pratique [...] Il y a peut-être une autre méthode, mais je ne l'ai pas découverte. (rires) » (M11),

« Alors, au début je pensais refuser la ROSP » (M5), « Mais bon je n'aime pas trop le côté "carotte". Même si ça ne fait pas de mal non plus » (M8),

« Par exemple, pour le suivi ROSP des enfants parfois j'ai 0. Je suis perplexe. Je sais pas... Je suis sur qu'il y a un truc. Mais en fait je ne sais même pas comment ils récupèrent exactement les infos » (M5), « Il y a des items où je ne sais pas trop comment sont faites les statistiques. » (M9), « Et du coup, ce qui fait des chiffres qui ne sont pas pédagogiques au final [...] Après c'est sur la méthode de calcul [...] Mais par contre ce calcul, c'est un peu obscure » (M9).

2. Conséquences de la ROSP pédiatrique

Du point de vue des conséquences de la ROSP pédiatrique sur l'amélioration des pratiques, les avis des médecins interrogés divergent. Pour certains médecins interrogés, la ROSP influe et est à l'origine d'un changement des pratiques, tandis que pour d'autres, il n'y a pas de lien. Une partie des participants estime que ce dispositif peut inciter à changer leurs pratiques ou celles d'autres médecins.

Les avis pouvaient être contradictoires chez un même médecin, ou bien en accord avec eux même :

« Donc c'est vrai que la ROSP, ça n'a pas changé grand-chose. Ah, si. Le dépistage du langage. C'est un truc qui m'a interpellé. » (M1), « Ouais ben du coup il y a un peu de ça qui m'a incité à faire les choses un peu mieux [...] Ça été l'étincelle mais j'y pensais, je me disais qu'il fallait que je fasse un peu mieux que ça [...] Disons que la ROSP est venue mettre le feu à l'étincelle, enfin l'étincelle à la poudre et déclencher le changement de matériel [...] C'était plutôt l'occasion de s'appuyer un peu dessus pour corriger un peu le tir [...] c'est pas la ROSP qui a fait changer, c'est pas elle qui a vraiment fait changer ma façon de faire. C'était plutôt l'occasion de s'appuyer un peu dessus pour corriger un peu le tir, mais ça n'a pas forcément révolutionné ma pratique » (M6),

« Après quand je reçois des enfants avec carnet de santé et des courbes vierges, je pense que ça peut changer pour d'autres personnes. Donc ça c'est pas mal. » (M4), « on met dans le dossier pour que ce soit pris en compte dans les ROSP » (M5), « La formation, l'expérience.... La ROSP à peine. Mais la ROSP pourrait [...] Parce que c'est quelque chose que je ne faisais pas. Et je suis toujours persuadé que ça sert à rien. Mais maintenant que la ROSP fait, j'en demande » (M7), « Oui ça pourrait être une sorte de guide ouais, » (M8).

Une autre partie des participants estime que cette ROSP n'a pas d'impact et n'incite pas au changement :

« Euh .. Je pense que tout ce qui est demandé dans la ROSP était plus ou moins intégré dans les pratiques [...] Donc c'est pas des choses très nouvelles qui ont vraiment modifié les pratiques, je pense » (M2), « Les vaccins j'ai toujours fait, l'asthme, j'en ai pas énormément d'enfant asthmatique, et puis ils ont souvent un suivi avec le pneumopédiatre. [...] Je ne dirai pas que la ROSP a changé ma pratique à moi (rires) [...] En tout cas ce ne sont pas les mesures de l'état qui ont changé mes pratiques. » (M4), « C'est pas la ROSP qui m'a fait changer ma pratique à

ce niveau-là. C'est bien que ça soit remis au goût du jour mais ça n'a pas changé grand-chose pour moi » (M5), « La ROSP pour les enfants, telle qu'elle est ... telle qu'elle est faite, ne change pas tellement ce que je faisais déjà [...] Parce que la ROSP sur les vaccins, ça a pas changé. Enfin, ça a pas changé ce que je comptais faire. Sur les antibiotiques, ça ne change pas non plus ce que je faisais déjà. La prise de mesure, la courbe... on faisait déjà. On le faisait déjà et le logiciel donne automatiquement l'IMC dès qu'on rentre le poids et la taille. Donc on a l'IMC de tout le monde [...] On leur demandait déjà d'aller une fois par an chez le dentiste. Donc là non plus pas de changement [...] Donc pour le moment, c'est que des choses que l'on fait, ou pas. Ça n'a pas entraîné pas de modifications particulières » (M7).

Enfin, même si certains ne voient pas leurs pratiques modifiées par la ROSP, ils retrouvent des points positifs, voire avantageux. IL est évoqué essentiellement un avantage financier, dans l'idée de valoriser les efforts :

« Et c'est bien parce que maintenant tu peux te comparer à ce que font les confrères, à la moyenne du département » (M5), « En fait en regardant, je me suis dit ; c'est con. C'est tous des trucs qu'on fait. Donc ça fait partie de notre boulot. Et on est payé pour ça. » (M5), « C'était plutôt l'occasion de s'appuyer un peu dessus pour corriger un peu le tir » (M6), « Que ça valorisait ce que je faisais dans ma pratique et euh j'ai trouvé que c'était vraiment pertinent avec le suivi, quoi. » (M9).

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces de l'étude

1. Une validité interne solide

Après saturation des données, nous avons poursuivi les entretiens à 3 reprises. La saturation a été confirmée par l'absence de nouvelle notion et la validation des notions déjà existantes. Les biais d'analyses ont été réduits par triangulation avec double analyse systématique. Les résultats sont plausibles et cohérents, en comparaison aux résultats attendus. Il existe un recul de 3 ans entre notre étude et l'instauration de la ROSP pédiatrique début 2017. Cette durée est suffisante pour l'intégration de la ROSP dans les pratiques des médecins. Nous avons utilisé un mode de recueil adapté à l'étude comme décrit ci dessous.

2. Un mode de recueil adapté au type d'étude

Le recueil a été réalisé en face à face (adapté aux entretiens d'études qualitatives / langage non verbal observable / support visuel possible / discussion plus facile, plus humaine, avec support matériel possible)

Nous avons réalisé des entretiens structurés avec un guide adapté, afin de mettre en exergue des notions qualitatives (croyances, points de vue, expériences). Nous avons adapté le guide d'entretien au profil de l'étude avec des questions ouvertes et peu orientées.

3. Aspect éthique respecté

Nous avons anonymisé les verbatims, de manière à protéger l'identité des MG lorsqu'ils relatent des faits personnels.

2. Faiblesses de l'étude

1. Biais d'échantillonnage

Les médecins ayant répondu favorablement au démarchage semblent plus ouverts et appartiennent à une catégorie de population, à l'image des patients spontanément volontaires pour certaines études.

2. Biais de formulation

Il existe un biais lié à l'évaluation subjective de l'enquêteur, possiblement lié au comportement et aux réactions de l'enquêteur. Cela peut orienter et biaiser les réponses du médecin interrogé. Pour aller à l'encontre de ce biais, nous nous sommes tenu au maximum au guide d'entretien. Cependant, nous avons très probablement commis des erreurs dans la mesure où ces entretiens étaient nos premiers. Un biais d'inexpérience de l'examineur est donc possible.

3. Biais liés au mode de recueil

Recueil en face à face : il est décrit une possible incompatibilité entre enquêteur et la personne interrogée (lié à sa personnalité, son statut, sa position) avec possible impacts sur l'écoute (notion de séduction ou de répulsion). Nous n'avons pas ressenti de tel frein, mais il est nécessaire d'en considérer la potentielle existence.

Recueil téléphonique : Nous avons adapté le mode de recueil d'information pour répondre aux mesures de confinements. Ceci a entraîné la perte de force d'un entretien en face à face : langage non verbal, support visuel, mode de discussion).

4. Biais cognitif de mémorisation

Défini comme “l’oubli de l’exposition chez un témoin”, on évoque ici la possibilité que le sujet interrogé ne se rappelle pas de son exposition (ici la ROSP). Ce biais de mémorisation renvoi à la notion de biais d’auto complaisance définie comme une “tendance des individus à attribuer la causalité de leur réussite à leurs qualités propres (causes internes) et leurs échecs à des facteurs ne dépendant pas d’eux (causes externes)”. Difficile d’en établir la preuve mais cette hypothèse d’auto complaisance pourrait expliquer les contradictions de certains médecins qui rejettent initialement la ROSP puis la valorisaient après réflexion.

2. Principaux résultats et implications majeures

L’objectif principal de cette étude était de déterminer les facteurs responsables d’un changement de comportement des MG, depuis l’instauration de la ROSP du médecin traitant de l’enfant en 2017. Il était question de faire la part des choses entre l’effet de la ROSP et l’effet d’une évolution naturelle des pratiques des MG.

Notre étude montre que plusieurs facteurs modifient les pratiques pédiatriques des MG : la formation des médecins, l’expérience, l’obligation vaccinale, la ROSP du médecin traitant de l’enfant, l’investissement matériel, le tiers payant, les modifications comportementales des populations, le facteur temps, ainsi que le travail en pluriprofessionnalité.

L'objectif secondaire de cette étude était d'étudier la perception de la ROSP du médecin traitant de l'enfant par les MG.

Notre étude montre une tendance à la méconnaissance de la ROSP du médecin traitant de l'enfant. Celle-ci passe par l'ignorance de sa mise en place, des items qui la composent ou de son fonctionnement. L'incompréhension et le manque de pertinence des indicateurs avec un désaccord sur son fonctionnement à été également décrit.

1. Résultats attendus :

Parmi les résultats obtenus, trois facteurs étaient fortement attendus : la formation, l'expérience et l'obligation vaccinale. La ROSP l'était aussi dans une moindre mesure.

1. La formation

La formation n'a pas été un élément nouveau. Nous l'avons citée lors de notre démarche de réflexion préliminaire car à notre sens, c'est un des premiers éléments pouvant changer les pratiques. Le code de déontologie médicale en fait allusion, le médecin devant donner des soins "conformes aux données acquises par la science". La mise à jour des connaissances est donc nécessaire. Nos entretiens l'ont confirmé : « *la formation des gens, la formation des médecins, les formations continues [...] c'est ça qui change ma pratique* », « *on manque terriblement de savoir sur la chose* ». Ce concept est corroboré par différents acteurs.

Les médecins, en premier lieu, placent la formation comme élément directif de leurs pratiques, et ce dans tout type de situation. Que ce soit dans le cadre du dépistage et du suivi pédiatrique (18) ou des urgences en médecine générale (19), ce concept a une importance primaire.

La formation permet une mise à jour et un entretien des connaissances, ainsi que le développement des compétences en réponse au développement continu de la médecine (20).

Face à ce développement rapide, les médecins peuvent ressentir un besoin de formation, besoin qui est plus associé à un sentiment d'obligation déontologique, ou pour répondre à leurs incertitudes au cours de leurs pratiques, qu'à une obligation légale.

La formation est donc un concept capital et validé par les différents acteurs des soins. A l'instar des données de la science, celle-ci évolue par ses formes et son contenu, nécessitant adaptation et remise en question régulière.

2. L'expérience individuelle

L'idée de facteur pouvant modifier les pratiques chez les médecins fait appel à des recommandations, à des éléments factuels, objectifs, validés par la science, à l'image de l'Evidence Based Medicine (EBM). Néanmoins, la médecine générale étant officinée par l'Homme, il existe obligatoirement une part de subjectivité dans la démarche clinique. Thomas Lauvin place la décision du médecin nécessairement dans un mélange d'EBM et de subjectivité individuelle (21). Car si seule l'EBM faisait foi, la conduite du médecin serait dictée "sous peine de déshumanisation, d'aliénation, et, n'ayons pas peur du mot, d'une forme de totalitarisme arbitraire".

L'expérience du clinicien, au titre de subjectivité individuelle, est donc nécessaire pour un exercice humain de la médecine. Les participants de l'étude ont confirmé cet impact sur leur pratiques : « *Le fait d'engranger de l'expérience. C'est à dire, plus on fait, plus je sais les faire. Et résultats plus je les fais vite et mieux j'arrive à les interpréter. L'expérience fait que, plus je sais le faire bien, plus je le fais facilement* ». Enfin, Jean Vincens va dans ce sens, et explique que la formation et l'expérience sont intimement liées dans l'apprentissage, à l'image de l'EBM et la subjectivité individuelle (22).

3. Obligation vaccinale

L'obligation vaccinale liée au nouveau calendrier a été mise en place par Agnès Buzin, suite à la loi du 30 décembre 2017 (23), en réponse à une couverture sérologique insuffisante pour les 8 vaccins recommandés (particulièrement la rougeole). Le calendrier vaccinal passa alors d'un schéma à 3 vaccins obligatoires et 8 recommandés à un schéma à 11 vaccins obligatoires. Cette mise en place a coïncidé avec l'introduction de la ROSP du médecin traitant de l'enfant, raison pour laquelle nous nous attendions à ce qu'un changement en lien avec l'obligation vaccinale soit mentionné lors des entretiens.

Les résultats sont unanimes : « *l'obligation vaccinale, qui a grandement simplifié notre application des vaccins chez les petits, [...] moins de discussion autour de la mise en œuvre des vaccins, [...] ça nous a simplifié la vie* ». La modification du calendrier vaccinal a été un bouleversement dans les pratiques des MG : les médecins disent vacciner plus et avec plus de facilité. Cette constatation est tout à fait concordante avec les données de la littérature (24) (25). Ce phénomène peut être expliqué par un effet direct et indirect, d'abord le caractère obligatoire, suffisant à convaincre certains parents, puis l'impossibilité d'inscription en crèches et écoles, conséquence plus contraignante. Cela laisse moins de place à la discussion avec les parents, ce qui facilite le travail des médecins pour vacciner les enfants (26).

4. ROSP

Sur le plan de la ROSP, notre attente envers elle était incertaine en raison d'une discordance entre l'AM, très optimiste sur l'effet de la ROSP (16), et certaines études (18) (27) ne retrouvant pas ou peu de changements objectivés dans les suites.

Les résultats de notre étude sont partagés. Pour certains, elle permet une amélioration : « *il y a un peu de ça qui m'a incité à faire les choses un peu mieux* ». Pour d'autres, la ROSP n'entraîne pas de modifications : « *La ROSP pour les enfants, [...] ne change pas tellement ce que je faisais déjà [...] Ça n'a pas entraîné de modifications particulières* ». Aucun médecin n'a directement cité la ROSP lors des questions ouvertes. Ils étaient nombreux à se contredire lors des entretiens, la dénigrant dans un premier temps puis trouvant finalement des qualités diverses. Ce phénomène de discordance peut s'expliquer par des biais cognitifs de mémorisation ou d'auto complaisance. Les médecins se voulant libres et autonomes dans leurs démarches décisionnelles, ils ont tendance à accorder leurs améliorations de pratiques à des raisons personnelles et non étatiques.

Néanmoins, cette tendance reste minoritaire, avec la majorité des réponses ne retrouvant pas ou peu de réelle conséquence. Cela va dans les sens des études sus-citées.

2. Résultats inattendus et non retrouvés dans la littérature

Parmi les résultats obtenus, trois étaient inattendus, dont deux qui ont été fréquemment cités : l'investissement matériel, le tiers payant et les modifications comportementales des populations. Ils n'avaient pas ou peu été retrouvé préalablement dans la littérature.

1. Investissement matériel - Sensory Baby Test (SBT)

Selon une étude de Santé Publique dans le Maine-et-Loire, le manque d'outil chez les MG représente le principal obstacle au dépistage des troubles visuels et auditif (28).

Par ailleurs, une étude dans la même région, retrouve des “ lacunes persistantes dans le système de dépistage des troubles visuels et auditifs réalisés par les MG”, principalement expliquées par le manque de formation à ce matériel spécifique de dépistage (29).

De plus, le caractère onéreux de ce type de matériel peut jouer (SBT à environ 400€), mais seuls 7,3% des MG étaient équipés en lunettes à secteur (quelques dizaines d’euros), contre plus de 50% des pédiatres. L’argument financier est donc discutable.

Pour certains médecins de notre étude, le manque d’outil et de formation semble avoir un rôle dans un dépistage visuel et auditif adapté. Les médecins interrogés ont alors mis en avant l’investissement matériel (SBT) comme élément déclencheur pour une pratique de dépistage standardisée et efficiente. « *Il y a des choses qui évoluent en termes de dépistage, toujours en faire plus, donc être plus axé dessus. J’ai acheté la mallette de dépistage pour faire un peu mieux que lorsqu’on est juste clinique, histoire de compléter l’examen. Ouais c’est surtout ça que j’ai essayé d’améliorer* ». Cette adaptation a été indirectement provoquée par les formations, l’échange entre collègues, le besoin d’avancement personnel et la ROSP. L’investissement matériel prend alors une double fonction : comme facteur modifiant les pratiques et comme conséquence d’autres facteurs.

2. Tiers payant

La prise en charge des frais de certaines consultations par l’AM, sans avance par le patient, améliorerait selon certains médecins, la prise en charge pédiatrique : « *Il y a une chose qui a facilité la prise en charge, c’est le tiers payant pour toutes les consultations de prévention* ». En partant du postulat qu’une partie de la population renonce aux soins de santé pour raisons financières (Etude IRDES 2008) (30), le tiers payant paraît être la solution idéale, d’autant plus que certaines consultations pédiatriques obligatoires sont plus onéreuses. C’est ce que propose

l'AM pour rendre les soins accessibles à l'ensemble de la population : une prise en charge à 100% et sans avance de frais pour les parents lors des 20 consultations de suivi du nourrisson et de l'enfant de 8 jours à 16 ans (31).

Par ailleurs, en interrogeant les médecins, la généralisation du tiers payant porte à polémique (32). En effet, les thèses de Clément David (33) et François Berret (34) évoquent chez les médecins une discordance avec une prédominance d'opinions négatives dans la généralisation du tiers payant à toutes les consultations. Néanmoins, il demeure justifié selon les médecins, d'appliquer le tiers payant pour les populations précaires en difficulté financière.

La généralisation du tiers payant n'est pas considérée unanimement par les médecins comme étant une source d'amélioration des soins de santé. Cependant, son utilisation pour la patientèle en difficulté financière permet de faciliter l'accès aux soins.

3. Modifications comportementales

Les modifications comportementales des populations, notamment dans le cadre de l'alimentation et des écrans, sont un concept dont les médecins semblent très attachés.

