

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement Par

SARDAINE GAEL

le 15 Octobre 2020

**RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES DU LANGUEDOC
ROUSSILLON SUR LEUR PLACE DANS LE SUIVI DU NOURRISSON**

Directeur de thèse : Dr Lucie RIEU-CLOTET, Docteur en médecine générale

JURY

Président : M Denis MORIN, Professeur des universités, Praticien hospitalier

Assesseurs :

M Eric JEZIORSKI, Professeur des universités, Praticien hospitalier

Mme Elodie MILLION, Maitre de conférence des universités en médecine générale

Mme Lucie RIEU-CLOTET, Docteur en médecine générale

ANNEE
UNIVERSITAIRE
2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires			
ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul- André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert- Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François- Bernard	SOLASSOL Claude

BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIÈRE Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philipp	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation

JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH de 1^{re} classe	
AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland DEREURE Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie

GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane TOUITOU Isabelle	Pédopsychiatrie ; addictologie Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie infantile Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme STOEBNER Pierre	Biologie cellulaire Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-
vénérologie)

MEUNIER Isabelle
(Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS ric
Béat e

OUDE ENGBERINK n s
Ag è

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie- n
Catheri e

SERAYET Philippe

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, Madame le **Dr RIEU CLOTET Lucie**. Pour ton aide précieuse, ta bienveillance et ton professionnalisme dans le suivi de mon travail, je ne te remercierais jamais assez. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie de famille.

A Monsieur le **Pr MORIN Denis**. Je vous remercie d'avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse. Vous faites une spécialité que j'aurais aimé faire.

A Madame le **Dr MILLION Elodie** et à Monsieur le **Pr JEZIORSKI Éric**, je vous remercie également de faire partie de mon jury, j'espère que mon travail vous plaira.

Au **Dr BENEZIS Géraldine**. Tu es, professionnellement parlant, une rencontre décisive dans mon parcours de jeune médecin. Ta gentillesse et ta pédagogie sont un exemple dans l'accueil des internes. Un énorme merci.

Au **Dr DAUBIN Bruno**. Je vous suis particulièrement reconnaissant du stage à vos côtés. Votre écoute et votre sérieux ont été un fait marquant de ma formation. Je m'appliquerais à prendre exemple sur vous dans l'exercice de la médecine.

A l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Montpellier. J'ai eu la chance d'être magnifiquement accueilli dans ce stage. Je me souviendrais longtemps de tout le

savoir-faire que avez réussi à me transmettre. Bonne continuation à tous, ne changez rien.

A tous les médecins que j'ai remplacé jusque-là, merci de m'avoir fait confiance. Tout particulièrement au **Dr Gerlotto Véronique et Allirand Emilie**, que j'ai le plaisir de remplacer depuis de nombreux mois.

A **Sophie**, ma merveilleuse amoureuse. Quelle belle idée j'ai eu de choisir Narbonne comme premier stage. Il m'a fallu être borné pour pouvoir t'aimer de là, à de là ...

A Gabriel, mon petit amour. Même si ton appétit n'a d'égal que ton amour pour les câlins, nous t'aimons à l'infini. Être ton papa est une belle aventure, j'ai hâte de te voir grandir.

A mes parents, **Odile et Jean Marc**. Si je suis là ce soir, c'est entièrement grâce à vous. J'espère être à la hauteur de tout ce que vous m'avez apporté. Je vous aime fort.

A ma grande sœur, **Céline**. Merci d'être autant présente dans ma nouvelle vie de papa, j'aime cette nouvelle complicité (t'inquiète pas, un jour il te fera des bisous). A Fanny, qui te complète parfaitement.

A ma **Grand-mère**. Ta présence dans ma vie depuis mon tout jeune âge m'a sûrement permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui. J'espère te rendre fière.

A **Murielle et Abdou**. Votre rôle dans mon parcours de médecin est important. Je vous en suis très reconnaissant.

Aux amis :

A **Bibi**. On se connaît depuis nos débuts de footballeur, et j'ai d'ailleurs toujours admiré ta patte gauche. Une belle amitié depuis, tu fais depuis longtemps partie de la famille. A **Sophie**, sans filtre, que j'adore.

A **Simon**. Tout comme ton frère je te considère comme un membre de la famille. Tu pourrais te surnommer « el loco » sans problème, ne change pas.

A **Elo**. Tu me manques beaucoup. Je t'ai souvent exaspéré, et j'aime quand tu lèves les yeux au ciel en me voyant me débattre avec mes actions d'épée. A **Nico**, une belle rencontre et maintenant un ami.

A **Beber et Key**, la crème de la crème. C'est à chaque fois un régal de vous voir les amis. A **Aurélie et Caroline**, qui vous supportent au quotidien, et que je respecte énormément.

A **Fabien**. Il aura fallu que je double ma première année pour te rencontrer. Ta personnalité rend chaque moment passé ensemble particulier. Ton amitié est chère à mes yeux, merci de m'avoir permis de devenir champion olympique. Et à ta famille que j'adore.

A **Chanou**. Je crois qu'on a bien fait de faire des études plutôt que compter sur nos talents de parieurs, même si sais qu'un jour, on va la casser cette baraque. Notre amitié

compte beaucoup. A **Marie, Louis et Arthur**, que j'espère voir le plus possible dans les années à venir.

A **Thibaut, Justine, Charly et Lou**, c'est rassurant de savoir que je peux, à n'importe quel moment, dormir un canapé a Saint Etienne.

A **Max et Nanou**, mon couple préféré. Énormément de souvenirs ensemble, tous sont géniaux, comme vous.

A **Guitou**. On est pas bien là ?. A **Fauve**, qui comme moi aurait aimé faire sa médecine à Poudlard.

A **Martoune et Margot, Léo et Clarisse, Joan et Marlène**. Les amis stéphanois prennent une place toute particulière pour moi, j'espère ne jamais cesser de me rendre aux semaines 4.

A **la Sincz**, une personnalité attachante comme on en fait peu. Très heureux que nos routes se soient croisées. A **Amélie, la Grim** (3 ans d'internat et tu ne m'as pas laissé gagner un seul match de ping-pong), **Margot, Charles, Anne Flore, Dodo, Grabli**, à tous ces moments narbonnais qui resteront. We'll be back !

A **Mika** (yelle), **Sam et Clara, Claire et Simon, Arthur et Pauline, Charly les bons tuyaux et Julie**, à tous ces moment passés et à venir. Des belles rencontres qui m'ont permis de m'acclimater au Sud, malgré la chaleur. Particulièrement la triplète Sam Arthur Charly, pour qui le plaisir rime avec effort, inconfort et dénivelé.

A **Timothé et Béranger**. Nos soirées sont un vrai régal. Un jour, promis, on ira au stade de la route de Lorient.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	19
A. Un suivi organisé.....	19
B. Différentes possibilités de suivi.	22
C. Une modernisation du système de santé.....	24
D. Une modernisation de la formation initiale.....	25
E. Questionnements de l'étude.	26
II. MATERIEL ET METHODES	27
A. Choix des participants et contexte d'entretiens.	27
B. Le recueil des données.....	28
C. Analyse qualitative	30
D. Éthique	30
III. RESULTATS	31
A. POPULATION.....	31
B. ANALYSE	32
1. Le suivi du nourrisson comme choix personnel, engageant un investissement personnel pour se mettre au niveau d'un suivi spécialisé.	33
2. La perception d'un rôle central et légitime comme médecin de famille, rôle parfois subi comme un sacerdoce.	37
3. Un suivi standardisé et organisé n'empêchant pas une approche parfois critique de leurs limites, laissant la place au spécialiste.	41
4. Des représentations sur la loi santé influencées par l'engagement et l'investissement du médecin dans le suivi du nourrisson.	46
5. Une ambivalence dans les relations entre libéraux, entre indifférence et désir de complémentarité.	
49	
IV. DISCUSSION	52
A. FORCES	52
B. LIMITES	54
C. SYNTHÈSE ET COMPARAISON DES RESULTATS.....	55
1. L'enquête et la littérature	55

2.	Le médecin de famille, légitime dans le suivi de l'enfant en bonne santé.....	56
3.	Cas des nourrissons de moins de 6 mois.....	58
4.	Un rôle nécessitant formation et expérience.....	59
5.	Le suivi de l'enfant jugé à risque.....	61
6.	Des relations complexes avec la pédiatrie ambulatoire, reflet d'une pratique jugée identique.....	63
7.	La PMI, le grand oublié.....	66
8.	Des médecins généralistes ambivalents sur la réforme.....	67
V.	CONCLUSION.....	69
	BIBLIOGRAPHIE.....	71
	ANNEXES.....	74
	LISTE DES ABREVIATIONS.....	76
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	77
	CERTIFICAT DE CONFORMITE.....	78
	RESUME.....	79

I. INTRODUCTION

A. Un suivi organisé.

En 2005, l'HAS publie des propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de sa naissance à 6 ans. Destinées aux praticiens, elles offrent des repères sur les différents paramètres à contrôler en proposant un calendrier et des modalités de suivi. Depuis 2019 et un nouveau décret, ce calendrier des consultations de suivi a été modifié, ajoutant notamment dans le 1^{er} mois un examen à 15 jours de vie. (1)

Le suivi médical de l'enfant de 0 à 6 ans est donc coordonné autour de 20 examens médicaux, dont 13 chez le nourrisson (0 à 2 ans), ceux-là pouvant être réalisés par un médecin pédiatre, un médecin généraliste ou un médecin de PMI. (2)

Ils sont systématiques, pour certains obligatoires, et ont un rôle primordial.

Ils permettent de s'assurer que chaque famille est en mesure de dispenser les soins nécessaires à leurs enfants. En cas de difficultés, une aide peut être proposée à la famille (par exemple, visite à domicile de puéricultrices, prévention).

Ils permettent également de collecter, de façon anonyme, des données à des fins statistiques et épidémiologiques.

Ces consultations de suivi sont systématiques, elles sont au nombre de 11 la première année, et de 2 la deuxième année, comme le détaille le tableau ci-dessous. (2)

Le calendrier des 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent

Calendrier	Nombre d'examens
Au cours de la 1 ^{ère} année	11 examens : dans les 8 jours qui suivent la naissance au cours de la 2 ^e semaine avant la fin du 1 ^{er} mois 1 fois par mois entre le 2 ^e et le 6 ^e mois (5 examens) au cours des 9 ^e , 12 ^e et 13 ^e mois
Au cours de la 2 ^e année	2 examens : entre 16 et 18 mois au cours du 24 ^e ou du 25 ^e mois
De la 3 ^e à la 6 ^e année	4 examens : 1 examen par an jusqu'à l'âge de 6 ans
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

Ces examens ont pour objet :

- La surveillance de la croissance staturo-pondérale (évolution du poids et de la taille en fonction de l'âge) et du développement physique,
- La surveillance psychomotrice,
- La surveillance affective de l'enfant. Le médecin abordera avec les parents les ressentis sur les 1ers instants de vie du bébé afin d'améliorer son bien-être et donc son développement, tant physique qu'émotionnel

- Le dépistage précoce des anomalies ou déficiences, comme l'examen des sens avec la vue (strabisme, examen des yeux) et l'audition (examens des tympans et éventuellement test auditif externe),
- La pratique des vaccinations obligatoires, dès les 2 mois de l'enfant,
- Certains sujets comme l'alimentation, le sommeil ou même l'environnement intérieur et extérieur de la maison.