La prévalence de l'obésité augmente continuellement : en 40 ans, le nombre d'enfants et d'adolescents obèses a été multiplié par 10 à l'échelle mondiale (35). Cette évolution est attribuée au changement de mode de vie et d'alimentation. L'obésité est un facteur de risque de pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, etc..) et a des conséquences psychologiques et sociales majeures (méséstime de soi, dépression, isolement, etc.). Elle est un vrai problème de santé publique. Parfois même qualifié de "situation de crise pour la santé mondiale actuelle, qui menace d'empirer dans les prochaines années si nous ne prenons pas rapidement des mesures draconiennes". Les médecins interrogés

vont alors dans ce sens : *« Ce que je cherche surtout chez les gamins, c'est tout ce qui est problème alimentaire [...]. Le problème du grignotage, les mauvais apports alimentaires avec une diversification alimentaire qui ne s'est pas faite du tout [...]. Les parents n'imposent pas une alimentation variée, n'imposent pas les légumes, n'imposent pas les produits laitiers, se laissent avoir par les viennoiseries, céréales hyper-chocolatées hyper-sucrées... Enfin, tout ce que l'on sait qui est délétère quand même. Je fais la chasse aux sodas. Parce que, quand même, quand on pose la question, il y a plein de gamins qui sont au coca ou autres boissons à bulles ou sucrées, etc. Donc ça, j'essaie de mettre un petit peu de mon temps sur ça »*

Pour répondre à ce problème, l'Etat a mis en place des programmes de prévention et prise en charge de l'obésité infantile (Programme National Nutrition Santé - Manger Bouger, Plan Obésité) (36). Les actions de l'Etat sont importantes pour permettre une sensibilisation des populations. Mais seules, elles ne suffisent pas. Une action ciblée par le médecin traitant est fondamentale pour la prévention et prise en charge de l'obésité. Grâce à l'ensemble de ces différentes actions et à l'implication des intervenants de santé, la prévalence de l'obésité semble se stabiliser en 2019 (37).

Par ailleurs, l'exposition aux écrans (38) est de plus en plus importante et précoce. Cette surexposition aux écrans est loin d'être anodine et a des conséquences sur le développement, le comportement et le bien-être de l'enfant. Les professionnels de santé sont parfaitement conscients de ce risque : *« j'essaie de mettre un peu de mon temps sur les écrans. J'essaie de dire et redire que sur les bébés de 9 mois il faut mettre un cadre à l'éducation des enfants. [...] Franchement ça me fait très, très peur »*. Selon la littérature (39), la prévention est encore loin d'être systématique, principalement due au manque de recommandation et d'outils. L'aide étatique reste également mince sur le sujet. Constat rassurant néanmoins, une intervention ciblée de la part du médecin auprès des parents est efficace pour diminuer significativement l'exposition aux écrans (40).

Tout comme la médecine, notre société évolue de jour en jour et entraîne des modifications de comportements dans la population. De même, la relation médecin-patient a évolué : du modèle paternaliste à la décision médicale partagée, obligeant les médecins à s'adapter et éduquer leurs patientèles par différents moyens.

3. Résultats inattendus et retrouvés dans la littérature

Le facteur temps et le travail en pluriprofessionnalité étaient attendus (18) (27) (41) (de part le faible nombre de sources) mais l'unanimité des médecins à leur égard était inattendu.

1. Facteur temps

Les participants de notre étude ont été unanimes, les consultations pédiatriques prennent du temps : *« ça demande beaucoup, beaucoup de temps. [...] Mais non, tu veux examiner complètement, déshabiller, regarder les yeux, les oreilles, non non c'est pas moins de 20 minutes. Discuter avec les parents, parler du sommeil, de l'alimentation, du comportement, des écrans. Ça peut pas être moins de 20 minutes »*. L'influence du temps de consultation sur les pratiques a d'autant plus sa place dans le cadre de la pédiatrie. Raison pour laquelle les médecins interrogés ont allongés les durées de leurs consultations dans un objectif d'efficacité globale, mais également pour pallier au caractère chronophage des examens et tests nécessaires.

Ce constat est actuellement mis en contradiction avec certaines études. La DREES a publié en 2007 une étude (42) montrant que la durée moyenne de consultation pour les adultes était de 16 min et que celle pour les enfants était environ de 14 min. Il ne semble pas y avoir d'autres études statistiques disponibles sur le sujet depuis. Il faut donc prendre en compte que cette étude est

relativement ancienne et ne fait pas la différence entre les consultations de suivi et les consultations pour motif aigu.

Marie Aballea fait cependant remonter dans sa thèse que l'un des freins au dépistage des troubles du langage est justement un manque de temps (18). Ce qui conforte les propos des participants de notre étude.

2. Travail en pluriprofessionnalité

La communication et le travail avec les autres professionnels de santé a été mis en avant comme étant un élément permettant une modification des pratiques et une meilleure prise en charge des patients. « *Ce qui serait peut-être plus intéressant serait d'avoir plus de lien avec les spécialistes, avec les pédiatres, pneumo-pédiatres, gastro-pédiatres, etc. [...] Ça améliorerait la prise en charge de l'enfant. Car ça simplifie les choses.* »

L'HAS encourage le travail en équipe pluriprofessionnelle (43). Elle met également des protocoles et différentes aides dans ce sens pour faciliter la communication, créer des relations entre les professionnels afin d'optimiser les prises en charges. La ROSP adulte favorise ce type de travail.

Le travail en pluriprofessionnalité, aide à l'amélioration des pratiques (44) (45). Celui-ci débouche sur des formations, des relations de qualité entre professionnels, des investissements matériels ou des adaptations de la pratique. Ce type d'échange est largement validé par les médecins interrogés.

4. Quelle est la perception de la ROSP du médecin de l'enfant par les MG ?

Dans le cadre de son objectif secondaire, notre étude rapporte deux constatations à l'égard de la ROSP : la méconnaissance et l'incompréhension.

1. Méconnaissance

Etant donné la nécessité de déclaration annuelle, la comparaison des résultats individuels à la moyenne départementale, de la rémunération qui en découle, des visites de l'AM dans les cabinets, de l'adhésion systématique (parfois tacite) lors du conventionnement initial avec l'AM, nous étions en droit de penser que les médecins seraient avisés des tenants et aboutissants de la ROSP pédiatrique. Ce n'est pas le cas. Quelque soit la raison de cette ignorance, la majeure partie des médecins interrogés répondent à l'unisson : « *j'ignorai même* », « *je ne m'y suis pas du tout intéressé* ». Cela concerne généralement les items qui la composent, parfois même sa mise en place. Il est possible d'expliquer ce fait par son caractère récent et sa plus faible implication clinique, comparativement à la ROSP adulte, plus conséquente en terme d'items et de rémunération, déjà en place depuis plusieurs années. Il n'existe pas encore d'étude explorant plus en détail cette méconnaissance de la ROSP du médecin traitant de l'enfant.

2. Incompréhension

L'incompréhension quant à son fonctionnement, le désaccord sur certains indicateurs et son intérêt d'un point de vue général ont été des concepts rémanents.

Le fonctionnement a été mis en doute avec la méthode de calcul : « *parfois j'ai 0. Je suis perplexe* », « *je ne sais pas trop comment sont faites les statistiques* », « *je dois avoir déclaré une dizaine d'enfant, [...] j'en vois plus que ça* ». Cette incompréhension manifeste peut venir de deux biais : le mode de comptabilité et le mode de calcul.

Premièrement, le mode de comptabilité : pour la CNAM, un acte est pris en compte lors de son remboursement et un médicament est pris en compte lors de sa facturation. Sans tenir compte du prescripteur, cela entre dans le calcul de ROSP du médecin traitant du patient en question. Cela représente un biais incontestable lorsque l'on prend l'exemple d'une EFR annuelle chez les asthmatiques persistants, qui peut être réalisée lors d'une hospitalisation, prise en compte ou non dans le calcul, non initiée par le médecin traitant. Situation similaire lors de la prescription de céphalosporine de 3e et 4e génération par un service d'urgence ou par un médecin autre que le MT ; cette prescription entre dans le calcul du MT du patient, sans tenir compte du prescripteur.

Secondairement, le mode de calcul : la CNAM prend en compte pour le calcul seulement les données auxquelles elle a accès, à savoir les données des patients appartenant au régime général (RG), à la mutualité sociale agricole (MSA) et au régime social des indépendants (RSI), en laissant de côté les régimes spéciaux. Pour certains syndicats comme l'UFML, les données d'autres régimes demeureraient obscures, avec une généralisation des données des 3 régimes suscités, sur les données des régimes manquants (46). Dans ce cas, un biais de généralisation serait conséquent.

De ce fait, un système d'information indépendant de la CNAM serait plus adapté, en prenant en compte les données patients de tous les régimes ainsi que les données d'activité de tous les médecins afin de se rapprocher au mieux des pratiques réelles. Cette situation impliquerait que les médecins prennent l'habitude de "côter" leurs activités.

« *Je n'aime pas trop le côté "carotte"* » : l'idée d'une prime, d'un intéressement, peu venir court-circuiter le schéma décisionnel d'un médecin, à l'image d'un conflit d'intérêt. Nicolas Da Silva s'est penché sur la question du paiement à la performance dans les pays anglo-saxons, où le recul est plus conséquent (47). Il met en exergue une augmentation des dépenses en santé (alors que

l'objectif initial du P4P était la réduction), un risque de problématique de justice sociale (exclusion des patients fortement "consommateurs" en santé) et de baisse de la qualité humaine du médecin (occupé au côté pragmatique des tâches liées à l'intéressement). Le P4P n'est pas anodin en ce sens. Il modifie les pratiques dans un sens contraire à celui escompté.

« *je ne vois pas trop l'intérêt* » : y a-t-il, à toutes ces formes d'intéressement, un réel intérêt médical dénués de tout objectif autre ? Dans ce sens, la question de la mortalité toute cause trouve alors sa place. Avec plus de 14 ans de recul, Andrew M Ryan ne retrouve pas, au Royaume-Uni, de baisse significative de la mortalité en lien avec le P4P (48). L'atteinte des objectifs fixés sur des recommandations de bonnes pratiques n'améliore pas l'espérance de vie. La question des plus values de ce genre de programme de santé publique demeure alors pertinente.

3. Perspectives

Nous pensons qu'il serait intéressant de comprendre pourquoi les médecins méconnaissent ce dispositif. Ceci nous permettrait de voir si une meilleure connaissance de la ROSP aurait un impact plus important sur les pratiques.

Mais surtout, il serait intéressant de revoir le dispositif de la ROSP en lui-même. Notamment sur le mode de recueil des données afin que cela représente au mieux la pratique des médecins généralistes et prenne en compte tous les patients de manière identique.

CONCLUSION

Suite à la convention de 2016, la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) du médecin traitant de l'enfant a été mise en place. Depuis, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a constaté que les objectifs de la ROSP du médecin traitant de l'enfant étaient chaque année un peu mieux atteints. Cette amélioration constante a été mise sur le compte de la ROSP, sans tenir compte d'autres facteurs potentiels.

Cette étude avait pour objectif principal de déterminer quels étaient les facteurs permettant un changement des pratiques en pédiatrie chez les médecins généralistes. L'objectif secondaire était de connaître l'opinion de ces médecins sur la ROSP du médecin traitant de l'enfant.

Pour cela, douze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de médecins généralistes. Plusieurs facteurs ont été retrouvés. Certains étaient attendus et connus, à savoir la formation, l'expérience, l'obligation vaccinale et la ROSP. D'autres en revanche ont été plus inattendus, retrouvés dans la littérature mais exprimés unanimement par les participants de cette étude : le temps de consultation et le travail en pluridisciplinarité. Ont également été retrouvés de manière inattendus l'investissement matériel, le tiers payant et les modifications comportementales des patientèles. L'investissement matériel offre un dépistage standardisé et efficient, le tiers payant apporte une facilité d'accès aux soins pour certaines populations, et les modifications comportementales obligent le médecin à s'adapter aux problématiques d'obésité et de dépendance aux écrans.

La ROSP peut permettre un changement des pratiques, mais ne fait pas l'unanimité auprès des médecins généralistes. Au contraire, il ressort de cette étude deux concepts sur la ROSP : la méconnaissance et l'incompréhension du dispositif.

On peut donc remettre en question le dispositif de la ROSP du médecin traitant de l'enfant utilisé en l'état. Une meilleure connaissance et/ou une remise à jour de la ROSP du médecin traitant de l'enfant pourrait permettre plus d'impact sur les pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. HSCP. adsp n° 86 - La santé : un capital en construction dès l'enfance [Internet]. [cité 18 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=143>
2. INSEE. Natalité - Fécondité – Tableaux de l'économie française [Internet]. [cité 18 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676604?sommaire=3696937>
3. INSEE. Évolution de la population – Bilan démographique 2019 [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
4. INSEE. Population par âge – Tableaux de l'économie française [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
5. Grangier J, Mikou M, Roussel R et al. Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015, DRESS, E&R, sept 2017, 1025, 6 p.
6. HCAAM. Avis du HCAAM sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_sur_travaux_regulation_-_hcaam_25_juin_2020.pdf
7. Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ? Actes de Colloque. Commissariat général de la stratégie et de la perspective. Paris, 5 juin 2013.
8. CNAM. La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour le médecin. [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
9. Syndicat de l'Union française pour une médecine libre. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) améliore-t-elle la prise en charge des patients ? [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ufml-syndicat.org/remuneration-objectifs-de-sante-publique-rosp-ameliore-telle-prise-charge-patients/>
10. MG France. Règlement de la ROSP: mieux vaut tard que jamais ! [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/412-reglement-de-la-rosp-mieux-vaut-tard-que-jamais>
11. CNAM. Rosp 2018 : une amélioration continue des indicateurs cliniques [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-2018-une-amelioration-continue-des-indicateurs-cliniques>
12. data.Dress - Etudes et statistiques. Effectif des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3804>

13. Reynaud C, Goffe D, Robert-Tissot C et al. La rémunération sur objectif de santé publique. Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. Dossier de presse, 24 avril 2017.
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les principales mesures de la loi [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/article/les-principales-mesures-de-la-loi>
15. CNAM. Rosp du médecin traitant de l'enfant [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>
16. CNAM. De premiers résultats prometteurs pour la Rosp « médecin traitant de l'enfant » | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 28 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/isere/medecin/actualites/de-premiers-resultats-prometteurs-pour-la-rosp-medecin-traitant-de-lenfant>
17. CNAM. La Rosp en 2019 : des résultats en hausse pour la seconde année consécutive [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/la-rosp-en-2019-des-resultats-en-hausse-pour-la-seconde-annee-consecutive>
18. Aballea M. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant par les médecins généralistes de Poitou-Charentes : enquête de pratique. Thèse de doctorat en médecine. Poitiers : Université de Poitiers, 2019, 93p.
19. Dumouchel J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale: analyse des pratiques de généralistes normands. Thèse de doctorat en médecine. Rouen : Université de Rouen, 2012, 135p.
20. Trinh M. Représentations des médecins généralistes qui se forment sur la formation médicale continue. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université de Lille II. 2017, 34p.
21. Lauvin T. « Evidence-Based Medicine », quelle place dans la décision du médecin ? Thèse de doctorat en médecine. Toulouse : Université Toulouse III, 2013, 63p.
22. Vincens J. Expérience professionnelle et formation. Vers Un Nouveau Pacte Intergénérationnel?. 2001, 25. P. 55-67.
23. Santé Ministère des Solidarités et de la Santé. 11 vaccins obligatoires depuis 2018 [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/vaccins-obligatoires/article/11-vaccins-obligatoires-depuis-2018>
24. Junk A. Obligation vaccinale: Vécu du médecin généraliste sur l'évolution des consultations depuis le 1er janvier 2018. Thèse de doctorat en médecine. Rennes : Université de Rennes. 2019. 36p.

25. Enquête Infovac . Extension de l'obligation vaccinale, 15 mois après [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.infovac.fr/docman-marc/public/bulletins/2019/1573-enquete-infovac-def-170419/file>
26. CNGE. Comment améliorer la couverture vaccinale : concertation ou obligation ? [Internet]. [cité 18 sept 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/comment_ameliorer_la_couverture_vaccinale_concerta/
27. Benaccoun J. La prévention cardiovasculaire par les médecins généralistes de ville : Freins et motivations dans l'utilisation de l'échelle SCORE depuis son intégration à la ROSP. Thèse de doctorat en médecine. Marseille : Université Aix-Marseille. 2019. 62p.
28. Colineau-Méneau A, Neveur M-A, Beucher A et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. Santé Publique (Bucur). 27 août 2008;Vol. 20(3), p. 259-268.
29. Dong CC. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez les nourrissons de 0 à 24 mois par les médecins généralistes, les pédiatres et les médecins de PMI d'Indre-et-Loire. Thèse de doctorat en médecine. Tours : Université Orléans-Tours. 2016. 42p.
30. Després C, Dourgnon P, Fantin R, et al. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Question d'économie de la santé n°170. 2011, 6p.
31. service-public.fr. Visites médicales de l'enfant : examens obligatoires [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F967>
32. Le Quotidien du médecin. Le tiers payant, un cauchemar pour les médecins ? Une étude fait le point [Internet] [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/le-tiers-payant-un-cauchemar-pour-les-medecins-une-etude-fait-le-point>
33. David C. Généralisation du tiers-payant. Thèse de doctorat en médecine. Montpellier : Université Montpellier 2016. 94p.
34. Berret F. Quelles sont les motivations des médecins généralistes à pratiquer ou non le tiers payant en région Nord-Pas-de-Calais ? Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université de Lille II. 2015, 155p.
35. World Health Organization. En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>

36. Santé publique France. Etude ESTEBAN 2014-2016 - Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet] [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
37. Sassi F. Obesity and the economics of prevention : FIT NOT FAT. OECD 23/09/2010, 8p.
38. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. L'exposition aux écrans [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/lexposition-aux-ecrans>
39. Homps M. Prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées. Thèse de doctorat en médecine. Université Toulouse : Toulouse III - Paul Sabatier. 2018, 36p.
40. Remillieux S, Bourahla L. Exposition aux écrans des enfants de 2 à 6 ans : évaluer l'impact d'une intervention brève donnée aux parents et à leur enfant par un médecin généraliste. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université de Lorraine. 2019, 91p.
41. Arnaud G, Cécile F, François B. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. ADSP Actualité et dossier en santé publique. 2011, 77, p. 6-10.
42. Franc L-V, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DRESS, E&R, août 2007, 588, 8 p.
43. Haute Autorité de Santé. Axe : Travail en équipe pluriprofessionnelle [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757245/fr/axe-travail-en-equipe-pluriprofessionnelle
44. Migne P. Avantages à exercer la médecine générale en maison ou pôle de santé. Thèse de doctorat en médecine. Poitiers : Université de Poitiers. 2013. 157p.
45. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, et al. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. 2010, 98(2-3), p. 131-143.
46. Syndicat de l'Union française pour une médecine libre. Fact-checking ROSP 2018, la tromperie organisée [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ufml-syndicat.org/fact-checking-rosp-2018/>
47. Silva N-D. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. Rev MAUSS. 3 juin 2013, 41, 1, p. 93-108.
48. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E et al. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. Lancet Lond Engl. 16 juill 2016, 388, 10041, p. 268-74.

ANNEXES

1. Déclaration CNIL - MR002



Fiche préalable de traitement* v2.10-1

Correspondant informatique et libertés mutualisé
des établissements universitaires du PRES Université de Grenoble

Fiche à renseigner par le demandeur (utiliser la fiche modèle annotée pour renseigner cette fiche préalable de traitement). Pour des raisons de commodité d'instruction, veuillez renommer le fichier contenant ce formulaire selon la nomenclature suivante : CIL_FPT - <établissement>_<service resp. MOE> - <nom du traitement>

(*) L'instruction des formulaires de déclaration des traitements mis en œuvre par les établissements constitue un traitement déclaré et porté au registre du CIL mutualisé des établissements. Cette information est destinée aux personnes concernées par les formalités de déclaration du traitement décrit dans ce formulaire, dont certaines données à caractère personnel peuvent apparaître dans le présent document et dans le registre du CIL. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, ces données sont accessibles au public (art. 31) ; vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent auprès du CIL par mail à CIL@grenet.fr (Sujet/Objet : « CIL : DEMANDE POUR FAIRE VALOIR MES DROITS »)

(**) L'entête de la fiche est renseigné par le demandeur. Cette fiche doit être préalablement validée par le responsable de la mise en œuvre du traitement pour que le traitement puisse être déclaré (porté au registre du CIL) : fiche datée et signée ou ref. courrier ou mail de validation du responsable du projet

ENTETE DE FICHE**					
DATE 1 ^{ère} DEMANDE		25/11/2019			
ÉTABLISSEMENT		UNIVERSITE GRENOBLE ALPES			
SERVICE – COMPOSANTE – LABORATOIRE		UFR MEDECINE-DMG GRENOBLE			
RESPONSABLE DE MISE EN ŒUVRE (MOE)		SOPHIE AUGROS			
CYCLE DE VIE DE LA FICHE (à renseigner par l'intervenant ad hoc)					
VERSION	DATE	REFERENT I&L (CIL / RELAIS CIL)	REFERENT MOE	ETAT DE LA FICHE V : Validé EC : En Cours AV : A_Valider	AUTEUR VERSION (REF. I&L ou MOE)

CORPS DE FICHE		
TYPE FICHE DE TRAITEMENT	<input type="checkbox"/> Création	N° déclaration (réservé CIL)
	<input type="checkbox"/> Modification / Mise à jour	réf. du traitement modifié :
	<input type="checkbox"/> Suppression	réf. traitement supprimé :
FORMALITE CNIL	<input type="checkbox"/> Dispense	DI-□□□
	<input type="checkbox"/> Norme simplifiée	NS-□□□
	<input type="checkbox"/> Autorisation unique	AU-□□□
	<input type="checkbox"/> Acte réglementaire unique	RU-□□□
	<input type="checkbox"/> Normale	DN
	<input type="checkbox"/> Avis CNIL	DAv
	<input type="checkbox"/> Autorisation CNIL	DAu
RESPONSABILITE ET FINALITE		
RESPONSABLE DE TRAITEMENT	Université Grenoble Alpes (UGA)	

CARACTERE OBLIGATOIRE	NON		
FINALITE(S)	Déterminer les facteurs modifiant des pratiques des médecins généralistes en pédiatrie.		
INFORMATIONS GENERALES SUR LE TRAITEMENT			
DETAILS DU TRAITEMENT	<p>Pré-sélection des participants en fonction de critères socio-démographiques déterminés a priori (sexe, âge, lieu et mode d'exercice, formations, qualité de maître de stage, lien avec l'assurance maladie).</p> <p>Première prise de contact téléphonique pour déterminer accord du participant, date, heure et lieu de l'entretien.</p> <p>Présentation de l'étude au participant avec remise de la « fiche d'information participants ».</p> <p>Entretiens individuels semi structurés avec guide entretiens validé par le DMG de Grenoble, enregistrés par dictaphone.</p> <p>Transcription intégrale manuelle des entretiens puis destruction des fichiers audio une fois la transcription terminée.</p> <p>Etude des verbatims par les 2 investigateurs à l'aide de logiciel adapté à l'analyse qualitative. Résultats finaux mis en forme, sous forme de thèse, afin de répondre uniquement à la question posée.</p>		
LIENS AVEC D'AUTRES TRAITEMENTS	Aucun		
DATE SOUHAITEE DE MISE EN ŒUVRE	01/12/2019		
RECURRENCE	Traitement unique		
DUREE D'EXPLOITATION	Du 1er décembre 2019 à la soutenance de la thèse (date prévisionnelle octobre 2020)		
PERSONNES CONCERNEES			
CATEGORIE OU TYPE	<p>Médecins généralistes en libéral, jusqu'à obtention d'une saturation des données (à priori entre 12 et 20 participants)</p> <p>Critères de non inclusion: médecin installé après le 01/01/2017, médecin remplaçant, médecin avec activité salariale unique, médecin avec orientation acupuncture et/ou homéopathe.</p>		
INFORMATION DONNEE	Informations données aux participants via la fiche d'information remise lors de l'entretien (cf document joint « Fiche d'information participants »)		
EXERCICE DES DROITS	Contacter les investigateurs (coordonnés sur la « Fiche d'information participants »)		
DONNEES TRAITÉES			
DONNEES OU CATEGORIES	ORIGINE / SOURCE	DURÉE DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
Identité + coordonnées des participants recueillies avant entretien	Médecins déjà contactés pour la thèse et pages jaunes	Jusqu'à entretien puis destruction immédiate.	Investigateurs

Critères professionnels, démographiques et sociaux recueillis lors de l'entretien	Saisis par investigateur auprès des participants	Jusqu'à soutenance de la thèse	Investigateurs
Enregistrements audio	Saisis par investigateur auprès des participants	Jusqu'à transcription intégrale	Investigateurs
Verbatims	Saisis par investigateur via logiciel adapté	Jusqu'à soutenance de la thèse	Investigateurs puis publique
Résultats finaux sous forme de thèse de médecine	Objet de l'étude	Durée légale	Publique
TRANSFERT DES DONNEES HORS UE	NON		
SECURITE			
SECURITE DES DONNEES	Sécurité physique, locaux de travail et stockage verrouillés par clef. Echanges des données par messagerie sécurisée de l'université responsable de traitement. Ordinateurs protégés avec logiciel antivirus et protégés avec mot de passe sécurisé. Enregistrement des documents en double, sur sauvegarde physique (disque dur) dans un lieu sécurisé		
CONFIDENTIALITE	Clause de confidentialité (cf document joint « Clause confidentialité ») Pseudonymisation complète des entretiens à la transcription => identité des participants remplacé par Mx (x = ordre de passage des entretiens), avec possibilité de retrouver pour exercice des droits. Critères professionnels, démographiques et sociaux recueillis lors de l'entretien agrégés et dé-identifiés pour la communication publique. Suppression immédiate de l'identité et des coordonnées et des éléments dans le verbatim permettant des identifications indirectes des participants après entretien		
MISE EN ŒUVRE			
RESPONSABLE DE LA MISE EN ŒUVRE	Sophie AUGROS		
PERSONNES OU SERVICES CHARGES DE LA MISE EN ŒUVRE	Loïc VALAT et Aulde PAYERNE		
MOYENS DE MISE EN ŒUVRE	Dictaphones Logiciel pour analyse des verbatims type Nvivo 2 investigateurs pour relecture des données		
SOUS-TRAITANCE	NON		

Remarques - Observations
Informations complémentaires

2. Guide d'entretien

Bonjour, je suis interne en médecine générale. J'effectue ma thèse sur les facteurs modifiant la pratique des médecins de l'enfant suite à l'introduction de la ROSP pédiatrique. Pour cela j'organise des entretiens avec des médecins généralistes pour connaître leur point de vue. Cet entretien est enregistré et anonyme. Vous pouvez décider d'arrêter cet entretien à n'importe quel moment.

Présentation des médecins généralistes

Âge, sexe, lieu et mode d'exercice, proportion de pédiatrie dans l'activité, appartenance à un syndicat, appartenance à un groupe ou association impliqué dans la formation professionnelle ou amélioration des pratiques, relation avec l'assurance maladie, taille de la patientèle pédiatrique (RIAP).

Depuis le 1er janvier 2017 comment ont évolué vos pratiques pédiatriques ?

Selon vous qu'est ce qui a changé dans vos pratiques ? Qu'en pensez vous ?

Quels sont les facteurs qui ont permis ou qui peuvent permettre un changement des pratiques ?

Et la ROSP de l'enfant, que pensez vous de son rôle dans la modification des pratiques ?

Quels autres facteurs similaires retrouveriez vous comme impliqué dans ce changement ?

Y a-t-il un sujet qui vous semble important que nous n'avons pas abordé ? Merci de le décrire.

Merci d'avoir accepté cet entretien. Si vous le souhaitez, vous pouvez avoir accès à la retranscription de cet entretien.

3. Fiche d'information aux participants

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Intitulé de l'étude : Facteurs modifiants les pratiques des médecins généralistes suite à l'introduction de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique du médecin traitant de l'enfant en 2017 : étude qualitative en Rhône-Alpes.

Etude sous la direction : Dr Sophie AUGROS

Promoteurs: Aulde PAYERNE et Loïc VALAT

Investigateurs : Aulde PAYERNE aulde.payerne@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Loïc VALAT loic.valat@etu.univ-grenoble-alpes.fr

But de l'étude : Déterminer les facteurs influençant le changement de comportement des médecins traitants des enfants avéré par l'assurance maladie.

Engagement du participant :

Il s'engage à participer à un entretien semi directif autour du thème de l'étude, mené à l'aide d'un guide d'entretien.

La durée de cet entretien est d'en moyenne 15-20 min mais la durée est modulable selon les disponibilités du participant.

Les entretiens seront enregistrés intégralement par un dictaphone ou smartphone. Ces enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale anonymisée qui apparaîtra en annexe de la thèse. Les enregistrements sont détruits une fois la retranscription faite.

Il déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.

Engagement de l'investigateur :

Il s'engage à mener l'entretien en date, heure et lieu choisis par le participant dans une limite des départements de l'Isère et de Savoie.

En tant qu'investigateur, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront être communiqués au participant s'il le souhaite.

Liberté du participant :

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant :

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès des investigateurs, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Frais :

La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par les promoteurs de l'étude.

Confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif.

Législation :

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes a été informé de ce projet de recherche.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude.

4. Conclusion signée

THÈSE SOUTENUE PAR : Loïc VALAT et Aulde PAYERNE

TITRE : FACTEURS MODIFIANT LES PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUITE À L'INTRODUCTION DE LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIF DE SANTÉ PUBLIQUE DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT EN 2017 : ETUDE QUALITATIVE EN RHÔNE-ALPES

CONCLUSION :

Suite à la convention de 2016, la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) du médecin traitant de l'enfant a été mise en place. Depuis, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a constaté que les objectifs de la ROSP du médecin traitant de l'enfant étaient chaque année un peu mieux atteints. Cette amélioration constante a été mise sur le compte de la ROSP, sans tenir compte d'autres facteurs potentiels.

Cette étude avait pour objectif principal de déterminer quels étaient les facteurs permettant un changement des pratiques en pédiatrie chez les médecins généralistes. L'objectif secondaire était de connaître l'opinion de ces médecins sur la ROSP du médecin traitant de l'enfant.

Pour cela, douze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de médecins généralistes. Plusieurs facteurs ont été retrouvés. Certains étaient attendus et connus, à savoir la formation, l'expérience, l'obligation vaccinale et la ROSP. D'autres en revanche ont été plus inattendus, retrouvés dans la littérature mais exprimés unanimement par les participants de cette étude : le temps de consultation et le travail en pluridisciplinarité. Ont également été retrouvés de manière inattendue l'investissement matériel, le tiers payant et les modifications comportementales des patientèles. L'investissement matériel offre un dépistage standardisé et efficient, le tiers payant apporte une facilité d'accès aux soins pour certaines populations, et les modifications comportementales obligent le médecin à s'adapter aux problématiques d'obésité et de dépendance aux écrans.

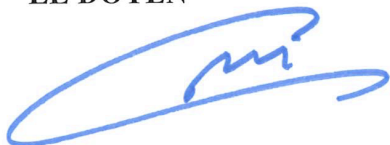
La ROSP peut permettre un changement des pratiques, mais ne fait l'unanimité auprès des médecins généralistes. Au contraire, il ressort de cette étude deux concepts sur la ROSP : la méconnaissance et l'incompréhension du dispositif.

On peut donc remettre en question le dispositif de la ROSP du médecin traitant de l'enfant utilisé en l'état. Une meilleure connaissance et/ou une remise à jour de la ROSP du médecin traitant de l'enfant pourrait permettre plus d'impact sur les pratiques.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

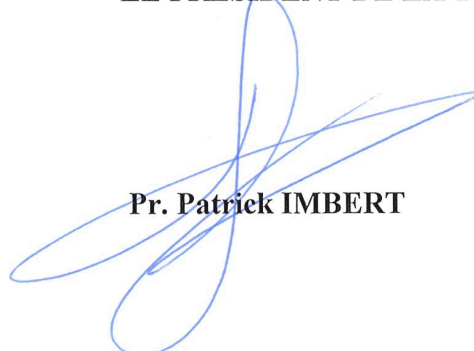
Grenoble, le : 28/09/20

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND
Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecins
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Patrick IMBERT

5. Entretiens

Entretien M1 :

I : Depuis le 1er Janvier 2017, comment vos pratiques pédiatriques ont évolué ?

M : J'ai l'impression que ça n'a pas évolué.

I : Ah !

M : Désolé

M : Dans un 1er temps, oui. Parce qu'il y avait des choses à faire, des suivis. Mais finalement on se rend compte que ce sont des choses que l'on fait assez régulièrement. Euh, il y a une chose que je ne faisais pas, c'était le dépistage des troubles du langage. J'ai acheté tout ce qu'il fallait et, je ne m'en suis pas servi.

I : Ah !

M : Alors, il y a une raison. C'est que souvent c'est fait par la médecine scolaire. J'ai eu la surprise de voir des enfants qui étaient dans la tranche d'âge concernée, vers 4 ans, qui étaient vus par la médecine scolaire. Ils avaient la petite fiche avec leur test fait.

I : Donc on n'avait plus rien à faire en fait.

M : Ben oui. Ça m'a déçu puisque j'ai dépensé pas grand-chose mais une centaine d'euros. Bon j'ai le matériel. Après je l'ai proposé à quelques parents qui avaient échappés à ça... Je n'ai pas revu grand monde.

I : D'accord.

M : Donc je pense qu'il faut être un peu plus, euh, agressif, dans la démarche commerciale (rires). Mais c'est un peu le même problème que pour les troubles de la mémoire où les gens, ils en parlent, ils en ont envie et ne reprennent pas rendez-vous. Maintenant je cale un rendez-vous. Comme ça, s'ils annulent c'est une chose, mais ça permet de le faire, éventuellement. Sinon pour le reste de la pratique... Non, je n'a pas trouvé que j'avais changé quelques chose, sur le suivi des patients que ce soit en visite systématique ou pas.

(Silence)

I : Selon vous, quels sont les facteurs qui changent ou qui peuvent changer les pratiques concernant la pédiatrie ?

M : Il y a le facteur temps. C'est vrai qu'examiner un nourrisson, au niveau plage horaire, je mets 2 plages horaires. Systématiquement. C'est la consigne. Jusqu'à 2 ans, c'est la consigne qu'ont les secrétaires. Et puis là je me rends compte que j'ai quelques visites de 4 ans, 6 ans où ça prend un petit peu de temps. Quand je vois passer le motif, je prévois un petit peu plus. Donc ça demande un petit peu plus de temps. Euh, après le temps c'est de l'argent, donc euh on n'est pas forcément mieux rémunéré pour certaines visites, c'est un peu dommage. Moi, ça ne

m'empêche pas de les faire car c'est intéressant et puis ça fait partie des, du boulot, mais pour certains collègues je sais que c'est un frein.

I : D'accord.

M : Donc ils préfèrent ne pas voir d'enfants, ou de ne les voir que pour des rhino ou autre, que d'avoir ces examens à faire. C'est dommage parce que, bon... Mais il y a beaucoup de choses. C'est des examens qui sont ... Il y a beaucoup de chose. Je vais sur internet, je ne sais plus lequel. Souvent je le réouvre, parce qu'il y a un canevas et par tranche d'âge tout ce qu'il est possible de faire, enfin tout ce que l'on doit faire et bon...

(Silence)

M : C'est pédiadoc. Une consultation par âge avec le listing de ce qui doit être fait. Je m'en inspire beaucoup. Donc c'est vrai que la ROSP, ça n'a pas changé grand-chose. Ah, si. Le dépistage du langage. C'est un truc qui m'a interpellé. Mais en pratique je me suis rendu compte que c'était déjà fait souvent. Enfin pour l'instant car il y a une visite de la médecine scolaire. Mais jusqu'au jour où ça va disparaître quoi.

I : Donc c'était un peu la déception en fait.

M : Ben oui. En plus à l'époque où j'ai acheté ça, j'avais une interne qui a fait un stage en PMI. Elle avait bien l'habitude. C'était intéressant. Mais ni elle ni moi n'a eu l'occasion d'inaugurer le matériel (rires). Mais bon, il est là.

I : A part le facteur temps, et argent on peut dire, vous pensez qu'il y a d'autres choses qui peuvent faire changer les pratiques ?

M : Pour moi, non. Parce que j'aime bien un peu tout faire et la pédiatrie je trouve ça sympa. Je me rends compte qu'en vieillissant on voit moins d'enfant. J'en voyait beaucoup à une période, au début où j'étais installé. 50% de mes patients étaient des moins de 16 ans. Puis petit à petit, tout le monde à grandi, et moi aussi (rires), ou vieilli et voilà. Maintenant je vois les enfants des enfants. Bon, j'aime bien. C'est un peu plus prenant en temps, après c'est intéressant parce que sur le plan comportement, euh attitude, faut être diplomate parce qu'ils ne font pas de cadeau (rires). Je me souviens d'une réflexion d'un de mes confères : ah demain c'est mercredi. C'est le jour des enfants. Et il n'aimait pas voir les enfants parce que justement, euh, ça bouge. C'est une autre médecine. C'est vrai que c'est une médecine un peu différente. Ils s'expriment moins, il faut observer, il faut... Si on fait attention, il y a des choses intéressantes, en communication.

(silence)

I : Ok. Est-ce qu'il y a autre chose que vous voulez ajouter ? sur le thème ?