Depuis le 1^{er} septembre 2019 et l'intervention de la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie), ces consultations de suivi sont prises en charges à 100% par l'assurance maladie sur la base des tarifs de responsabilité, sans avance de frais pour les parents (3). Elles se cotent COD avant 6 ans, et COB après cet âge.

La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors de trois examens médicaux du nourrisson : l'examen préventif obligatoire effectué dans les 8 jours suivant la naissance, et les examens effectués au cours du 9^e mois et du 24^e mois, âges considérés comme clés dans le développement du nourrisson. Ces examens sont appelés « Consultation Obligatoires de l'Enfant (COE) » et les certificats rédigés par le médecin devront être transmis au médecin responsable du département de Protection Maternelle Infantile ou PMI (4). Elles permettent de collecter, de façon anonyme, des données à des fins statistiques et épidémiologiques. Ces consultations sont réalisées obligatoirement au tarif opposable (2).

B. Différentes possibilités de suivi.

En pédiatrie, plusieurs modèles de soins existent en Europe. L'Allemagne, l'Espagne ou l'Autriche privilégient le suivi par un pédiatre. En revanche, les pays nordiques (Danemark, Norvège), les Pays-Bas, la Grande Bretagne et certains pays de l'Est n'ont pas ou très peu de pédiatres ambulatoires (5).

En France, ce suivi pourra être effectué par plusieurs intervenants : le médecin généraliste, le pédiatre, et le médecin de PMI. Mais pour la petite enfance, la France semble privilégier le suivi par le pédiatre (6).

Il existe peu de ressources épidémiologiques propres à l'enfant, ou aux professionnels de santé impliqués dans ce suivi, pour dresser un bilan précis de la consommation médicale de l'enfant de moins de 2 ans. Selon un rapport du 25 avril 2019 de l'assurance maladie, 4 millions d'enfants avaient un médecin traitant déclaré au 31 décembre 2018 (vs 2 millions 1 an avant), 86,6% avaient un médecin généraliste comme médecin traitant, 10,8% un pédiatre et 2,5% un médecin à expertise particulière (MEP) (7).

La France était en 2012, l'un des derniers pays européens pour le nombre de pédiatres par enfant : trois fois moins que la moyenne européenne (8). Il y a actuellement 1 pédiatre pour 40 médecins généralistes alors que les enfants et adolescents de moins de 18 ans représentent 22% de la population (9). Selon les projections de la DREES, le nombre de spécialistes en 2030 serait de 2,7% inférieur à 2006, alors qu'il y aurait autant de médecins généralistes. (10)

La proportion de médecins ayant une activité libérale ou mixte diminuerait, passant de 35,6 à 28,5%, toute spécialité confondue, la pédiatrie incluse (10). L'évolution du nombre de pédiatres libéraux est donc en baisse (9)

Faire suivre son enfant par un médecin généraliste, un pédiatre ou un médecin de PMI dépend de plusieurs déterminants. Parmi les plus parlants on trouve :

- Le choix des parents (11) : une thèse d'exercice qualitative en 2015 dans la faculté de Lille, a mis en avant l'importance de la relation parents-enfant-médecin. Les parents attendent du médecin qu'il soit disponible, compétent et à l'écoute. Il doit être conscient de ses limites et doit savoir orienter et rassurer. Que le suivi soit fait par un médecin généraliste, un pédiatre ou un médecin de PMI, les parents attendent un suivi global et optimal.
- La démographie médicale : pour de nombreux parents, les pédiatres libéraux sont éloignés géographiquement, notamment dans les zones rurales. (12)

Plusieurs études montrent que les parents voient le médecin généraliste comme un professionnel de santé qualifié pour suivre un nourrisson. Ils sont satisfaits de leur suivi et considèrent le médecin traitant comme un intervenant majeur du suivi de l'enfant. (11,13).

« L'exemple de la pédiatrie résume bien la discordance entre la filière de formation qui relève en grande majorité de sur spécialisation pédiatrique sous l'égide des responsabilités universitaires et la revendication de l'ensemble de la profession de jouer un rôle de soins primaires pour lequel la majorité de leur formation est inutile et

antinomique, le tout sans coordination avec la médecine générale ni au plan universitaire, ni au plan professionnel. » (14). Dans le rapport du Pr Pierre Louis Druais (Président fondateur du Collège de médecine général), « la place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé » remis en 2015 à Marisol Touraine, pour l'aider dans sa réforme de la santé, la réflexion du Collège national de médecine générale (CNGE) présidé par le Pr Renard se questionne sur la place du pédiatre dans le soin primaire.

Ce constat insiste sur le rôle important des médecins généralistes dans ce suivi, il était donc intéressant d'avoir leurs avis sur le sujet.

C. Une modernisation du système de santé.

De ce rapport, Marisol Touraine a proposé différentes dispositions pour éclaircir les rôles. 2015 voit donc la modernisation de notre système de santé avec comme axe le fait de désigner un médecin traitant pour les enfants : « la loi permettra aux parents de choisir un médecin-traitant, pédiatre ou généraliste, pour leurs enfants. Cette mesure vise à affirmer le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi du parcours de soins des 0-16 ans. Cela permettra notamment de mieux prévenir l'obésité, les troubles de l'apprentissage ou encore l'usage des drogues. » (15)

La position de MG France est donc écoutée, corrigeant ainsi selon eux une anomalie qui excluait du champ du médecin traitant une grande partie de nos patients. (16)

Par cette mesure, la place du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson est donc mise en avant.

Cette décision n'a cependant pas été accueillie unanimement. Le Dr Nathalie Gelbert, vice-présidente du Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP) et présidente de l'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA), s'y oppose. Selon elle, cette réforme risquerait de figer la prise en charge de l'enfant. Les médecins généralistes n'orienteraient pas suffisamment leurs petits patients vers des pédiatres libéraux lorsqu'ils ont besoin de l'avis d'un spécialiste. De leur côté, les pédiatres qui seront choisis comme médecin traitant risquent d'être saturés par cette clientèle. Ils devront assurer l'ensemble des 20 consultations obligatoires pour les moins de 2 ans, or toutes ne nécessitent pas l'expertise d'un pédiatre. (17)

L'implication des médecins généralistes dans le suivi des nourrissons paraît essentielle dans ce contexte. Même si notre profession est déjà entièrement impliquée dans ce parcours de soins, la modernisation du système de santé ne va faire qu'accentuer ce rôle.

D. Une modernisation de la formation initiale.

Jusqu'en 2017, la formation des internes de médecine générale concernant la santé de l'enfant s'articulait autour d'un semestre en cabinet de médecine générale, d'un trimestre en pédiatrie (hospitalier ou ambulatoire), et d'enseignements théoriques au sein de la faculté.

La réforme de l'internat, à partir de l'année 2017-2018 modifie la formation initiale. Un semestre entier plutôt qu'un trimestre est consacré à la santé de l'enfant. Les lieux de stages ambulatoires sont privilégiés.

La modernisation de la formation initiale en pédiatrie semble se rapprocher des besoins de la médecine générale, permettant de pallier certaines carences. En 2016, une thèse de médecine générale à Tours a permis de mettre en avant, par exemple, un défaut de formation sur le dépistage visuel et auditif du nourrisson et de l'enfant, 72% des médecins interrogés estimaient avoir besoin d'une formation dans ce domaine (18).

E. Questionnements de l'étude.

Au vu de l'évolution de la démographie médicale, les médecins généralistes seront amenés de plus en plus à faire le suivi des nourrissons.

Au cours de mon exercice j'ai pu constater que chaque médecin abordait le suivi du nourrisson d'une manière différente. Lors de mes remplacements plusieurs freins me sont apparus : un manque de connaissances, d'expérience, de temps ou même de matériel pour assurer le bon déroulé de l'examen du nourrisson.

Dans le Languedoc Roussillon, aucune étude récente ne traite du suivi médical du nourrisson en médecine générale. En 2016, en Aquitaine, une thèse qualitative ayant pour objectif d'explorer les variabilités dans les pratiques des médecins généralistes dans ce suivi a été réalisée. Il en résulte que, malgré une diversité des pratiques, dépendant surtout de l'intérêt que les médecins y portent, le suivi du nourrisson relève

indiscutablement de notre mission. Les rôles de chacun (médecins de PMI, pédiatres et médecins généraliste) semblent encore à définir sur certains points clefs du suivi (19). Une approche semblable semblait être intéressante dans le Languedoc Roussillon.

L'objectif principal était donc d'explorer le ressenti que les médecins généralistes ont concernant leur rôle dans le suivi du nourrisson.

Les objectifs secondaires étaient de rechercher d'éventuels changements dans leur pratique depuis la réforme sur le suivi de l'enfant, et d'explorer leurs relations avec les pédiatres libéraux.

II. MATERIEL ET METHODES

Pour analyser le ressenti des médecins généralistes, nous avons choisi de réaliser une étude de type qualitative, à l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi et au travers d'entretiens semi-directifs enregistrés.

A. Choix des participants et contexte d'entretiens.

Un seul critère permettant de faire partie de l'étude devait être respecté : être médecin généraliste installé dans la région Languedoc Roussillon. Ils n'étaient pas obligés de pratiquer le suivi du nourrisson.

J'ai personnellement mené les entretiens. Ma faible expérience dans le domaine m'a fait préférer des entretiens individuels.

Le choix des médecins interrogés s'est d'abord fait par échantillonnage de commodité, au travers de confrères que je connaissais personnellement. J'ai ensuite contacté des médecins via les pages jaunes, puis et surtout par effet « boule de neige », grâce à certains médecins m'orientant vers d'autres confrères pouvant être intéressés par mon travail.

Tout au long du recrutement, une attention particulière a été portée sur certains critères comme le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice, ou la formation dans le domaine de la santé de l'enfant, afin d'obtenir un échantillonnage en variation maximale.

B. Le recueil des données.

Avec l'aide précieuse de ma directrice de thèse, le Dr Lucie RIEU CLOTET, faisant partie du département de médecine générale, j'ai élaboré un guide d'entretien.

Celui-ci, dans son contenu, permettait d'aborder les différents thèmes en rapport avec les objectifs principaux et secondaires. Il s'agissait de questions ouvertes, permettant au médecin interrogé de s'exprimer librement.

L'organisation de ce guide d'entretien comprenait pour commencer une partie que j'ai nommée « descriptive », précisant différents items sur la vie personnelle et l'activité professionnelle du médecin.