M : Non, je ne vois pas. Juste le facteur temps. Voir des enfants ça demande des fois un peu plus de temps. Faut savoir les prendre. C'est pour ça que c'est intéressant. On ne fait pas forcément ce que l'on veut. (rires).

Entretien M2 :

I : Depuis le 1er janvier 2017 (environ 3 ans), comment ont évolué vos pratiques pédiatriques?

M : Depuis 3 ans ? Euh .. je n'ai pas l'impression qu'il y ait une grosse augmentation depuis 3 ans. Euh .. La question est : est ce que la ROSP a modifié quelque chose, c'est ca ? Est ce qu'elle a amené à modifier les pratiques ?

I : Par exemple, oui.

M : Euh .. Je pense que tout ce qui est demandé dans la ROSP était plus ou moins intégré dans les pratiques, dans le sens où je m'étais pas mal formée en pédiatrie. Donc c'est pas des choses très nouvelles qui ont vraiment modifié les pratiques, je pense.

I : Ce ne sont pas des choses nouvelles du coup.

M : Non. Moi, dans le cadre de mon internat, je suis passée en pédiatrie à l'hôpital de Chambéry sur 6 mois et après j'ai fait un projet personnel mère-enfant. Quand moi j'étais interne, il n'y avait pas autant de terrain de stage libéral mère-enfant, donc c'était un peu un des premiers projets qui se mettait en place. J'étais passée chez des pédiatres (Dr X, Dr Y) et aussi chez un médecin généraliste (Dr Z) avec qui j'ai fait un peu d'allaitement. J'étais un peu au planning et en PMI aussi. Et du coup chez les pédiatres, j'étais beaucoup sensibilisée à tout ce qui était euh .. dépistage sensoriel notamment, de l'enfant. J'ai suivi à la PMI des bilans scolaires dès 4 ans à l'école, donc l'ERTL4 par exemple pour le langage, je les ai pas mal manié à ce moment-là. Qu'est ce qu'il y a d'autre dans la ROSP ? ... (rires) Les courbes de croissance, le dépistage du langage, voyons voir, je l'ai rempli il y a pas longtemps. Qu'est ce qu'il y a d'autre ? Dépistage visuel je crois, chez les je ne sais plus quel âge. Voilà, c'est les choses que j'avais déjà intégré dans ma pratique du coup. Alors autant, pour d'autres éléments de la ROSP chez l'adulte, ca peut faire réfléchir et effectivement pousser à aller un peu plus intégrer certaines choses, alors autant pour la part pédiatrique, je pense que je l'avais déjà pas mal noté.

I : Donc pour vous il n'y a pas eu grand changement pour vous depuis environ 3 ans ?

M : Non, sur ma façon de faire, non.

I : Qu'est ce qui aurait pu permettre d'autres changements, d'autres améliorations des pratiques pédiatriques ?

M : Sur ces 3 dernières années ?

I : (Acquiescement)

M : Euh .. Les formations. Je suis un petit peu les formations du groupe des pédiatres de Savoie, le GPS où je suis invitée de temps en temps, où je retrouve l'équipe des pédiatres avec qui j'avais travaillé à l'hôpital. Et puis je participe à certaines formations donc ça aide à approfondir certaines choses. J'ai fait la formation sur l'allergie aux protéines de lait de vache, qui était assez poussée, qui a permis de ré-éclairer certaines choses.

Donc les formations. Qu'est ce qui a pu modifier autrement ? ... Euh, on a une infirmière Asalée au cabinet, les infirmières de santé publique. Et du coup on projette peut être d'aller faire ensemble la formation d'éducation thérapeutique autour de l'obésité de l'enfant. Ca c'est un

sujet que j'aimerais bien pouvoir approfondir, donc j'attends de pouvoir peut être modifier mes pratiques grâce à ça.

Qu'est ce qui aurait pu modifier autrement ? Après c'est les recherches personnelles sur des sujets divers et variés.

I : Par exemple, il y a eu autour du 1er janvier 2017 le calendrier vaccinal obligatoire, comment ca s'est passé dans les suites ?

M : Pour la mise en place des vaccins ?

I : Oui.

M : Ben ca facilite je trouve, la vaccination des enfants dans le sens où il y a moins de discussion impossible, alors on en parle toujours avec les parents mais euh .. avant les parents se posaient beaucoup de questions sur faut-il faire ça ou pas et du coup ça entraînait beaucoup de discussions pour faire un choix éclairé. Maintenant il y a plus de choix à faire, on en parle toujours un peu mais les discussions sont quand même raccourcies et au final on vaccine plus.

I : Donc les discussions sont raccourcies.

M : Oui dans le sens où il y a pas le choix, certains vont quand même vouloir en parler, mais pour beaucoup, maintenant qu'il y a un cadre, il n'y a plus de questionnement à avoir pour tout le monde. Ca a été facilitant pour ça.

I : Parallèlement au calendrier, est ce qu'il y a d'autres facteurs qui ont pu aider à modifier les pratiques ?

(Silence)

I : Comme par exemple une nouvelle reco, ou autre chose ?

M : Une nouvelle recommandation.. J'ai peut être pas tout suivi mais je n'ai pas notion d'avoir intégré de nouvelle grande recommandation sur ces 3 dernières années. Ce qui est peut être une lacune. Je ne sais pas. Je n'ai pas d'autre ...

I : Donc concrètement vous n'avez pas retrouvé de changement depuis début 2017.

M : Non, j'ai ma petite mallette de pédiatrie pour le dépistage des troubles sensoriels de l'enfant. Je travaille globalement... Je fais toujours les mêmes tests auxquels j'avais été formée auparavant.

I : Toujours avec cette mallette ?

M : Une bonne partie oui. Pas que, mais une bonne partie.

(Silence)

I : C'est un peu déconcertant car vous ne retrouvez pas de changement dans votre pratique.

M : C'est peut être un peu biaisé par le fait que j'ai pas mal poussé la formation pédiatrique avant de m'installer. C'est pas le cas dans tous les domaines.

I : C'est à dire ?

M : Ben du coup j'étais passée 6 mois chez des pédiatres de ville qui m'ont beaucoup formé à ces tests de dépistage. Et puis après mon internat je suis restée trois ans en pédiatrie où j'avais un poste de pseudo assistante aux urgences pédiatriques, ce qui m'a permis de pas mal rester en contact avec l'équipe et puis d'approfondir un peu ce domaine là.

(Silence)

M: Ce serait autre chose ; ce serait l'alcool, le tabac ou l'évaluation cardio-vasculaire, je ne dirais pas forcément la même chose, c'est sur que dans la ROSP, il y a toujours des questions déstabilisantes... Là je réfléchissais au score SCORE, que j'utilise de temps en temps. J'ai remplis ma ROSP il y a dix jours, et je me suis dit "tiens, il faut que je me la ré imprime et que je la garde sous le coude", donc ça fait évoluer des choses. On se dit "tiens, peut être que ça, je ne le fais pas assez". Mais il est vrai que pour la sphère pédiatrique, ça n'a pas chamboulé de nouvelles choses de mon côté dans le sens où je m'étais déjà un peu approprié ces outils-là.

(Silence)

I : Y a t-il un sujet qui semble important à notifier, que l'on aurait pas abordé ?

M : Je ne sais pas qu'est ce qui pourrait améliorer les pratiques. Je dirais qu'il y a aussi le fait d'avoir des enfants qui permet de faire un grand bond dans la prise en charge pédiatrique, mais ça c'était il y a plus de trois ans pour moi. Donc ça ne joue pas sur ce tronçon là mais je pense que c'est un facteur important en terme de formation aussi. Dans le sens où l'on se pose plein de questions et l'on approfondit plein de choses en tant que parent.

I : Concernant le temps de consultation dédié aux enfants, comment ça se passe pour vous ?

M : Euh .. Je prends en général une demi heure pour les nourrissons, les deux, trois, quatre ans, juste pour faire tous ces tests. Après à partir de cinq ans je repasse sur des durées un peu plus standard.

I : A partir de cinq ans.

M : Oui, et après je fais un peu d'allaitement maternel car j'ai le DU donc je fais un peu de consultation d'allaitement et je prends bien trois quart d'heure en général sur ces consultations là. Voilà, et après infections intercurrentes et tout le reste, ca reste 15-20 minutes standard.

I : Donc pour les problématiques aiguës, ca reste standard, environ 15-20 minutes.

M : C'est plutôt sur les consultations de suivi où l'on a pas mal de chose à aborder, c'est assez transversal.

(Silence)

I : Vous parliez du DU d'allaitement, avez vous fait d'autres DU ?

M : Oui j'avais fait le DU d'urgences pédiatriques avant de travailler à l'hôpital, à Lyon. Et j'ai fait le DU contraception-IVG.

I : Comment se sont passées les suites du DU d'urgences pédiatriques ? Est-ce bénéfique pour la ville ? Y a-t-il eu un réel changement aux urgences, au cabinet, les deux ?

M : Aux urgences beaucoup, j'étais surtout aux urgences à ce moment-là quand je l'ai fait. C'était en vue de pouvoir rester travailler aux urgences. Parfois j'avais des gardes avec un peu de responsabilités donc j'ai du pousser un peu ma formation de médecine générale. Ca m'a permis de me remettre à jour sur certaines pathologies et pousser un peu notre formation en médecine générale.

Entretien M3 :

I : Depuis janvier 2017, comment est-ce que vos pratiques pédiatriques ont changé ?

M : Pourquoi janvier 2017 ? il y a quelque chose qui a changé ?

I : C'est la date d'application de la ROSP pour les MT des enfants.

M : Ah, la ROSP ! Eh bien moi rien car j'ignorais même. Donc moi je n'ai rien changé dans ma pratique. Par rapport à ça en tout cas.

I : De manière générale du coup il n'y a rien qui a changé depuis janvier 2017 ?

M : La seule chose qui a changé c'est, euh, l'obligation vaccinale, qui a grandement simplifié notre application des vaccins chez les petits. Disons qu'il y a moins de discussion autour de la mise en œuvre des vaccins. Voila. Ça nous a simplifié la vie.

I : Pour vous quels sont les facteurs qui permettent ou peuvent permettre des changements de pratiques pour la pédiatrie ?

M : Silence

I : A part l'obligation vaccinale...

M : ...Qu'est-ce qui peut changer les pratiques de médecine générale en pédiatrie ? Euh, la formation des gens, la formation des médecins. Tout ce qui est relatif à l'antibiothérapie chez les gamins, euh, donc ça reste de l'information que l'on doit aller chercher. Soit dans les formations continues, soit dans les congrès les choses comme ça. En tout cas, moi c'est ça qui change ma pratique : d'aller chercher l'information. Je ne vais pas la recevoir comme ça...

I : En ce qui concerne le suivi, des courbes de poids et de taille...

M : Poids et taille en générale je m'astreins à l'inscrire dans le carnet de santé de l'enfant. Après dans notre logiciel on entre les données et on peut tout ressortir en diagrammes si on veut. Donc sauf si je suis très très pressé ou en retard, en général je fais les deux. C'est inscrit dans le dossier et c'est inscrit surtout dans leur carnet. Au pire j'oublie dans le dossier mais je mets dans le carnet. Parce que les parents, ils adorent voir ça. Puis c'est visuel, quoi. L'IMC il est dedans ou il n'est pas dedans, quoi. S'il dépasse, pourquoi ? Parce qu'il est plus grand que la moyenne ou au contraire plus gros que la moyenne. Donc ça ouvre la discussion quand même. Pour moi, c'est un outil intéressant, vraiment ! Et je le fais depuis... le début.

I : Et en ce qui concerne tout ce qui est dépistage trouble sensorielles, de l'apprentissage ?

M : Ça, ça reste quelque chose de très difficile.

M : On manque terriblement d'outils, et je pense qu'on manque terriblement de savoir sur la chose. La plupart du temps on se voit imposer les bilans orthophoniques et les séances orthophoniques via le monde enseignant.

M : ...Je vais dire que je crois que je n'ai jamais de moi-même demandé. Ça m'a toujours été imposé. Sur je ne sais pas quels critères, je n'en sais rien du tout. Alors, je fais un peu confiance aux enseignants, qui effectivement, avec la masse de gamins qu'ils ont, ils doivent bien repérer celui qui dit mal la syllabe, mal le mot, qui met une lettre à l'envers. Là, nous, pour nos populations d'immigrants, effectivement des enfants qui n'ont pas le vocabulaire français ou peu ou la langue pas délié. Là je trouve que ce n'est pas un sujet médical. Je ne comprends même pas qu'on envoie ces gamins là à l'orthophoniste. Ils ont besoins de cours de français ! Ils n'ont pas besoin de séances d'orthophonie remboursées par la sécu. Je trouve ça complètement aberrant. Mais le fait est que c'est comme ça que ça se passe en pratique.

Donc moi, le plus souvent j'ai un rôle rassurant auprès des parents et de ces problèmes de soi-disant langage, et cetera. Parce que je trouve qu'on a un peu tendance à mettre la charrue avant les bœufs à absolument vouloir qu'à trois ans, l'enfant il soit formaté, comme tout le monde, à bien parler, à bien dire tous les mots, à pas faire d'erreur, à pas zozoter... Il a le temps le petit bonhomme. Si ça se trouve il va se normaliser dans sa maternelle, tranquillement. On veut absolument le faire rentrer dans un cadre à tout prix. Du coup on lui impose ces séances d'orthophonie. Bon... Alors on a des bilans orthophoniques qui nous reviennent, qui sont extrêmement complets. Alors, ils peuvent bien nous raconter tout ce qu'ils veulent. Franchement, euh. Une fois de plus on n'est pas formé pour les lire. Puis, on peut pas être performant sur tout, quoi ! A la limite, c'est pas notre boulot.

Bon, après, euh, moi ce que je cherche surtout chez les gamins, c'est euh, tout ce qui est problème alimentaire quand même. Le problème du grignotage, les mauvais apports alimentaires avec une diversification alimentaire qui ne s'est pas faite du tout ... Les mômes mangent souvent la même chose, parce que c'est ce qu'ils veulent manger. Mais du coup les parents n'imposent pas une alimentation variée, n'imposent pas les légumes, n'imposent pas les produits laitiers, se laisse avoir par euh les viennoiseries, céréales hyper-chocolatées hyper-sucrées.... Enfin, tout ce que l'on sait qui est délétère quand même. Je fais la chasse aux sodas. Parce que, quand même, quand on pose la question, il y a plein de gamins qui sont au coca ou autres boissons à bulles ou sucrées. Donc ça, j'essaie de mettre un petit peu de mon temps sur ça, j'essaie de mettre un peu de mon temps sur les écrans. J'essaie de dire et redire que sur les bébés de 9 mois il faut mettre un cadre à l'éducation des enfants. Qu'il faut savoir dire « non ». Mais déjà ça, ça prend du temps. Alors tu ne le dis pas en une seule fois. Mais dès que tu en as la possibilité, dès que tu as un gamin dans la salle d'attente avec un écran de téléphone devant son nez pour être sage, en général je ne loupe pas les parents. Il ne faut pas. Alors ce n'est pas forcément compris ni bien perçu mais c'est toujours une petite graine que tu mets dans leur tête. L'autre jour j'en ai vu qui ne devait pas avoir 2 ans sur le téléphone de son père. Franchement ça me fait très, très peur.

I : C'est que ce sont des choses importantes mais sur lesquelles il n'y a pas beaucoup de campagnes de prévention.

M : Pas assez, clairement pas assez. Il y a bien des affichettes comme ci, comme ça, mais... Les parents pensent que sous prétexte qu'il y a des pseudos jeux éducatifs sur les tablettes, c'est très

mignon hein, mais ça reste quand même de l'écran. Et ça reste quelque chose que le gamin se mange tout seul, rarement avec les parents.

M : A quoi d'autre je fais attention chez les enfants ? Leur dos. La détection de scoliose. Y'en a quand même encore un paquet. On a beaucoup de questions sur la démarche des enfants, avec euh, les pieds dedans. Alors que c'est physiologique la plupart du temps avec les hanches. Alors là tout de suite leur dire « non non non non, pas de bilan. Non non non non, pas de semelles ». Quoi d'autre ? Si les parents portent des lunettes, insister sur le fait d'insister pour que l'enfant ait un baby vision. L'audition c'est une démarche assez rapide et de toute façon il faut écouter les parents : « j'ai l'impression que ... ». Après on vérifie, et sur les voies chuchotées on arrive assez à savoir. Qu'est-ce qu'il pourrait y avoir d'autre ? La vaccination. Anticiper un peu avant 11 ans le HPV, histoire que ça commence déjà à trotter dans leur tête.

Les petits, ce qui est étonnant c'est qu'il suffit de les voir évoluer. Quand on va les chercher en salle d'attente on voit le rapport, l'autorité parental ou pas. Certains, c'est tellement fluide, ils jouent facilement, ils viennent à la table d'examen... D'autres tout est une histoire. On sent bien qu'il y a des problèmes éducatifs sous-jacents. Tout, tout, tout doit être argumenté. Et il y a des fois où l'examen du petit est juste impossible parce qu'il braille de A à Z. Donc je ne vois pas bien ce que l'on peut voir. Il y a quelques mêmes inexaminables. Les mêmes d'ailleurs qui consomment beaucoup d'urgences.

Pour revenir aux problèmes alimentaires, moi j'applique toujours la diversification alimentaire à partir de 4 mois. Diversification soft au départ, mais quand même. Des choses simples.

I : Qu'est-ce que vous pensez de la ROSP ?

M : Je ne sais même pas ce que l'on me demande dans la ROSP. Ça ne doit pas être si compliqué que ça. Je regarde...

Les dents : ça, ils reçoivent des papiers. Et du coup, ça, ça nous échappe. Alors on parle des dents, on voit bien qu'il y a des enfants, qui ont des dents de lait très très abimées. Évidemment, c'est produits sucrés à mort, et cetera.

L'asthme, j'essaye d'insister pour les enfants aillent faire leur EFR. Ça c'est très compliqué. Tu as beau mettre dans le carnet de santé qu'il y a de l'asthme... C'est comme les asthmatiques adultes, il y a une espèce de défiance par rapport à ce terme. Du coup ils ne veulent pas penser que leur enfant a ça. Donc comme on met un traitement en place, ça va mieux. Et comme ça va mieux, ils arrêtent. Et on revoit le même quelques semaines ou mois plus tard avec, exactement la même clinique, exactement les mêmes sibilants. Et on se bute toujours à la réticence des parents. C'est quand même dingue ça ! L'asthme c'est vraiment un problème ! Avec une non-adhérence des patients ! Avec un non-suivi des thérapeutiques ! C'est fou ! Les labo déjà font pas mal de choses quand même. Donc on essaye de faire des choses mais on bute avec les patients.

Pour les vaccins : alors sauf des gamins que je vois après 2 ans, ils ont tous leurs vaccins. La dose de vaccin méningo avant 18 mois : maintenant je le fais systématiquement, sûre. Mais c'est pas la ROSP qui me fait vacciner les enfants. C'est vraiment beaucoup plus facile depuis l'obligation vaccinale. Il y avait une telle méfiance vis à vis des vaccins que l'obligation vaccinale nous a énormément aidé. C'était urgent. C'était urgent que le ministère enfonce la porte.

Ensuite, euh... L'antibio résistance... Ce matin j'ai vu un enfant avec une otite. Moi, j'avais appris orelox dans les OMA. Et s'il y avait une conjonctivite, donc Haemophilus, on les mettait sous augmentin. J'ai regardé quand même antibioclac ce matin. Et du coup, ils préconisent quand même Amox. Simple. Là, c'était un enfant scolarisé, donc j'ai fait comme ils disaient. Malgré tout, tu vois ça nous oblige à cogiter un peu et à modifier nos pratiques. Chez les enfants de plus

de 4 ans, moi je mets Amox, Amox, Amox. Pratiquement tout le temps, sauf ceux qui sont allergiques à la pénicilline.

Pour ces choses basiques, parce que j'ai envie de dire que c'est quand même super basique, c'est facile à appliquer. C'est déjà des choses faites, voilà, euh évidentes. A part les céphalosporines. Notre pratique antibiotique a beaucoup beaucoup changé. Moi qui suis un médecin du terrain depuis longtemps... On a quand même beaucoup réduit. Grâce aux campagnes « les antibiotiques c'est pas automatique ». C'est quelque chose qui a quand même très bien marché. Parce que du coup on a pas la pression du patient. C'était vraiment pénible. C'était vraiment très compliqué. Maintenant c'est bien parce qu'on arrive beaucoup plus à leur dire « écoutez, non, c'est viral, on ne met pas d'antibiotique aujourd'hui. Malgré tout il peut encore tousser pendant 1 semaine ou 10 jours ». Les gens le reçoivent beaucoup mieux ce message-là. Plus les TDR, c'est quand même vachement bien pour les angines. On en met beaucoup moins et on met beaucoup moins n'importe quoi.

J'aimerais bien avoir des retours du ministère, de l'AFSSAPS, « ah oui, quand même, il y a moins d'antibiorésistance ». Il y a forcément un mieux. J'aimerais qu'à un moment donné, ils le mettent en exergue. Qu'ils nous le disent. Je pense que j'ai diminué d'un tiers si ce n'est plus. Ce n'est pas marginal. Il y a 15 ou 20 ans, l'infectieux était mis systématiquement sous ATB. Il y a avait un tel chantage du patient qu'on pouvait difficilement résister.

I : Y'a-t-il un sujet important que l'on n'a pas encore abordé ?

M : ...Non, je ne pense pas.

Entretien M4 :

I : Depuis environ 3 ans, depuis début 2017, comment ont évolué vos pratiques pédiatriques ?

M : Dans quel sens ?

I : Au sens large, sur le plan du dépistage, sur le plan thérapeutique, sur tous les différents plans pédiatriques.

M : Après le dépistage, moi j'étais déjà assez orienté dépistage donc j'ai pas forcément changé mes pratiques de ce côté là. Et puis sur le plan thérapeutique, c'est pareil, je suis plutôt minimaliste, c'est à dire que j'en fait le moins possible, au niveau traitement. Donc après quand il y a nécessité je mets, mais après je ne dirai pas que depuis 2017 il y a eu un franc changement.

I : Donc ces trois dernières années vous n'avez pas relevé de franche modification.

M : Non.

(Silence)

I : La ROSP pédiatrique est arrivée début 2017 et l'assurance maladie dit qu'il y a une amélioration des pratiques dans les suites de cette introduction. Qu'est-ce que vous en pensez ?

M : Moi sur la partie pédiatrique, c'est pareil, sur le remplissage du carnet de santé j'ai toujours fait, sur les courbes de croissance j'ai toujours fait. J'ai une formation car j'ai bossé en SSR sur

l'obésité du coup le suivi il est fait, là dessus ça n'a pas changé. Et je ne sais plus ce qu'il y avait dans la ROSP, vous savez ?

I : Le dépistage sensoriel.

M : Oui mais ça c'est pareil.

I : L'antibiothérapie, les vaccins, le suivi de l'asthme.

M : Les vaccins j'ai toujours fait, l'asthme, j'en ai pas énormément d'enfants asthmatiques, et puis ils ont souvent un suivi avec le pneumo-pédiatre. Et après pour les antibiotiques c'est pareil, je traite quand j'estime que c'est nécessaire et lorsque ce n'est pas nécessaire on évite. Je ne dirai pas que la ROSP a changé ma pratique à moi (rires).

I : Ca n'a pas franchement changé vos pratiques ?

M: Non.

I : Vous diriez donc qu'il n'y a eu aucun changement de manière générale ?

M : Après je n'ai pas l'impression, mais d'un point de vue extérieur il y en a peut être eu. Mais personnellement je ne retrouve pas d'évolution sur les trois dernières années.

I : Et si l'on prend avant et après début 2017, qu'est-ce qui aurait changé ?

M : (Silence) Il y a l'expérience qui fait que l'on prescrit peut être moins. A part l'expérience, que l'on peut acquérir sur la pratique. En tout cas ce ne sont pas les mesures de l'état qui ont changé mes pratiques.

I : Quels facteurs pourraient modifier votre comportement en pédiatrie ?

M : Après c'est surtout s'il y a des choses à changer ou pas. J'estime ne pas faire trop mal mon travail enfin j'essaie. Après (Silence), je ne sais pas s'il y a vraiment des choses à modifier ou non.

Ce qui serait peut être plus intéressant serait d'avoir plus de lien avec les spécialistes, avec les pédiatres, pneumo-pédiatres, gastro-pédiatres, etc. Ca c'est l'éternel problème, c'est que l'on a pas de lien avec ces spécialistes-là. Pour moi, ce serait plus cette communication là qui serait à changer et à améliorer.

I : Qu'est-ce que ça améliorerait ?

M : Ca améliorerait la prise en charge de l'enfant. Car ça simplifie les choses.

I : Donc finalement, la ROSP n'a pour vous aucun changement...

M : Pour moi personnellement, non. Après quand je reçois des enfants avec carnet de santé et des courbes vierges, je pense que ça peut changer pour d'autres personnes. Donc ça c'est pas mal. J'ai été sensibilisé par rapport au poids, par rapport à pleins de choses au fil de ma formation. Pour moi perso, je ne pense pas qu'elle ait changé quelque chose, après je pense qu'il y a besoin de changer certaines pratiques, ça oui !

(Silence)

I : Par exemple, vous prenez quelle durée de consultation pour les enfants ?

M : Alors toutes mes consultations sont à un quart d'heure car ça facilite l'agenda. Et puis après je déborde un peu sur les suivis pédiatriques et je le rattrape derrière.

I : Donc que ce soit adulte ou enfant, c'est toujours un quart d'heure, après c'est plus ou moins adapté ?

M : Après maintenant, si il y a une chose qui a facilité la prise en charge, c'est le tiers payant pour toutes les consultations de prévention.

I : Le tiers payant pour toutes les consultations de prévention ?

M : Parce que du coup, déjà on gagne du temps sur la partie administrative de règlement parce que l'on a pas à la faire. Et puis du coup les patients, enfin les parents sont plus assidus sur ces examens de prévention parce qu'ils savent qu'ils n'ont pas besoin régler. Ce qui fait que l'on à un suivi plus régulier, ce qui permet vraiment de... on connaît l'enfant et son évolution et l'on sait quand il y a un truc qui est différent de d'habitude.

I : Donc ça fait partie des points qui pourraient...

M : Ca, j'ai trouvé que c'était un point positif, en tout cas pour améliorer le suivi de l'enfant, c'est sur que oui.

I : Et par quel autre moyen pourrait-on améliorer également le suivi ?

(Silence)

M : Je ne sais pas, mais le suivi était déjà bien, de manière globale. Après les examens à l'école ne sont pas toujours systématisés, mais ça c'est autre chose. Les enfants ne bénéficient pas tous forcément de l'examen de la PMI, qui en soit, est un examen de dépistage aussi.

(Silence)

I : Est-ce que vous avez fait des formations complémentaires ou travaillé dans un milieu de médecine pédiatrique ?

M : J'ai fait des FMC axées pédiatrie, j'ai un DU de nutrition pédiatrique, et j'ai bossé en SSR pédiatrique pendant 6 ans.

I : SSR pédiatrique ? Qu'est-ce que ça a pu apporter à votre pratique libérale ?

M : De la prévention, d'être plus systématique sur la prévention, le suivi, les carnets de santé, et puis d'alerter quand on voit que ça commence à ne plus aller.

I : Est-ce qu'il y a autre chose que vous trouvez intéressant d'évoquer dans ce cadre ?

M : Non...

Entretien M5 :

I : Depuis le 1er janvier 2017, est-ce que tu estimes que tes pratiques avec les enfants ont changé et comment ?

M : La seule chose que je sais c'est qu'au niveau des ROSP pour les enfants il y a eu des modifications, surtout euh, surveillance de poids. C'est surtout ça que j'ai retenu. J'ai pas vu d'autre chose passer. C'est surtout, euh, de surveiller l'obésité pour les jeunes enfants.

I : Et du coup c'est la ROSP qui t'a fait faire plus attention ?

M : Non. Non, c'est un truc qu'il faut surveiller depuis un moment déjà. Parce qu'il y a des prises de poids assez importantes maintenant chez les gamins. C'est pas la ROSP qui m'a fait changer ma pratique à ce niveau-là. C'est bien que ça soit remis au goût du jour mais ça n'a pas changé grand-chose pour moi. On s'en rendait compte qu'il y avait dès maintenant des problèmes de surpoids chez les jeunes enfants.

I : Et sinon il n'y a rien d'autre qui a changé ?

M : Hormis ça, les vaccins. Les vaccins, mais ça fait au moins 2 ans que ça a changé. Ça a modifié un peu au niveau calendrier vaccinal. C'est vrai que ça faisait longtemps qu'il n'y avait pas eu de changement. Ça, ça ne pose pas trop de problèmes. Je trouve même que c'est plutôt mieux. Maintenant les vaccins... on les fait sans trop de soucis.

I : Pour ce qui est des antibiotiques chez les enfants ?

M : Pour les antibio, moi j'ai toujours été assez, euh, assez bas par rapport à la moyenne, euh, pour les antibiotiques pour les enfants. Donc j'ai pas eu de gros changements dans ma pratique quoi. Au niveau de la prescription j'essaie d'en faire le moins possible. Même si les parents te pressent un peu par moment, j'essaie euh... Je suis un fervent défenseur du peu d'antibiotique.

I : Est-ce que tu fais quelque chose en particulier pour le dépistage des troubles de l'apprentissage ou les troubles sensoriels ?

M : Hormis les examens courants, euh... non je fais pas de... euh, à part les examens classiques des nourrissons, je fais pas. Je suis un peu plus vigilant pour les troubles dyslexiques tout ça, mais c'est vrai que maintenant les professeurs et les mères sont un peu plus au courant qu'avant. Donc ils viennent souvent nous demander des bilans. Sinon, non. Je ne fais pas de dépistages de plus. C'est vrai que ça serait intéressant de faire un dépistage... J'avais un otoscope à l'époque qui faisait de l'acoumétrie, et... pour suivre les otites séreuses... Maintenant j'envoie un peu plus, si j'ai un doute, chez l'ORL.

I : Est-ce que tu as des enfants asthmatiques dans ta patientèle ?

M : Oui, surtout de l'asthme allergique. J'en ai détecté pas mal. Il y a beaucoup d'enfants ici qui ne sont pas détectés comme allergique. Donc, c'est vrai que j'ai fait pas mal de test de dépistage, pour les allergies. Et en fonction de l'évolution, je les envoie chez l'allergologue. C'est vrai qu'il y en a beaucoup ici qui sont mal suivis au niveau des allergies. Plus asthme allergique. Non détecté et chez de jeunes enfants. Donc les parents ne savaient pas. Donc ça permet de mettre des mesures en place pour les allergies.

I : Tu essayes de les envoyer chez le pneumologue pour les EFR ?

M : euh, la plupart non, car on arrive à... S'il est en âge de les faire, de comprendre et que j'ai l'impression qu'il est déstabilisé, je lui donne. Mais j'ai très peu d'enfants qui sont au long court sous traitement. Occasionnellement dans l'année, oui, mais pas de façon régulière. J'en n'ai pas énormément. Des asthmes persistants, non euh... J'en ai vraiment peu.

I : Est-ce que tu fais quelque chose de particulier pour le suivi bucco-dentaire ?

M : Bon c'est vrai qu'on regarde, mais comme on met dans le dossier pour que ce soit pris en compte dans les ROSP.

I : Qu'est-ce qui selon toi pourrait être des facteurs qui permettent ou peuvent permettre le changement des pratiques pédiatriques ?

M : Déjà il faut changer les... éduquer les parents. C'est surtout ça je crois (rires). C'est pas les enfants qu'il faut éduquer, c'est les parents. C'est plus les parents le problème, hein. C'est de leur expliquer un peu pourquoi les enfants sont malades, quand est-ce que l'on doit les voir, qu'est-ce qui est normal pour un enfant d'âge scolaire. Qu'ils ne viennent pas pour un rhume avec pas de fièvre, s'il faut juste faire une désinfection nasale, quoi. Pas la peine de venir tous les 15 jours.

M : Donc en fait c'est plus pour moi une éducation. Une éducation des parents, sans les affoler et sans les... voilà quoi. Qu'ils viennent quand il faut, qu'ils n'attendent pas pour certaines choses. Si l'enfant commence à siffler ou à être essoufflé, qu'ils n'attendent pas. Ne pas faire de l'automédication. Tu vois, de les pousser à... Pour éviter d'avoir des sur-consultations, qui prennent du temps et qui n'apportent pas grand chose, quoi. Et ça c'est plus l'éducation des parents, pour moi.

Après ça dépend à quel âge, quand ils commencent à être un peu plus grands, euh, bas, arriver à prendre leurs traitements tout seul. Mais c'est surtout pour les pathologies chroniques. Sinon c'est plus les parents qu'il faut cibler.

I : Du côté des médecins, qu'est-ce qui peut vous faire changer les pratiques pédiatriques de manière générale ?

M : Non, comme ça, j'ai pas de euh... Non, euh. Faire plus de prévention et euh, essayer vraiment de, euh, de voir les enfants quand il faut, quoi. C'est surtout ça, parce que des fois, tu vois bien, il n'y a pas de suivi pour certains enfants. C'est toujours pareil, hein, à cause des parents. Même les visites des nourrissons. Des fois ils viennent, quand il y a les vaccins, mais ils ne viennent pas tout le temps. Donc c'est vrai que des fois on a un petit retard. Quand tu les vois régulièrement, tu peux anticiper, tu peux expliquer certaines choses et euh, mettre en route des traitements de fond, ou voilà, essayer d'aller un peu plus loin. C'est vrai que malheureusement le problème, c'est qu'ils viennent euh... un peu comme euh... au coup par coup, quoi. C'est plus un suivi, normal qui est recommandé. Et si tout le monde le faisait ça serait déjà bien. Je n'ai pas de choses qui me gêne plus maintenant, hormis peut-être le problème de l'obésité, qui est vraiment un gros problème je trouve. Et comme on le disait : c'est à cause des parents aussi. Il y a une prise en charge des parents autant que l'enfant. C'est aux parents de nous amener les enfants, quoi. Pour moi, c'est vraiment, c'est apprendre aux jeunes parents, à gérer les petits, euh, les problèmes et puis savoir consulter à bon escient.

I : Tout à l'heure tu as parlé de la ROSP. Qu'est-ce que tu penses de la ROSP ? Est-ce que ça peut changer des choses, ou pas ?

M : Alors... au début je pensais refuser la ROSP. En fait en regardant, je me suis dit ; c'est con. C'est tous des trucs qu'on fait. Donc ça fait partie de notre boulot. Et on est payé pour ça. Et c'est bien parce que maintenant tu peux te comparer à ce que font les confrères, à la moyenne du département.

Le problème c'est que ça devient de plus en plus important. On en a de plus en plus. Bon... Le problème, c'est par rapport à nos logiciels. Même s'il y a des mises à jour, bientôt il y aura 15 trucs à remplir, pour être dans les cases de la ROSP. Par rapport au logiciel, ça demande beaucoup, beaucoup de temps. Et ça, c'est le problème. Ils n'en enlèvent pas, ils en rajoute. Après... trop, tue. Trop, tue. Trop de recommandations peuvent tuer et euh, il y a des recommandations que je trouve qui sont évidentes, euh voilà. Pas spécialement sur les enfants bien sûr. J'ai quelques ROSP, j'ai du mal à les mettre sur le logiciel. Si à chaque fois, il fallait tout cliquer... c'est compliqué. C'est... pour moi, ça ne doit pas changer ta pratique. Non. C'est des choses qui sont relativement, je dirai, justes, hein. Bon après, ça change un peu trop à mon goût. Ils en ont rajouté. Il y en a, je trouve que ça devrait être enlevé. Il y a trop de bugs. Plus il va y en avoir, plus il va y avoir des bugs informatiques. Il y a quand même un décalage, je dis pas qu'il n'y en avait pas au début, il y a avait moins. Alors que maintenant il y a un décalage entre ta pratique et ce qu'ils te mettent comme référence. Alors, est-ce que c'est les ROSP ou est-ce que c'est les informatiques qu'il faut revoir, mais euh, il y a des aberrations. Qu'il y avait moins je trouve au départ. Voilà. Je pense que c'est bien les ROSP mais trop de ROSP tue les ROSP. Par exemple, pour le suivi ROSP des enfants parfois j'ai 0. Je suis perplexe. Je sais pas... Je suis sûr qu'il y a un truc. Mais en fait je ne sais même pas comment ils récupèrent exactement les infos

I : OK. Au moins c'est clair. Est-ce qu'il y a un sujet qui te semble important par rapport à la consultation avec les enfants qu'on n'a pas encore abordé ?

M : Euh... Non parce que... parce que c'est... là aussi ce qui est important c'est de remettre l'enfant dans son contexte familial, dans son environnement. Ça c'est hyper important d'où l'intérêt de bien connaître les parents. Et son environnement scolaire aussi. Donc c'est vrai, il faut avoir une bonne, je dirai, une bonne... que les parents nous fassent bien confiance pour être vigilant sur, que ce soit le harcèlement à l'école ou des choses comme ça. Donc moi, je parle volontiers de comment ça se passe à l'école. L'encadrement, enfin, l'environnement global de l'enfant est hyper important. Donc ça c'est vrai que c'est des sujets, comme le harcèlement à l'école, moi je pose toujours la question de savoir s'il travaille bien, comment il se sent à l'école, pour voilà... Des fois, il y a des parents qui ne se rendent pas toujours compte. Donc c'est surtout sur l'environnement, hormis le côté médical, pour faire de la prévention à tout niveau. S'il n'y a pas de tabagisme passif à la maison, s'il y a des animaux... Savoir un peu dans quel environnement il vit, voilà quoi. L'état psychologique de l'enfant. Qui peut être vu alors que l'enfant vient pour autre chose. Mais toujours avec une bonne connaissance des parents. Une bonne confiance entre nous.