La Deuxième partie, « l'entretien », avec des questions ouvertes centrées sur la manière dont les médecins vivaient leur rôle dans le suivi du nourrisson, leur permettant

de s'exprimer sur leur ressenti en situation de suivi, leur organisation et leurs relations avec les acteurs de ce suivi. Des reformulations étaient prévues si nécessaire. (Annexe 1)

Le guide d'entretien a été testé sur 2 médecins, permettant des modifications nécessaires à la bonne compréhension des questions.

La prise de contact avec les médecins se faisait par téléphone, ou via leur secrétariat. Après m'être présenté et avoir expliqué le sujet de mon étude, j'organisais une rencontre pour m'entretenir avec eux.

Lors de cette rencontre, je présentais de façon plus détaillée mon travail de thèse, je leur expliquais mon intérêt pour la pédiatrie et ce choix de sujet.

Puis commençait l'enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone et de mon téléphone portable. Des notes de terrain ont été prises pendant l'entretien sur un cahier de notes, mais non retranscrites. Les douze entretiens ont été enregistrés, avec l'accord du médecin interrogé, permettant une retranscription exacte mot pour mot, et donc une analyse complète des données.

A l'aide du logiciel Microsoft Word version 2017, tous les entretiens ont été intégralement retranscrits. Ils n'ont pas été retournés aux participants pour correction.

C. Analyse qualitative

L'analyse des données a été conduite selon une méthode phénoménologique sémiopragmatique.

Les étapes de la démarche analytique ont été les suivantes :

- La transcription des enregistrements mot à mot, le verbatim.
- La notification des différents éléments de contextualité préexistants
- Plusieurs lectures flottantes de type intuitif, puis une lecture focalisée
- Permettant un découpage des unités de sens et thématisation, avec l'aide du logiciel Xmind comme support
- Repérage des éléments signifiants textuels et contextuels et mise en lien pour une catégorisation par comparaison constante
- Organisation du sens à partir d'un ordonnancement logique
- Production d'une proposition générale synthétique

Une triangulation des données d'analyse a été mise en place : deux chercheurs ont confronté leurs analyses, Dr Rieu-Clotet et moi-même.

D. Éthique

Il n'y a pas eu de demande d'un comité d'éthique. Cela n'était pas utile d'après la Loi Jardé car il s'agissait de médecins interrogés et le sujet ne concernait pas la prise en charge thérapeutique.

III. RESULTATS

A. POPULATION

Douze participants ont été inclus dans cette étude. Trois médecins contactés ont refusé l'entretien (2 hommes et 1 femme), les motifs évoqués étaient pour deux d'entre eux un manque de temps, et un désintérêt pour la pédiatrie pour le troisième.

La moitié des rencontres (six sur les douze), se sont faites sur le lieu de travail du médecin interrogé. Pour les autres, deux ont eu lieu dans un café du centre-ville, les quatre autres au domicile du médecin. Seul l'enquêteur (moi-même) et le participant étaient présents à chaque entretien.

La durée des entretiens a été de 20mn12s à 44mn49s, la moyenne a été de 32mn environ.

La saturation a été obtenue au 10^{ème} et a été confirmée par 2 entretiens supplémentaires.

Ci-dessous un tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins interrogés :

- 8 femmes pour 4 hommes
- 2 exerçaient en rural, 4 en semi rural et 6 en milieu urbain
- 4 exerçaient seuls et 8 en cabinet de groupe

ENTRETIEN	SEXE	ÂGE	ANNEES DE PRATIQUE	ANNEES D' INSTALLATION	ENFANTS	LIEU D' EXERCICE	TYPE D' EXERCICE	% DE NOURRISSONS DANS LA PATIENTELE	FORMATION COMPLEMENTAIRE EN PEDIATRIE
E1	féminin	52	22	20	1	rural	groupe	30%	non
E2	féminin	30	3	1	0	rural	groupe	20	non
E3	féminin	46	20	2	2	urbain	seul	0	non
E4	masculin	40	12	3	2	urbain	groupe	1	non
E5	féminin	49	19	10	2	semi rural	groupe	10	oui
E6	masculin	30	1	1	0	urbain	seul	5	non
E7	féminin	44	15	12	2	semi rural	groupe	100	oui
E8	masculin	44	12	12	2	urbain	seul	20	non
E9	féminin	39	11	2	1	urbain	groupe	20	oui
E10	féminin	35	7	5	0	semi rural	groupe	15	oui
E11	masculin	65	40	40	2	semi rural	seul	5	non
E12	féminin	43	16	13	1	urbain	en groupe	50	oui

B. ANALYSE

La confrontation des analyses des 2 chercheurs n'a pas révélé de différences, après triangulation.

1. Le suivi du nourrisson comme choix personnel, engageant un investissement personnel pour se mettre au niveau d'un suivi spécialisé.

Lorsque la question « *Dans votre travail, quel intérêt donnez-vous au suivi du nourrisson ?* » leur a été posée, les réponses étaient orientées sur la dimension de liberté de choix, inhérente à la profession de médecin généraliste :

« *on ne va pas lui demander de faire le suivi du nourrisson, je ne vois pas l'intérêt* » E1,
« *j'ai fait le choix de la médecine générale en partant du principe que je ferais de la pédiatrie* » E7, « *Il ne faut pas se sentir obligé, il faut que cela reste un choix.* » E8.

Ce choix, qu'il soit négatif ou positif, était guidé par plusieurs déterminants.

La notion d'affinité dominait :

« *La pédiatrie fait partie de mes plaisirs d'activité* » E8, « *cela m'intéresse* » E10, « *pas beaucoup d'intérêt* » E4

Le sentiment de capacité jouait un rôle également important :

« *je me sens complètement à l'aise* » E2, « *Une appréhension sur ma capacité* » E9,
« *je suis incapable* » E3

Dans une pratique parfois monotone, ce suivi, jugé différent des autres, permettait d'apporter de l'originalité :

« *même si je préfère le suivi du patient âgé, ça me casse la monotonie de ma journée* », « *ce n'est pas le même travail* » E2, « *ça change de faire du suivi* » E10

Pour les médecins concernés, ce choix impliquait, dans un objectif de qualité, un investissement personnel :

«se donne les moyens intellectuels, capacitaire pour le faire» E4, « il y a plein de façons de se former » E6, « s'il a la volonté d'aller fouiller un peu » E7, « s'investissent et se forment ... pour se sentir légitime là-dessus » E9

S'impliquer n'empêchait pas le risque d'être trop superficiel dans ce suivi, le médecin devait faire preuve de prudence et connaître ses limites :

« S'il s'est investi et qu'il s'en sent la compétence, s'il connaît ses limites » 3, « conscient de ses capacités » E6, « savoir aussi dire aux gens qu'il faut un pédiatre également si tu ne te sens pas trop » E9

Cela impliquait des formations pour se remettre à niveau :

«je me suis reformé» « je pense qu'on doit se reformer » E5, « en se formant vraiment à la pédiatrie » E7, « je ne les avais pas avant la formation » E10

La formation initiale était justement pointée du doigt, parfois insuffisante et remise en question :

« c'était un manque de formation » E3, « l'enseignement (...) est insuffisant » E4, « nous ne sommes pas formés » E5, « pour moi cela reste trop théorique » E6, « je pense que ce qu'on a appris en pédiatrie n'était pas suffisant" » E7

Mais cette problématique de formation, proportionnelle à l'ancienneté du médecin, ne se limitait pas qu'à la pédiatrie :

« à mon époque on apprenait pas notre métier » E8, « comme pour tout c'est insuffisant » E9, « on n'avait pas de formation pour le suivi des nourrissons » E11, « à mon époque (...) pas suffisante » E12

Il leur a fallu orienter leur pratique pour accentuer leur légitimité :

« je pense que si tu veux du suivi pédiatrique dans une patientèle où tu as 5 % de pédiatrie, moi il me semble que cela n'est pas l'idéal. Il en faut une certaine quantité »
E7, « en voir beaucoup beaucoup » E9, « la moitié de mes consultations pédiatriques »
E12

Mais également organiser leur temps de travail :

« de faire des consultations spécialisées de 30 mn » E7, « plutôt le matin en début de programme » E10

Autant que leur environnement matériel :

« cabinet adapté ", "jouets", "stéthoscope adapté » E7, « on fait les examens obligatoires avec ce que ça implique au niveau dépistage sensoriel sans avoir ce matériel-là, quand tu vois les détails dépistés » E9

Cette mise à niveau était justifiée par la spécificité de ce suivi :

«le suivi est spécifique» E5, « car c'est assez spécifique » E6, « il y a quand même des particularités, en pédiatrie » E7

Pour *E7, E2, et E12*, le suivi du nourrisson est à part entière, il diffère de la pratique habituelle du médecin généraliste :

« ce n'est pas le même travail » « Moi il me semble (...) part à part entière de la médecine », « L'examen clinique est totalement différent, on est plus dans le dépistage que dans la pathologie ».

Sa subjectivité donnait l'impression de difficulté quand on parlait du neuro-développement :

« pour moi cela restait très abstrait » E4, « symptômes qui sont moins classiques (...) la clinique est pauvre » E6, « c'est très compliqué, ce côté subjectif, dès que tu es aux frontières de ce qui est attendu comme normal » E7, « le développement psychomoteur notamment est difficile » E8, « c'est plus subjectif et c'est le problème de la pédiatrie » E9, « c'était le retard (...) neuro sensoriel, à la marche, à la parole. Surtout neurologie » E11

Les consultations de suivi lors des 2 premières années étaient chronophages dans leur organisation :

«consultations très vastes» E6, « c'est des consultations différentes et plus longues » E8, « cela prend plus de temps » E9, « C'est chronophage un enfant en consultation, tu en as pour une bonne demi-heure » E11, « la difficulté principale c'est le temps, car c'est chronophage » E12

On pouvait ressentir dans le verbatim la complexité du relationnel avec les parents. La dynamique d'une consultation incluait obligatoirement les parents, cette relation était primordiale mais parfois stressante. Certaines situations autour de la vaccination n'étaient notamment pas réglées, malgré le constat que l'obligation vaccinale avait nettement amélioré les choses :

«composante qui peut ne pas être évidente oui» E4, «quand je suis confronté à des parents qui refusent la vaccination, très difficile ... » E7, « et puis il y a les parents ... » E9, « le plus difficile est d'aborder les anomalies que justement je dépiste au cours de l'examen » E12

Le suivi était peu tourné vers le soin mais principalement vers le dépistage et la prévention :

« Ce n'est pas du soin hein ...c'est du suivi et du dépistage aussi » E3

Et cela impliquait donc une connaissance pointue mais peu évidente du nourrisson :

« bien connaître les particularités du développement » E7

L'expérience des consultations des nourrissons avant 6 mois était marquée par des mots comme *« pas la formation » E3*, *« risqué »* *« pas super à l'aise » E6*, avec des notions de puériculture souvent inconnues *«le côté puériculture dans le suivi (...) que tu n'as pas appris dans les bouquins » E7*, *« une problématique je ne sais pas par exemple sur l'alimentation" » E9*.