Entretien M6 :

I : Depuis le 1er janvier 2017, comment ont évolué vos pratiques pédiatriques ?

M : Comment elles ont évolué ? Euh... Est-ce qu'elles ont évolué, j'en sais rien. C'est une bonne question. Est-ce qu'elles ont évolué ? Qu'est-ce qui a pu changer ma pratique, en pédiatrie ?

Antibiocliv! Les recommandations changent tout le temps et du coup après les avoir retenues, c'est plus les mêmes. Ca c'est pratique. Je ne suis pas sûr qu'elles aient évolué depuis 2017.

I : Elles n'auraient pas évolué finalement ?

M : Non, elles auraient peut être dû ? Elles n'ont pas dû beaucoup évoluer non. Trois ans c'est un peu court.

I : Qu'est-ce qui aurait pu changer, à part le fait de regarder antibiocliv ? Est-ce qu'il y a autre chose qui aurait pu évoluer autrement ?

M : Qu'est-ce que... si, j'ai réinvesti dans le matériel de dépistage visuel et auditif. C'est moitié électronique, et...

I : La malette ?

M : Pas la malette, mais du coup je l'ai dépareillé, mais enfin l'équivalent de la malette : le sensory baby test. Test de LANG et compagnie, si, ca c'est nouveau. Je bricolais un peu avant et j'ai essayé d'investir dans du matériel plus officiel, plus pertinent. Si ça, ça a changé par contre.

I : La ROSP de l'enfant est arrivée à cette période-là, qu'est ce que vous pensez de son rôle dans les éventuelles modifications de pratiques ?

M : Ca peut éventuellement inciter à faire bien. Je ne sais plus ce qu'il y a comme item dans la ROSP (...). Il y a des trucs sur la vaccination, il y a des trucs sur... Tu les as en tête ?

I : Oui, il y a l'antibiothérapie, le dépistage des troubles sensoriels...

M : Ouais ben du coup il y a un peu de ça qui m'a incité à faire les choses un peu mieux. Non en fait ce n'est pas la ROSP, ce n'est pas la ROSP qui m'a incité. Ça été l'étincelle mais j'y pensais, je me disais qu'il fallait que je fasse un peu mieux que ça. Disons que la ROSP est venue mettre le feu à l'étincelle, enfin l'étincelle à la poudre et déclencher le changement de matériel. Je regarde les indicateurs là...

Alors, la courbe de corpulence, ça, ça n'a pas changé, c'est systématique.

Les troubles visuels et auditifs des enfants de 4 à 12 mois, okay.

Les troubles du langage des 3 à 5 ans. Alors là, je dirai que je me sens presque non concerné parce que l'on a la médecine scolaire qui voit à peu près 100% des gamins dans le coin on va dire, on ne doit pas en être bien loin. Et du coup c'est fait systématique à l'école l'ERTL4. J'ai eu une formation il y a quelques années, je trouvais ça chiant, long surtout. Surtout long oui, et du coup je le fais exceptionnel et donc pas très bien. Mais il est fait, je vérifie systématique qu'il soit fait.

I : A l'école plutôt.

M : Oui voilà.

I : Et pour les autres indicateurs par exemple ?

M : Ah ben les autres indicateurs, troubles auditifs et visuels je le fais moi même, systématiquement. L'IMC c'est du 100%, il y avait pas à regarder mes chiffres. Euh... voilà.

I : Il y avait par exemple le suivi de l'enfant asthmatique.

M : Ahh, je crois qu'ils demandent une EFR tous les ans ? Ça faut pas déconner c'est pas possible.

I : Et avec une infirmière ASALEE ?

M : Une infirmière ASALEE j'en ai eu une il y a plusieurs années. Si c'est possible. Ça fait un an et demi que j'essaie d'en avoir une autre, okay, on en est là. Toujours pas. Donc. C'est le bordel. Donc oui je veux bien qu'une infirmière ASALEE puisse le faire. Maintenant j'ai un spiromètre, les enfants asthmatiques j'en ai pas tant que ça. L'utilité de la spirométrie chez mes enfants asthmatiques à moi qui font de l'asthme léger, je le remets un peu en question. En tout cas le faire tous les ans chez un pneumologue, c'est franchement pas possible. Autant aller sur la lune, ce sera plus facile !

(Silence)

I : Quel autre facteur, similaire à la ROSP, aurait pu provoquer un changement dans les pratiques ?

M : Oh ben après il y a la formation continue.

I : La formation continue ?

M : Oui, locale, euh... est ce qu'on a eu des sujets de pédiatrie récemment ? Et bien forcément l'infectiologie car ça revient fréquemment. Qu'est-ce qu'on a pu avoir d'autre ? Mais oui ça fait partie de la formation, c'est ce maintien un peu en éveil des connaissances, et de l'intérêt. Voilà.

(Silence)

I : Combien de temps prenez-vous pour les consultations pédiatriques ?

M : Ah c'est jamais moins de 20 minutes

I : Jamais moins de 20 minutes ?

M: Alors sauf le rhume en pleine épidémie de rhume. Mais non, tu veux examiner complètement, déshabiller, regarder les yeux, les oreilles, non non c'est pas moins de 20 minutes. Discuter avec les parents, parler du sommeil, de l'alimentation, du comportement, des écrans. Ça peut pas être moins de 20 minutes.

I : Qu'est-ce que vous leur dites pour les écrans ?

M : Catastrophe. Faut qu'ils les ferment, qu'ils les éteignent, et qu'ils foutent un bouquin dans les mains des gamins. Qu'ils les laissent jouer, qu'ils les laissent s'ennuyer un peu. Enfin voilà, les écrans c'est une abomination, j'ai plein de docs sur les écrans, des affiches en salle d'attente, j'ai ce qu'il faut.

I : Certains médecins pointent le fait que le tiers payant a pu améliorer l'observance vis-à-vis du dépistage, qu'en pensez-vous ?

M : Alors peut-être oui, certainement, à St Alban Leysse, ici, c'est pas très social. Donc l'argent rentre assez peu en compte dans la prise en charge des enfants. Donc oui, ceux qui rentrent avec 3 enfants d'affilé, je fais un tiers payant partiel pour limiter les dépenses. Mais dans ma pratique à moi, c'est pas mon problème numéro 1, dans la patientèle à moi.

I : Quel serait le problème numéro 1 ?

M : Sur le fait que les parents amènent leur enfant ? Pour le dépistage, pour le suivi régulier ?
(Silence)

Qu'est-ce qui pourrait faire en sorte que les parents viennent une fois par an faire mesurer le poids, taille et compagnie ? Ce serait que la sécu envoie un papier comme pour MT dents, où à 3, 6, 9, 12 ans, tu reçois un papier qui dit " va chez le dentiste c'est gratuit". La même chose serait à mon avis efficace pour les enfants. Ça ré incite, ça rappelle qu'il faut y aller. On voit pas mal de gamins, tous les ans, enfin on les voyait pour les certificats de sport, maintenant ça va s'espacer un petit peu. Euh... Ceux là, on les voyait, mais on ne voyait pas tous ceux qui ne font pas de sport en club. Donc on voit à travers notre lunette, notre loupe, mais qui ne voit pas toute la population non plus. Mais effectivement, il y a certainement une grande partie qui ne sont pas malade tant que ça, qui ne voit pas de médecin tant que ça, et que l'on voit jamais.

I : Donc selon vous, plutôt des points à améliorer que de réels changements depuis l'arrivée de la ROSP.

M : Oui c'est ça, c'est pas la ROSP qui a fait changer, c'est pas elle qui a vraiment fait changer ma façon de faire. C'était plutôt l'occasion de s'appuyer un peu dessus pour corriger un peu le tir, mais ça n'a pas forcément révolutionné ma pratique.

I : Il y a eu la FMC aussi pour vous.

M : Oui.

I : Quoi d'autre ? DU, expérience ?

M : Pas de DU, pas de formation spécifique, pas de travail aux urgences pédiatriques.

M : Après il y a le fait d'être maître de stage universitaire, c'est un excellent mode de formation, continue. Le premier même.

I : Le premier ?

M : Oui, c'est le premier mode de formation continue, puisque c'est vraiment en direct, avec les données actuelles de la science, que l'on peut fructifier ou pas. En tout cas il y a un échange, une critique permanente et une auto ré évaluation avec correction des habitudes.

I : Donc depuis que vous êtes MSU...

M : Oui ça fait 15 ans que je suis installé et je suis MSU depuis 12 ans. Donc je suis habitué à ça, on peut me faire des critiques sur ma pratique, ça ne me gêne plus. Mais j'incite même les internes à critiquer, c'est bien, avec des arguments bien sûr (rires).

(Silence)

I : Voyez-vous un point intéressant que nous n'avons pas abordé ?

M : Non.

Entretien M7 :

I : Depuis le 1er janvier 2017, est-ce que tu as remarqué une évolution dans tes pratiques avec les enfants et quelle(s) modification(s)?

M : Oui, j'ai changé... Je fais plus de dépistages auditifs et de dépistages de troubles du langage.

I : ... D'accord.

M : Parce que je ne savais pas très bien le faire avant. On a eu une formation dessus. Et, euh, depuis je le fais plus.

I : Donc c'est cette formation qui t'a fait en faire plus.

M : Oui.

I : Tu es satisfait d'avoir fait cette formation ?

M : Ouais. On a fait cette formation et en plus, on a une collègue qui est venue s'installer, une nouvelle associée qui ne faisait que de la pédiatrie. Et qui sait le faire, et qui sait le faire très bien. Et résultat, elle nous a montré comment faire pour le faire, bien. C'est elle qui nous a motivé pour faire la formation.

I : Alors selon toi, quels sont les facteurs qui peuvent faire changer tes pratiques avec les enfants ?

M : Le changement des recommandations. Euh... Le fait d'engranger de l'expérience. C'est-à-dire, plus on fait, plus je sais les faire. Et résultats plus je les fais vite et mieux j'arrive à les interpréter.

L'expérience fait que, plus je sais le faire bien, plus je le fais facilement.

I : Donc, en gros c'est : les recommandations, voir des formations et après c'est l'expérience qui fait que ça...

M : Ouais.

I : Et la ROSEP des médecins traitants des enfants ? Ca a fait changer quelque chose?

M : La ROSEP pour les enfants, telle qu'elle est faite change pas tellement ce que je faisais déjà.

I : D'accord

(Silence)

M : Parce que la ROSP sur les vaccins, ça a pas changé. Enfin, ça a pas changé ce que je comptais faire. Sur les antibiotiques, ça change pas non plus ce que je faisais déjà. La prise de mesure, la courbe... on faisait déjà. On le faisait déjà et le logiciel donne automatiquement l'IMC dès qu'on rentre le poids et la taille. Donc on a l'IMC de tout le monde.

I : Et les dents ?

M : Une fois par an. On leur demandait déjà d'aller une fois par an chez le dentiste. Donc là non plus pas de changement.

I : Et les enfants asthmatiques ?

M : Alors, j'en ai pas beaucoup. Et... je ne sais plus quels sont les critères de ROSP.

I : Pour des asthmes persistants ; les traitements par corticoïdes et/ou anti-leucotriènes. Et l'EFR annuel.

M : L'EFR annuel, ils ne l'ont pas. Il y a suffisamment de critères de stabilité de l'asthme, sans les EFR, pour pouvoir travailler, pour pouvoir se passer des EFR. Mais on a pas beaucoup de très gros asthmatiques. On n'en a pas particulièrement. Et en fait c'est tout. La ROSP enfant, ça représente pas tant.

(Silence)

I : Donc pas d'autres choses qui te permettent de modifier tes pratiques ?

M : Non. Non... La formation, l'expérience... La ROSP à peine. Mais la ROSP pourrait.

I : La ROSP pourrait ? Qu'est-ce qui pourrait faire changer ?

M : Qu'est-ce qui pourrait me faire changer ? Sur les adultes le seul truc qui m'a fait changer c'est la microalbuminurie chez les hypertendus par exemple. Parce que c'est quelque chose que je ne faisais pas. Et je suis toujours persuadé que ça sert à rien. Mais maintenant que la ROSP fait, j'en demande.

Chez les enfants, qu'est-ce qui pourrait me... il y a rien qui me vient comme ça à l'esprit. Mais au pire s'ils me mettent un critère que je ne trouve pas délirant, ça pourrait à la rigueur me pousser à le faire. Peut-être proposer l'ophtho. Peut-être je dirai plus facilement, oui allez chez l'ophtho, s'il y a un critère de ROSP. Sachant qu'on le fait déjà. Mais pourquoi pas.

Donc pour le moment, c'est que des choses que l'on fait, ou pas. Ça n'a pas entraîné pas de modifications particulières.

I : Tout à l'heure tu as parlé de formation. Quel type de formation ?

M : On est inscrit à prescrire, plus les formations trimestrielles. Et ensuite avec les groupes de pairs, la formation continue.

I : Est-ce qu'il y a autre chose que tu voudrais appuyer sur les pratiques pédiatriques ? Ou les changements des pratiques pour les enfants ?

M : Euh, non, pas vraiment.

Entretien M8 :

M : Bon et bien on peut se lancer, moi je suis jeune médecin, remplaçant, je m'installe tout juste. J'ai passé ma thèse avec un peu de retard, ça fait 2-3 ans.

I : Comment ont évolué vos pratiques dans le cadre de la pédiatrie, depuis ces dernières années ?

M : Alors en pratique, c'est vrai que je n'ai pas beaucoup d'années de recul du coup. Là où je me dis que ça pu changer... Mais sur quel plan exactement ? Sur la façon de faire ?

I : En général sur tous les plans : prévention, dépistage, suivi, traitement...

M : J'avoue que j'ai pas tant évolué, je réfléchis, dans ma pratique... Je crois que je n'ai pas vraiment changé, car ça fait 1 an que je...

Il y a des choses qui évoluent en terme de dépistage, toujours en faire plus, donc être plus axé dessus. J'ai acheté la malette de dépistage pour faire un peu mieux que lorsqu'on est juste clinique, histoire de compléter l'examen. Ouais c'est surtout ça que j'ai essayé d'améliorer. Surtout ce qui est prévention aussi. Je cherche à me faire progresser. Après c'est vrai que ce n'est pas facile car les enfants ça prend du temps.

Ah ben j'avoue que j'ai augmenté mes créneaux de consultation. Avant je prenais 20 min, et maintenant pour les suivis, je prends 2 créneaux. C'est quelque chose que j'ai très vite fait, au début en rempla je ne prenais qu'un seul créneau. Maintenant que je gère mon emploi du temps, c'est quelque chose que j'aime bien faire, en prendre 2 pour vraiment faire tout le tour.

Et après je ne sais pas très bien si je répons bien à la question.

I : Ah oui oui c'est très bien. Et du coup qu'est-ce qui vous a motivé à améliorer votre pratique de dépistage ? Qu'est-ce qu'il manquait avant ?

M : Ah c'est une bonne question. Je l'ai fait pour euh... dans un soucis d'être complet. Après parce qu'on nous en parle, on étudie... Et finalement en pratique on passe un peu vite dessus. Alors chez le prat ou en SASPAS, je trouvais que l'on passait assez vite sur ça. Après ça devient peut être stéréotypé. Mais j'avais envie d'approfondir. J'ai pas de cas qui me... J'ai pas de cas d'un enfant qui m'a marqué en me disant, "zut, si on avait fait ça, ça se serait mieux passé". C'est vraiment ça vient de moi.

I : Il n'y a pas eu d'événement déclencheur ou autre ?

M : Non vraiment, je réfléchis, je n'ai pas eu de cas où je me suis dit mince je dois faire plus attention. Ah si j'ai le souvenir d'un gamin quand j'étais interne. C'était un nourrisson avec une tumeur cérébrale, ça n'a rien à voir mais on est passé à côté.

Des fois on se dit que l'examen clinique ça vaut le coup d'insister. On aurait envie de passer vite, pris par le temps. Dans une journée c'est toujours un peu une course contre la montre.

Peut être que c'était aussi pour me donner confiance, pour me dire "bah voilà, un outil de plus", ça me ressemblerait bien ça aussi.

Aussi pour essayer d'être complet, parce qu'au début, j'avais un peu peur de passer à côté de quelque chose. Au début et puis même encore, parce qu'on peut dire que je suis dans mes début. Quand on est chez le prat ou en SASPAS, on est deux et puis voilà. Là j'ai quand même le poids d'une responsabilité où je me dis que je n'ai pas envie de passer à côté de quelque chose et de m'en mordre les doigts après donc voilà.

I : Et du coup c'est venu comment cette histoire de doubler les créneaux ?

M : Oui parce que partout ou j'ai été... Ah peut-être que si, j'ai une consœur qui le fait aussi. Mais nan c'est vraiment moi qui en ai éprouvé le besoin car je trouvais que si l'on voulait faire les choses à peu près bien, comme on me l'a appris, en 20 min, avec deux vaccins à faire et des choses à expliquer en plus, ça passe super vite. C'est même apparu comme un besoin en fait.

I : Comme un besoin alors.

M : Ouais, parce que je sens que je suis encore très tributaire de la montre, j'ai du mal à me détacher et d'accepter d'avoir 20-30 min de retard. J'aime bien faire les choses à peu près comme il faut. J'ai pas envie de me dire après "zut j'aurais du faire ça et ça". Donc je préfère avoir le temps de le faire, et puis me donner le temps, lorsqu'on peut gérer sois même son emploi du temps.

I : En règle général, pour tout le monde, qu'est-ce qui pourrait faire qu'il y ait des changements ou bien faire évoluer les pratiques pédiatriques ?

M : Qu'est ce qui pourrait faire évoluer les pratiques ? C'est une bonne question, j'ai un peu de mal à y répondre car je n'ai pas beaucoup de bouteille. Quand même l'expérience aurait pu... (Silence)

Je réfléchis... C'est-à-dire quelle action aurait pu faire évoluer les pratiques ?

I : Oui par exemple, ou bien que ça vienne d'ailleurs, une recommandation, une remarque ou expérience d'un collègue ou autre chose. En règle générale quoi, qu'est-ce qui pourrait faire que les pratiques changent ?