Pour E3, cette période-là relève même de la spécialité : *« C'est une spécialité pour moi hein, de 0 à 6 mois »*

Le médecin généraliste revendiquait sa liberté de choix inhérente à sa pratique. Il était libre d'intégrer le suivi du nourrisson, ou alors de refuser s'il ne s'en sentait pas capable. S'il choisissait, en toute légitimité, de faire le suivi du nourrisson, il devait s'investir, se former et s'organiser pour pallier ses manques et compenser la spécificité des consultations de suivi du nourrisson.

2. La perception d'un rôle central et légitime comme médecin de famille, rôle parfois subi comme un sacerdoce.

« Nous avons le suivi de l'enfant normal » E5, *« on a le suivi de l'enfant en bonne santé » E10* : par ces mots, le médecin généraliste affirmait la primauté de son rôle. Il concernait le suivi de l'enfant jugé en bonne santé.

Le médecin généraliste se posait comme médecin de famille, il le revendiquait et appréciait ce statut :

« je suis très attaché à la notion de médecin de famille » E8, « C'est une aura particulière » E11

Les médecins de famille situaient leur rôle dans une dimension de globalité, adaptée à l'objectif principal de ce suivi, la prévention :

« on connaît le contexte familial » E5, « nous l'avantage c'est que l'on va le suivre toute la vie » E8, « cela permet d'appréhender parfois différemment le suivi » « nous on les voit grandir donc cela est vachement important » 10

Ce statut assurait au médecin généraliste une confiance de la part des parents, presque naturelle :

« je pense qu'ils donnent le même rôle que si c'était un pédiatre » E1, « j'ai l'impression que les parents nous feraient confiance comme ils feraient confiance au pédiatre » E2, « parce que c'est le médecin de famille et du coup heu la famille fait confiance » E7, « ils ont confiance, l'écoutent, le croient » E8

Parfois même culturelle :

« et ils n'ont pas le réflexe pédiatrie » E3, « la population maghrébine ils n'allaient pas chez le pédiatre ils faisaient confiance au médecin généraliste. » E12

Ces médecins de famille assumaient donc un rôle central dans le suivi du nourrisson par des mots forts. Ceux qui s'impliquaient dans ce suivi se sentaient capables et

légitimes. Ils étaient sûrs de leurs compétences, de leur expérience et de leur formation :

« Bien sûr oui nous sommes compétents » E1, « aussi importante que celle du pédiatre ou du médecin de PMI » E2, « on est tout à fait légitime dans ce suivi, pour moi la question ne se pose pas » E5, « largement capable » E6, « font la même chose que nous » E9, « on a le suivi de l'enfant en bonne santé » E10, « rôle fondamental » E11.

Le rôle de prévention, de dépistage et d'éducation, éléments principaux du suivi, faisaient partie des tâches quotidiennes du généraliste :

« partie intégrante du rôle du médecin généraliste » E10, « chef d'orchestre au milieu » E8, « c'est aussi le rôle du médecin généraliste et typiquement pour la pédiatrie » E9.

En abordant le rôle du médecin généraliste dans le suivi, la comparaison au pédiatre se faisait spontanément par des mots comme : *« vision supérieure » « même rôle » (E5, E10)*. Plus précisément, sa disponibilité et son accessibilité lui donnaient un avantage sur le pédiatre :

« on est beaucoup plus accessible que le pédiatre » E2, « avoir rdv chez le pédiatre rapidement, cela est plus compliqué » E6, « ils trouvaient que je prenais plus le temps et était plus à l'écoute » E7

Selon certains, l'organisation des soins renforçait ce rôle de première ligne dans le suivi du nourrisson, avançant l'argument que la posture des pouvoirs publics était d'affirmer le rôle du médecin généraliste dans les soins primaires pédiatriques :

« dans les plans de l'ARS et des ... à l'époque moi déjà il y avait une vraie place pour faire du suivi pédiatrique en ville en étant généraliste » E7, « est-ce le desiderata des politiques pour la médecine ? » « métier d'avenir » E8, « on nous l'a rajouté je pense, du fait du manque de pédiatres » E10

La composante démographique et géographique influençait les réponses des médecins interrogés, selon leur lieu d'exercice. Ceux exerçant en zone rurale ressentaient cette pression géographique, se justifiant par une carence en spécialistes, pédiatres inclus : *« à Ganges (...) pas beaucoup de suivi par le pédiatre » E2, « dans les grandes villes comme Montpellier (...) les gens vont chez le pédiatre » E3, « plus tu vas en rural et plus tu as du suivi par le médecin généraliste » E7.*

Ces arguments démographiques, géographiques et organisationnels étaient reliés à une notion d'obligation. Le médecin de famille se sentait parfois contraint et subissait son rôle dans le suivi du nourrisson :

« on nous a rajouté une tâche qui ne me dérange pas mais (...) je trouve qu'on nous en demande beaucoup quand même » E10

Le choix, finalement, revenait aux parents, les principaux décideurs. Un constat abordé de différentes façons :

« Les patients font ce qu'ils veulent maintenant, il n'y a plus de barrière, vu qu'on a plus de secrétaire » E7, « c'est leur choix » E8, « certaines familles ne vont pas chez le pédiatre » E9.

Il ressortait de certains entretiens que ne pas pouvoir dire non était une fatalité, comme un sacerdoce du rôle de médecin généraliste :

« on ne se voyait pas leur dire : ah non on ne fait pas le suivi » « on s'est dit : on va en faire de toute façon ... » E9, « J'ai des collègues qui n'ont pas envie d'être en face d'un enfant et qui se trouvent confrontés » E7.