M : Alors d'une manière générale je ne sais pas trop, moi personnellement en tout cas je suis encore très reco. Et lorsqu'une recommandation change, je suis du style... Enfin je suis encore axé là dessus et à changer ma pratique. Plutôt suite à ça que suite à la remarque d'un collègue ou suite à... Après c'est peut-être parce que je suis tout jeune, mais ce n'est pas encore vraiment l'expérience qui me ferait... Enfin ça pourrait, si une mauvaise expérience ça pourrait influencer ma pratique par exemple. Ou des fois changer ma façon de faire, par excès de prudence ou par sécurité encore une fois. Je me raccroche beaucoup aux recommandations. Oui ce qui ferait évoluer ma pratique c'est les recos. Après c'est pas toujours bien visible, on ne sait pas toujours lorsque ça a changé. Donc il y a des trucs on les attends, je sais que les vaccins, en mars de chaque année, paf on a le nouveau calendrier vaccinal. Donc voilà c'est un exemple, pour les autres on ne sait pas trop quand est-ce que ça arrive. Donc voilà j'essaie des les coller au mieux parce que ça me sécurise en fait. Je sais qu'il faut parfois savoir s'en détacher et l'expérience et ce qu'il se passe compte aussi. Bon après pareil s'il y a un pédiatre qui a de la bouteille, qui me préconise quelque chose et que ce n'est pas dans les reco, je ne sais pas si je vais modifier ma pratique.

I : Comment a évolué votre pratique en remplacement et maintenant dans votre cabinet, toujours dans le cadre de la pédiatrie ?

M : Pas trop d'évolution, à part les temps d'examens c'est toujours pareil. J'ai pas trop changé de façon de faire. L'approche avec les enfants, j'ai toujours été à l'aise. C'est vrai qu'on pourrait évoluer dans son approche pour les détendres. Mais j'ai pas... alors c'est vrai que ça pourrait être un projet pour plus tard, mais pratiquer l'hypnose avec les enfants ça pourrait les détendre pour

pratiquer des gestes... Ouais pour les vaccins ou autre je ne sais pas. Pour l'instant on ne peut pas trop dire qu'il y ait une grande évolution.

I : Mais du coup est-ce qu'il y avait comme un besoin inconscient lorsque l'on fait du remplacement de vouloir coller à la pratique du médecin que l'on remplace ?

M : Ahh euh... Ouais... Si... J'ai souvent essayé de coller avec la pratique du médecin que je remplaçais pour pas trop "dépayser" les parents et que ça ne les heurte pas après. Si ça reste bien sûr dans mes convictions bien sûr. Si je trouve que le médecin que je remplace fait un truc complètement bizarre je ne vais pas le suivre. Globalement, pour moi ils faisaient figure d'exemple lorsque ça semblait coller à l'idée que je me faisais de l'examen pédiatrique, etc, et bien j'étais plutôt du style à être preneur, à coller quoi.

J'avais quand j'étais en stage chez le prat, une médecin qui était assez attentive sur la façon d'aborder l'enfant, ne pas l'effrayer, si par exemple on prend la mesure de l'enfant, bien approcher la toise par le côté et ne pas lui faire peur avec ce truc. Il y avait, il y a pleins de petits gestes pas très faciles à retranscrire par téléphone, qui peuvent rendre l'examen plus facile.

Après pour moi il a toujours été stéréotypé dans le même ordre, c'est-à-dire que je ne vais pas le vacciner d'abord et lui faire les courbes ensuite. C'est des choses qu'on apprend et qu'on garde par la suite, qui semblent évident.

Car finalement c'est vrai qu'au tout début de nos consult, on ne sait pas trop tout ça malgré tout. Et puis on apprend très vite, je ne sais pas si vous êtes d'accord (rires) ? Je ne sais pas dans quel semestre vous êtes mais on devrait presque se tutoyer.

I : (rires) Oui oui je suis d'accord.

À un moment, tu as parlé de ne pas effrayer les parents. Quel peut être leur rôle dans le suivi ? Est-ce qu'ils ont un rôle important ? Comment jouer la carte des parents dans le cadre du suivi de l'enfant sain par exemple ?

M : Il faut qu'ils soient inclus dedans. Je ne sais pas si je répons bien à la question.

C'est-à-dire qu'il faut qu'ils participent à ce suivi, qu'ils soient acteurs. Je ne veux pas tout leur donner. Bon il y a des choses qu'ils ne peuvent pas faire c'est vrai. Mais je veux qu'ils comprennent et qu'ils soient actif dans ce suivi-là.

(Silence)

Il faut les impliquer voilà, je cherchais le mot. Il faut qu'ils aient une idée du rythme, bon bien sûr on les guide sur les visites. J'aime bien que ce soit eux qui fassent la démarche de venir plutôt que de les convoquer. Le calendrier vaccinal on explique, on montre, mais qu'ils sachent à peu près à quel moment on fasse quel vaccin, qu'ils aient compris quelque chose, qu'ils ne soient pas trop passif.

Ca c'est d'une manière générale, après dans la consult, qu'ils participent un peu à l'examen. Par exemple pour la mesure de l'enfant, eux ils ont leur rôle. C'est des petits trucs mais je veux les impliquer.

Je ne sais pas si je répons bien à la question, mais il faut qu'ils soient impliqués.

Car ils pourraient, enfin là c'est pas mon cas avec la patientèle que j'ai actuellement, mais des fois il y en a ils te posent le bébé sur la table, paf, et puis débrouilles toi. Il faut qu'il y ait une compréhension et une participation.

Moi il y a rien de plus qui m'énerve quand ils le posent sur la table et me regardent. Bon là on fait quoi ? Il faut qu'ils comprennent un peu comment ça se passe et pourquoi on fait ça.

Là mon rôle est d'expliquer et eux après d'enregistrer et si éventuellement il y a des choses à signaler, qu'ils en soient acteurs.

Voilà.

I : Donc il y a vraiment intérêt pour toi de les impliquer alors.

M : Oui oui, en fait que je pense que c'est toujours bien de les impliquer les patients dans les prises en charge.

A l'hôpital, parfois c'était tout bête. J'étais en cancéro-péd, les parents c'était bien de les impliquer lorsque c'était dur, et de parfois qu'ils aident à pousser le lit du gamin pour l'amener au scan. Au moins ils participent. Tu vois l'idée. C'est tout le temps les rendre un peu acteur.

I : D'accord. Concernant le nouveau calendrier vaccinal, comment ça s'est passé dans les suites de son application ?

M : Eh ben... J'avais quelques craintes mais je l'avais bien vécu. Alors ça dépend de la patientèle et de où on est. Moi je suis au Montcel, dans un coin rural, plutôt semi rural, au dessus d'aix les bains.

Il y a pas eu trop de soucis. Il y en a qui ont dit que c'était obligatoire et donc voilà c'était obligatoire. Je ne me suis jamais trop accroché. Il y en a qui expriment un peu leurs idées mais je n'ai pas ramé pour avoir à les faire.

Alors que par exemple dans les Bauges, j'ai une consoeur qui me dit que là-bas il y a pleins d'anti-vaccins, c'est un peu comme ça au fond (rires). Et du coup il y a pas mal de petites familles, ils sont sympa mais très roots quoi, je ne sais pas trop comment dire.

Du coup les vaccins c'est pas toujours facile. Et au tout début quand j'ai remplacé à St Genix sur Guiers, je me souviens à la maison médicale en staff, il y avait quelques confrères et quelques consoeurs qui disaient "tels parents ils ne veulent pas faire les vaccins". Et puis ils étaient médecins de crèche en même temps. Du coup ça créait des situations assez tendues.

Nan franchement pas de difficulté. Bizarre comme réponse.

I : Non du tout, ça colle avec ce que disent les autres médecins, il y en a pas mal qui trouvent que leur pratique est simplifiée dans les cadres des vaccins notamment car il y a moins besoin de négociateur.

M : Ben remarque, c'est pas faux. Au moins c'est comme ça, c'est comme ça! Par exemple il y a pas longtemps j'ai eu une patiente italienne avec sa fille de 12 mois qui venait d'être refusée en crèche car elle n'avait fait aucun vaccin, ça c'était dans ses convictions (alors qu'en Italie ils en font tout autant si ce n'est plus). Eh ben la crèche ne la prend pas, il faut la vacciner, allons-y. On a fait tous les rattrapages et voilà.

Oui donc quelque part on pourrait rejoindre l'idée que ça a bien simplifié. Mais je crois que j'ai déjà lu ça. Qu'effectivement c'était plus une simplification qu'autre chose. Mais je ne me suis pas battu.

(Silence)

I : Parallèlement à ce calendrier vaccinal obligatoire apparu il y a 3 ans, il y a la ROSP pédiatrique qui est arrivée.

M : Alors ça, je n'y connais rien (rire).

Ouais parce que je n'ai pas encore de ROSP moi.

Mais du coup il y a quoi dessus ?

I : Alors il y a du suivi, dépistage bucco-dentaire, le suivi de l'asthme avec l'EFR annuelle, l'antibiothérapie, pour la réduction d'antibiorésistance, la vaccination aussi, etc.

Mais du coup, comment la ROSP influe dans ton quotidien dans le cadre de la pédiatrie ? Est-ce que même sans la toucher tu jettes quand même un coup d'oeil ?

M : Alors pour être très honnête, comme tu as bien vu, que ce soit adulte ou pédiatrique, et que je suis en cours d'installation, je ne m'y suis pas du tout intéressé. Ca n'a eu aucune influence sur moi. Dans le sens où... me connaissant, une fois que je me serai penché dessus... Car je suis en cours d'installation et je remplace, je viens de recevoir mes tampons, mes ordonnances.

Après je pense que je m'en servirai peut-être à la rigueur comme guide, pour savoir ce qui est attendu. Après à voir si ROSP et reco ca colle. Mais bon je n'aime pas trop le côté "carotte". Même si ca ne fait pas de mal non plus. Je me pencherai dessus, et puis c'est censé coller aux recommandations, tu confirmes ?

I : Oui oui bien sur.

M : Donc je pense que je suivrai.

I : Donc ca pourrait être une sorte de guide alors ?

M : Oui ca pourrait être une sorte de guide ouais, mais la première motivation ne sera pas forcément la récompense.

Ouais. Mais tu vois comme quoi il y a des choses sur lesquelles je ne suis plus au point, on se rouille vite.

Les EFR, elles sont annuelles ?

I : Chez les asthmatiques persistants, oui.

M : Ah si en fait si ca me parle. Nous on a le spiromètre depuis peu. On commence à l'utiliser. Cependant, il faut qu'on le propose. Les parents ne savent pas qu'on en a un, c'est de l'ordre du pédiatre, pneumo-pédiatre, allergo.. Alors qu'on montre qu'on l'a et puis le proposer.

I : Du coup après tout ce qu'on vient de dire, y a-t-il un élément qui a ton sens, pourrait faire modifier les pratiques ?

M : Euh... Ouais quelque chose qui pourrait me faire modifier ou bien qui pourrait modifier les pratiques de tout le monde c'est ca ? Euh... Bah... A part un... (Silence)...

I : A priori pas d'idée alors ?

M : Non (rires) je t'avouerai que s'il se passe quelque chose de majeur, comme une reco. Je suis très rivé là dessus.

Euh ouais pas d'idée. Tu en as une toi là dessus ?

I : On fait un peu le tour. On nous parle beaucoup de formation, expérience, vie perso...

M : Ouais je vois, alors pour info c'est vrai que je n'ai pas d'enfant, déjà je pense que j'aurais pu répondre différemment si j'en avais eu. Euh... Moi l'expérience il y en a pas assez, la vie personnelle, il n'y a pas de quoi jusqu'à présent me faire changer ma pratique. Je pense qu'un évènement marquant pourrait la modifier. Des fois, par excès de prudence. Après c'est du détail, j'étais interne, j'ai du mettre du zovirax pour une méningite herpétique et puis ca lui a fait une insuffisance rénale du feu de dieu.

Du coup c'est vrai que c'est pas du tout recommandé mais j'aurai tendance à faire une créat à chaque fois que j'en mets, même si ce n'est pas vraiment recommandé. Voilà ça m'a marqué. Et tu te dis des fois, tu assures tes arrières même si ce n'est pas recommandé. Tu vois l'idée. Donc un évènement qui me marquerait, ouais. Après je sais que ce n'est pas bien mais j'ai tendance des fois à assurer mes arrières et à faire ça ouais. J'ai pas d'autre d'exemple en pédiatrie qui me vient comme ça.

Entretien M9 :

I : Sur les dernières années, est-ce que vous avez remarqué une évolution de vos pratiques pédiatriques, ou pas ?

M : Sur les dernières années... Euh, non. C'est stable.

I : Y'a rien du tout qui a changé ?

M : Non. Euh, si. J'ai changé d'endroit, euh, de lieu d'installation. Avant je travaillais à l'Arlequin à Grenoble, et j'ai emménagé ici il y a 1 mois et demi. Mais par contre je n'ai pas vu de différence dans mes consultations pédiatriques.

I : D'accord. Alors selon vous quels sont les facteurs qui peuvent permettre un changement des pratiques ?

M : Sur la pédiatrie ?

I : Ouais, sur la pédiatrie.

M : Ben je pense que tout d'abord, les, euh, les médecins généralistes soient formés. Au suivi pédiatrique. Pour qu'ils aient envie de, de suivre, et qu'ils sachent quoi suivre. Euh comment suivre les enfants. Euuuh. Donc ça, ça passe par la formation. Peut-être de faire des stages, systématiques, en pédiatrie. Alors après en médecine générale, ça s'est bien développé. Après, euh, c'est vrai que ce sont des consultations qui sont chronophages. Donc c'est bien qu'elles soient valorisées, euh, par les actes. Euh, et ça c'est pareil : la sécurité sociale l'a fait récemment. On va dire que les visites de suivi, ça prend un petit peu plus de temps que des consultations classiques de l'adulte. Et euh, je pense que c'est important de valoriser financièrement ce temps passé. Pour le prendre justement.

Euh, ensuite. Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour valoriser euh.. J'ai pas d'autre idées. Parce que c'est vrai que spontanément, c'est une partie de la médecine qui est très agréable. Qui fait partie de la prévention. Donc, euh, je trouve que c'est vraiment notre rôle, en fait, hein. Donc, euuh. Euuuh. Non, je dirai vraiment la connaissance. Le fait d'avoir les connaissances. Moi, je le vois quand je reçois des internes. C'est ça qui les bloque, dans ce suivi-là. Mais quand on comble, ce manque de connaissances, et qu'il y a du plaisir de consulter derrière avec le savoir-faire et savoir-être, finalement ils ont envie d'en faire plus tard, quoi. Euh, après ce qui peut aussi aider, je pense c'est le travail de réseau. Parce qu'on suit pas que des enfants qui ont un développement normal. On suit de plus en plus d'enfants qui ont des développements pathologiques. Des troubles du spectre autistique, euh, des troubles des apprentissages. Et, et il y a la formation qui est importantes là dessus, mais quand on l'a pas, de travailler avec des spécialistes et des paramédicaux, pour avoir vraiment une prise en charge globale des enfants ; ça aide aussi à prendre en charge ces enfants-là. Mais ça c'est pareil, y'en avait déjà.

I : Et du coup, qu'est-ce que vous pensez de la ROSP du médecin traitant de l'enfant et de son rôle dans les pratiques ?

M : Alors, euh... J'ai découvert ça assez récemment. Donc je ne m'en suis pas encore bien saisi... Mais globalement sur les items, tout ce qui est vaccination, tout ça je trouvais que c'était pertinent. Et maintenant, ils ont rendu obligatoire, donc ça va faciliter. Euh, après sur euh ; il y a des items où je ne sais pas trop comment sont faites les statistiques. Et donc je... c'est les antibio... la prescription d'antibio pourvoyeur d'antibio résistance ?

I : Euhh, chez les enfants ce sont les C3G et C4G de moins et plus de 4 ans.

M : Voilà ! Pour moi cet item-là par exemple il n'est pas du tout pertinent. Parce que si on prescrit très peu d'antibio, ils font leurs statistiques d'antibiorésistance sur le faible nombre. Et par exemple mois l'année dernière j'avais un très mauvais score, alors qu'en fait j'ai prescrit... j'ai prescrit des C3G sur des pyélo. Donc c'était tout à fait justifié. Mais comme j'avais une proportion de patients sous antibiotiques très faible ; en bin, du coup ça m'a mis en mauvais élève. Alors qu'en fait c'est un calcul statistique qui n'est pas en adéquation. Je trouve que l'idée est bonne mais je ne sais pas si le calcul est... enfin la méthode de calcul sur quoi elle repose. Et du coup, ce qui fait des chiffres qui ne sont pas pédagogiques au final. Parce que j'ai pu retrouver les 3 que j'avais prescrit, et c'était vraiment, euh, adapté. Je ne pouvais pas mettre autre chose. Alors c'est là où je trouve que c'est pas très pertinent parfois. Mais après sur les critères, euh, les EFR dans l'asthme, euh, les vaccins, et euh, les courbes de poids, ah les dépistages auditifs et visuels aussi. Ça, je trouve que c'est bien. On devrait tous les faire si on suit des enfants au long court. Sur les critères je trouvais que c'était pertinent. Après c'est sur la méthode de calcul.

I : Vous dites que les critères sont pertinents. C'est quelque chose que vous faisiez déjà ?

M : Oui ! Oui, oui. C'était en accord avec ce que je faisais déjà. Moi, du coup... C'est pour ça que je trouvais ça bien. Que ça valorisait ce que je faisais dans ma pratique et euh j'ai trouvé que c'était vraiment pertinent avec le suivi, quoi. Mais par contre ce calcul, c'est un peu obscure et... j'ai pu constater que finalement il y avait un truc que je pensais bien faire et ça ressortait pas sur leur calculs, quoi. Mais sinon les items sont plutôt bien, quoi.

I : Est-ce qu'il y a d'autres facteurs qui peuvent faire changer les pratiques, ou pas ?

M : Différents des ROSP, du coup ? Des critères déjà établis ?

(Silence)

M : Non, je ne vois pas de choses... Non. Peut-être valoriser le travail en réseau, euh. Mais ça c'est fait aussi. Dans la ROSP générale, ils valorisent le fait de, de demander, de participer à de la coordination. Mais euh... Non sinon, les items principaux du suivi pédiatrique, euh, sont présents, en mon sens. J'ai pas d'autre chose.

I : Est-ce qu'il y a un autre point important sur la pédiatrie qu'il semble important d'aborder ?

M : Hmm. Je dirais que ce serait bien qu'il y ai plus de généralistes qui fassent du suivi, quoi. Ça désengorgerait euh, et puis après, euh, je pense que c'est important qu'ils soient formés. Pas seulement qu'au suivi de l'enfant, euh, avec un développement attendu, quoi. Il n'y a pas mal

de... On prend en charge beaucoup de pathologies actuellement, et euh, comme on a beaucoup moins accès au suivi pédiatrique, même pour ces enfants qui ont un handicap, euh. Euh, je pense qu'il faut favoriser la formation pendant les études, mais aussi après. C'est vrai qu'on peut pas tout faire pendant les études, mais... Des formations courtes... Euh, qu'est-ce qui fonctionne bien ? Moi je vais à une formation qui est réservé aux pédiatres normalement. Qui est organisé par les pédiatres de villes, mais je me dis, que ça pourrait être hyper intéressant que ce soit fait sous la forme associative, pour les médecins généralistes sur le suivi de l'enfant. Parce que c'est vrai que ça, ça marche bien. Les pédiatres de ville, ils font ces formations qui sont très pratiques dans le suivi. Et s'est vraiment adapté à ce qu'on voit en consultation. Mais c'est pas ouvert aux généralistes. C'est vraiment un truc de pédiatrie. Donc, s'il y avait ça, je pense qu'il y a pas mal de médecins qui seraient intéressés. Voilà. Après, après il faut se lancer.

Entretien M10 :

I : Comment ont évolué vos pratiques pédiatriques ces dernières années ?

M : Je crains qu'elles n'aient pas assez évolué. C'est-à-dire qu'en fait... Non je ne sais pas. Je ne me suis pas très adapté sur les nouvelles possibilités d'examen des enfants.

I : C'est-à-dire ?

M : J'ai bien compris en fait qu'on a eu des morceaux de formation en FMC du soir, à partir de gens qui avaient qui avaient suivi des stages plus importants. Mais je n'ai pas acquis ce qu'il fallait pour suivre ces indications. Donc au niveau dépistage des yeux, des oreilles, de la marche, du cognitif. Voilà.

I : C'est parce que ces nouvelles notions sont arrivées dans un second temps par rapport à votre formation initiale ?

M : Disons que j'étais déjà dans la deuxième moitié de mon installation, d'une part, et d'autre part, je ne me rappelle pas vraiment très bien à quel moment ça s'est passé, mais disons que je travaille dans une situation de mi-temps pour le moment, pour des raisons de santé. Et donc je pense que ça s'est doucement introduit là dedans quoi.

I : Donc il n'y a pas trop eu de changement que ça alors. Qu'est-ce qui pourrait faire changer les pratiques en pédiatrie, pour tous les médecins généralistes ?

M : Euh... C'est une question très ouverte.

I : C'est le but (rires).

M : J'aurais un peu de mal à répondre parce que... Moi je pense que j'ai plus évolué avec les enfants que j'ai pu voir et qui ont aussi évolué et qui sont allés aux urgences pédiatriques ou en hospitalisation, des trucs comme ça. Je ne sais pas trop quoi vous répondre en fait.

I : Je note par exemple que votre expérience et le fait de voir des enfants a bien fait améliorer votre pratique.

M : Ah oui oui, tout à fait, c'est vrai pour les enfants mais aussi pour les adultes.

I : La ROSP pédiatrique a été mise en place il y a environ 3 ans...

M : Oui, que je n'ai absolument pas suivi car je dois avoir déclaré une dizaine d'enfants, alors que j'en vois plus que ça. Donc désolé...

I : Pas de problème. Mais du coup cette ROSP, est-ce qu'elle a pu induire une modification de vos pratiques ?

M : Bah non, non non, du tout.

I : Parallèlement à la ROSP, il y a eu la mise en place du nouveau calendrier vaccinal obligatoire.

M : Ca c'est plus récent non ?

I : Oui, c'est ça, mais les deux sont arrivés en même temps, début 2017. Du coup comment ça s'est passé dans les suites de ce nouveau calendrier ?

M : Alors j'ai une population de patients qui sont relativement tranchés. Il y a ceux qui vaccinent et ceux qui ne vaccinent pas. Donc en fait de toute façon c'est pas 11 vaccinations d'un seul coup, je faisais comme avant si je puis dire.

J'ai eu un remplaçant à un moment qui a vu quelqu'un qui ne fait pas vacciner sa fille. Il a fait une signalisation et du coup la PMI a envoyé sur la... enfin le médecin de PMI de Chambéry à envoyé sur la PMI locale pour qu'on les invite à venir. Et donc ils sont venus, ils ont discuté, et puis ils sont repartis.

Donc je n'ai pas l'impression que ça ait tant changé ma pratique que ça.

I : Dans le cadre des antibiotiques, est-ce que vous avez modifié vos prescriptions ou bien est-ce que ça reste stable ces dernières années ?

M : Moi ça reste stable depuis des années mais ça fait des années que je ne fais pas forcément...
(interruption par une autre personne)

Excusez moi, donc bien avant qu'on installe les TDR, j'avais de toute façon... enfin j'étais déjà quelqu'un qui ne prescrivait pas beaucoup d'antibiotiques. Donc oui ça a juste amené de l'eau à mon moulin.

J'ai pas induit beaucoup de modifications... désolé...

I : Pas de soucis. Autre question, dans le cadre du dépistage neuro sensoriel ; les yeux, les oreilles, comment ça se passe pour vous ?

M : Ca a plutôt tendance à rester stable, et ce que je fais, c'est que je demande aux parents de faire ça sous forme de jeux, en tout cas lorsqu'ils sont petits.

En tout cas je n'arrive pas à le faire en consultation chez les 0 - 2 ans quoi.

I : Et les test type LANG, sensory baby test, tous ceux que l'on retrouve dans la mallette. Est-ce que vous les utilisez ?

M : Non je ne les utilise pas, et je n'ai pas de mallette.

I : Est-ce que finalement après notre conversation, vous vous dites “Ah il y a ca qui pourrait changer ma pratique dans la pédiatrie” ?

M : Il me semble que si je suivais une formation sur l’enfant directement.

I : Plutôt les formations alors.

M : Oui ca prend un peu de temps et ont amené à faire quelque chose même s’il n’y a pas d’enfant sur place. Oui je pense que ça, ca serait sans doute quelque chose qui me ferait changer.

Entretiens M11 :

I : Est-ce que depuis le 1er janvier 2017 tu as vu changer tes pratiques avec les enfants ?

M : euh, oui ! Oui, parce que j'ai fait une formation. Une formation de pédiatrie, suivi des enfants de 0 à 2 ans. Donc j'ai changé des choses dans mes pratiques, ouais !

I : Quelles choses en particulier ?

M : Alors, déjà, je ne prends plus 15 min mais une bonne demi-heure voire plus. Surtout pour les examens spécifiques. J'ai acheté cette petite mallette, là. Qui s'appelle sensory baby test. Donc je m'en sers. Pour dépister les problèmes visuels, auditifs... Euh, bon voilà. Pour le développement psychomoteur, il y a des petits jouets. Voilà, après qu'est-ce que j'ai changé dans ma pratique ? Bon c'est déjà pas mal (rires). Parce que la vaccination... J'avais déjà fait la vaccination, une formation sur la vaccination. Ça, pas de soucis.

I : Okay.

M : Donc un peu plus de temps. Un peu mieux fait, un peu moins bâclé. Parce que des fois ça peut-être...

I : Alors selon toi, quels sont les facteurs qui permettent un changement des pratiques ? Notamment avec les enfants ?

M : Ben, là en l'occurrence, c'était aller à une formation. L'impression justement que c'était bâclé. Parce que pas de temps. Que 15 min, c'est trop juste. Et que peser, mesurer... à la limite... bon faut le faire. Parce que ça permet de dépister l'obésité de l'enfant et adolescent. Et les parents aiment bien. Mais c'est pas le plus important. Pour moi, le plus important, c'est le développement psychomoteur et que des fois vite fait, on peut pas se rendre compte. Donc, ouais. Ça m'a permis de dépister des trucs d'ailleurs. Voilà.

I : D'accord. Donc bien satisfaite de la formation ?

M : Euh... Ouais.

I : Alors, il existe la ROSEP du médecin traitant de l'enfant. Est-ce que tu en penses que ça joue sur les pratiques pédiatriques ?

M : Alors, ça... Je ne me suis pas trop posé la question. Tu me la poses maintenant. Eufff. J'aurais tendance à dire non.

I : Donc, ça change rien.

M : Voilà. Mais, euh, voilà. Parce que, pffff, non. Mise à part toucher trois sous, qui moi, m'importe peu. Donc, voilà. Pour les adultes ça m'a changé quelques trucs. Pour les enfants... non.

I : Pour la vaccination, tu n'as rien changé.

M : Ben, non. J'avais fait une formation, mais avant la ROSP. Bon, après c'est pas une grosse formation, mais j'ai fait la prise en charge du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 2 ans. Et puis, si on voulait vraiment être plus complet, euh, mais les pédiatres le font, mais nous on a vraiment pas le temps, euh... pour certaines périodes, les 9 mois, tout ça, faudrait prendre carrément 1 heure par enfants. Parce qu'il y a des grilles à remplir. Qu'il faudrait donner aux parents avant, qu'ils la remplissent et après faut qu'ils reviennent avec la grille. Ça, je ne le fais pas. Mais je devrais faire ça. On devrait faire ça. Qu'est-ce qu'ils font à la maison, est-ce qu'ils se retournent, est-ce qu'ils font ci, font ça euh voilà. Là j'ai pas le temps, donc c'est encore incomplet. Voilà ! (rires) Mais je pense qu'après faut être pédiatres pour avoir le temps de caser ça. Parce que j'ai déjà là, j'ai bien... En mettant des plages d'une demi-heure... je suis déjà en retard. C'est pareil pour le dépistage des troubles visuels, auditifs et du langage. C'est intéressant, mais difficile à faire au cabinet. Eh, et donc voilà. Globalement, c'est un manque de temps. Après j'aimerais bien ! A la base je voulais être pédiatre. Mais bon. Je ne suis pas pédiatre (rires).

I : Au niveau des antibiotiques, tu n'as rien changé récemment ?

M: Non ! Non, j'en donne quasi pas. Pour les otites j'en donne. D'ailleurs depuis que la vaccination Haemophilus est super bien faite, on voit pratiquement plus d'otite. C'est vrai qu'il y a longtemps, longtemps, j'avais tendance à donner des céphalosporines de 3e et 2e génération. Ça, je le fais plus. Si je dois donner un antibio, c'est plutôt de la pénicilline. Sauf allergie.

I : Est-ce que tu as des enfants asthmatiques ?

M : Alors, des enfants encore asthmatiques maintenant... J'en ai peut-être pas tant que ça, parce que maintenant, ils sont grands. Des vrais, vrais asthmatiques, j'ai en plus tant que ça. Ils sont grands.

I : Donc la ROSP, ça ne t'intéresse pas tant que ça ?

M : Vu comme ça, je ne vois pas trop l'intérêt. D'ailleurs c'est super casse pied à remplir. Parce qu'on te demande... là on te demande des trucs sur les enfants de 2 à 5 ans. Donc déjà faut que t'arrives à les compter. Et pour les compter il n'y a rien de vraiment pratique. Et non. Je crois que pour l'année dernière pour remplir la ROSP enfant j'ai dû aller... enfin, bon. J'ai dû les compter un par un. Voilà. Il y a peut-être une autre méthode, mais je ne l'ai pas découverte (rires).

I : Il n'y a pas d'autres facteurs qui te viennent qui peuvent faire changer les pratiques ?

M : Eufff. C'est déjà pas mal. L'impression de bâcler...

I : Sur la pédiatrie, est-ce qu'il y a un autre sujet qu'il te semble important d'aborder ?

M : (Silence)

Je suis allée à une formation sur les risques domestiques des enfants de 0 à 4 ans. Mais c'est pas de la pédiatrie pure. C'est plutôt de la prévention vis-à-vis des parents. Quoi d'autre... La vaccination. On essaye de pousser les parents à vacciner les enfants. Il y a les vaccins obligatoires, mais pour ceux qui ne le sont pas... Euh, ça coince encore. Sinon, euh, je pense qu'il faudrait mieux dépister les troubles du rachis... et ce que je fais aussi, c'est insister sur l'information sur les IST quand ils sont en âge. Euh, ouais, non, comme ça je ne vois rien d'autre. J'ai l'impression de m'investir déjà pas mal. Peut-être la prévention au niveau des parents, mais bon... C'est des choses que je pense je fais déjà pas mal.

Entretien M12 :

I : Est-ce que sur les dernières années tu as trouvé une évolution dans tes pratiques pédiatriques et quelles sont ces évolutions?

M : Sur les dernières années, alors, j'ai fait des formations de pédiatrie. Et je pense que ça a fait changer mes pratiques. Après, je ne me souviens plus exactement si c'est en 2017 ou 2018... Euh, donc... J'ai acheté la valise diagnostique, et puis je l'ai mise en... je l'ai utilisé. C'est encore mieux. Et puis voilà, ça m'a remis dans le... Comment dire ? Peut-être ça m'a permis d'être un peu plus rigoureux dans l'examen systématique. Après euh... c'est tout compris ?

I : Oui, toute la pédiatrie.

M : Après j'ai fait des formations de, euh, d'infectieux, pour me remettre à niveau pour les antibiothérapies. Pour se remettre au goût du jour. Notamment en pédiatrie.

I : Donc plutôt insister sur l'examen systématique de l'enfant et les traitements antibiotiques?

M : Oui.

I : Alors, selon toi quels sont les facteurs qui ont permis ou qui peuvent permettre un changement des pratiques?

M : (Silence)

I : Qu'est-ce qui fait changer?

M : Qu'est-ce qui peut faire changer ? C'est ça la question ? Eh bien... je dirais, la formation continue. A mon avis c'est la première euh... Après le contact avec les autres collègues, et vous, les internes en règle générale. Parce que, euh... il y a des choses qui se font plus maintenant, ou qui ne se font plus. Ça peut être intéressant d'échanger.

I : Tu as parlé de formations. Tu fais quoi comme formations ?

M : Je fait les formations de FMC, là euh... 2 jours... ou 1 jour ou 1 soirée...

I : Il existe la ROSP du médecin traitant de l'enfant. Qu'est-ce que tu penses de son rôle dans la modification des pratiques ?

M : (Silence) Alors, c'est un peu récent la ROSP enfant je trouve pour, euh, que ça ait modifié vraiment les pratiques. Euh, surtout que, euh, ce qu'ils demandent dans les questions, c'est euh, c'est beaucoup orienté sur l'obésité et euh.... Troubles du langage... et le troisième je ne sais plus ce que c'est... Alors les troubles du langage ça échappe beaucoup aux médecins généralistes parce que ça passe par les instituteurs en général, qui demandent des bilans orthophoniques. Et euh... l'obésité, moi je pèse presque tout le temps les gens. Ouis ça n'a pas... Pour le moment les critères ne m'ont pas fait particulièrement changer. Je suis peut-être un peu plus attentif mais voilà... C'est quoi déjà l'autre item de dépistage. Trouble...

I : Dépistage des troubles sensoriels ?

M : Oui, c'est ça. Et bien depuis que j'ai la valise, je le fais systématiquement. Avant je le faisais aussi mais de façon moins... Euh les visions alternées, les choses comme ça, je le faisais mais euh... C'était clairement moins précis. C'est plus intéressant de faire comme ça.

I : Il n'y a pas eu de changement particulier au niveau des vaccins ?

M : Alors, les vaccins, c'est obligatoire, donc forcément ça a changé un petit peu ce que je faisais. Je ne faisais pas forcément comme ça, et puis... les gens qui étaient contre les vaccins, j'essayais d'obtenir le minimum indispensable : DTCoc polio. Mais euh, ça a fait changer forcément ; parce que maintenant il faut appliquer la loi (rires).

I : Au niveau de l'asthme ; est-ce que tu as des enfants asthmatiques et comment tu les fais suivre ?

M : Quasiment pas. On n'en a pas beaucoup des vrais asthmatiques dans la région.

I : Et les vrais asthmatiques, tu les suis comment ?

M : Euh ... Ca veut dire quoi?

I : C'est toi qui les suis ou tu les envoies chez le pneumologue ? Tu leur fais faire des EFR ?

M : On les envoie chez le pneumologue de temps en temps. Et puis après, oui je les suis. On les fait un peu souffler. On essaye de les persuader de prendre le traitement de fond. Ca ne marche pas... (rires)

I : Est-ce qu'au niveau des dents tu fais quelque chose en particulier ou pas ?

M : Alors, je les regarde déjà (rires). Je leur parle du brossage. Et puis après si je vois que ça ne va pas j'oriente. J'ai toujours fait comme ça.

I : Donc la ROSP, c'est pas ça qui a changé quelques chose pour toi ?

M : La ROSP enfant, déjà ça ne fait que la 2 ou 3e année que l'on a des critères sur les enfants. Et euh... après moi, ils suivent ce qu'ils ont envie de suivre comme direction. Non, j'ai pas l'impression que ça ait fait changer grand chose.

I : Est-ce qu'il y a un autre sujet qui te semble important, que l'on n'a pas encore abordé ? Dans la modification des pratiques ou dans les pratiques pédiatriques de manière générale ?

M : (Silence) Un autre sujet... Ben en fait en pédiatrie, ce que l'on fait en règle générale... Le plus souvent, tu as des examens systématiques, des rhinopharyngites (rires)... Pour l'examen systématique je fais 30 min en générale. Je fais 2 rendez-vous. Souvent ça dépasse. Ca dépend des parents, s'ils sont anxieux ou pas. Mais pas au delà de 45 min. Après, si c'est un examen pour une rhinopharyngite, je fais comme pour un adulte, 15 min à peu près. L'obésité, les gens ici sont actifs alors euh, même les enfants sont quand même plutôt actifs donc euh... Ca ne veut pas dire qu'il n'y en a pas, mais des surpoids et des obèses, c'est quand même pas la majorité. Euh... et puis après c'est des trucs, quand tu vois quelque chose, il ne faut pas passer à côté. C'est des trucs, ça arrive une fois de temps en temps quoi. Moi, j'ai eu un cancer de l'enfant en 30 ans, il n'y a pas longtemps. Enfin voilà, il ne faut pas passer à côté, mais c'est tellement rare par rapport à ce que l'on voit habituellement, que c'est pas les ROSP ou je ne sais pas quoi. C'est surtout l'examen qui fait que... Il faut être rigoureux quoi.

Il y a quand même un truc : c'est qu'on ne voit plus d'otite. Ou très rarement. C'est devenu hyper exceptionnel. Des vraies otites. Il n'y a plus de 20 ans, avant 2000, euh, t'en voyais toutes les semaines. Toutes les semaines on envoyait des paracentèses chez l'ORL. Ca je pense que c'est le vaccin. Très sincèrement je pense que c'est le vaccin. Mais c'est incroyable, hein. La modification... On ne donne plus d'antibiotique pour les enfants. Moi j'en donnais surtout pour les otites. Mais il n'y en a plus.

Ca, ça s'est vraiment modifié. C'est incroyable le changement qu'il y a eu. Surprenant... dans le bon sens.