Il en ressort parfois que la légitimité donnée par les parents est supérieure à celle que se donne le médecin lui-même.

Le rôle du médecin de famille est primordial et central dans l'organisation des soins primaires pédiatriques, incluant les consultations de suivi. Ce statut, autant que le contexte actuel, pouvait parfois être ressenti de manière négative par les médecins généralistes, l'exprimant comme un sacerdoce.

3. Un suivi standardisé et organisé n'empêchant pas une approche parfois critique de leurs limites, laissant la place au spécialiste.

Certains médecins interrogés avouaient leurs limites en faisant preuve d'autocritique :

« je suis incapable » E3, « ce n'est pas suffisant » E6, « je sentais que je ne serais jamais à ce niveau-là » E10

Allant même jusqu'à douter des compétences d'une partie de la profession :

« je ne suis pas sûr que tous les généralistes aient cette compétence » E3, « j'ai vu qu'il peut y avoir différents suivis du nourrisson » E4, « J'ai bien vu dans les carnets de santé la façon de faire de certains généralistes » E6

Le suivi pouvait être perçu comme une tâche lourde avec une responsabilité pesante, plus importante qu'en médecine adulte :

« un risque de passer à côté de quelque chose beaucoup plus élevé » E6, « de me dire il ne faut pas que je passe à côté d'un trouble du développement, de ne pas rater ... je trouve que la responsabilité est importante. C'est le problème de la pédiatrie » E9

La perception de leurs limites laissait la peur les dominer :

« on a un peu la trouille de faire mal les choses (...) c'est plus simple pour l'adulte »

E10

Pour ces médecins, il en résulte donc une dimension déontologique et d'honnêteté intellectuelle, expliquant le fait de ne pas intégrer ce suivi dans leur pratique :

« être honnête avec les patients » E4, « pas suffisamment intéressé (...) pour avoir une prise en charge vraiment carrée quoi » E6, « Primum non nocere. Si on ne sait pas on ne fait pas » E8

L'expérience était gage de qualité pour les médecins :

« en terme de nombre de patients qu'on suit » E2, « vraiment la pratique et le contact (...) l'expérience » E3, « c'est plus une question d'habitude » E6, « il faut avoir une habitude particulière pour ce suivi-là » E7, « j'arrive avec l'expérience » E9, « c'est l'expérience, comme tout en médecine générale » E10, « j'ai l'expérience et les formations nécessaires pour assurer le suivi du nourrisson » E12.

Certains estimaient manquer de cette expérience professionnelle, expliquant une partie de leur réticence à assumer ce suivi :

« Le manque d'expérience et le risque » E6

Ou même manquer d'une expérience personnelle. Le fait d'avoir des enfants était en effet relié à une confiance en soi, perçu comme une forme singulière de légitimité, et inversement :

« ça me donne un peu plus de crédibilité c'est sûr (...) Mais moi ça me permet d'être plus légitime » E4, « de ce point de vue personnel je n'ai pas trop d'expérience » E6

Cette expérience, les pédiatres l'ont naturellement acquise au cours de leur formation, il était donc important de respecter la hiérarchie en intégrant le pédiatre comme spécialiste et interlocuteur principal, notamment dans les suivis à risques ou compliqués :

« Donc un pédiatre par exemple qui a fait 5 ans ou 6 ans d'internat (...) plus compétent qu'un généraliste qui n'a pas fait que ça. On ne peut pas comparer ce qui n'est pas comparable » E3, « on n'était pas aussi bien formé qu'un interne de pédiatrie » E5, « maintenant la place du pédiatre a augmenté » E6, « Il faut faire cette séparation, ou on est spécialiste de l'humain et non pas de l'enfant autant que le pédiatre » E8, « beaucoup plus d'expérience (...) d'avoir un interlocuteur » E9, « quand ils ont eu quelque chose de très compliqué à la naissance parfois c'est bien qu'ils aient un pédiatre dès le départ » E10

On pouvait notamment ressentir au travers de certains entretiens que les parents semblaient donner plus de légitimité au pédiatre qu'à leur médecin de ville :

« qu'ils pensent qu'il a plus de compétences heu par rapport aux, par rapport à nous » E5, « et si les parents jugent que le généraliste est passé à côté de quelque chose ben en général soit ils vont aux urgences soit ils essaient de voir leur pédiatre » E6.

Pour se rassurer, et compenser leurs propres limites, les médecins généralistes s'estimant moins légitimes avançaient l'idée d'un double suivi médecin généraliste – pédiatre :

« On aime bien quand même qu'ils aient un suivi pédiatrique en parallèle, notamment pour le suivi quand ils sont tout petits » « d'avoir un interlocuteur » E9, « sauf que je ne me sentais pas tout le temps les épaules donc je leur demandais de voir le pédiatre à côté quand même » E10.

Même s'ils avouaient des limites, le suivi du nourrisson était principalement vécu comme très organisé et standardisé les premiers mois :

« à la fréquence conseillée » E6, « le suivi mensuel au début de toute façon pas trop le choix » E8, « c'est assez normalisé, avec un cadre précis » E9, « je pense que l'on fait tous un peu pareil, » E10, « les visites étaient obligatoires » E11, « C'est le suivi préconisé » E12

Les médecins interrogés restaient scolaires et suivaient les recommandations au travers des consultations obligatoires et du calendrier vaccinal lors de ces deux premières années :

« j'organise toutes mes consultations avec les mensurations physiques systématiquement » E1, « il y a les consultations obligatoires » E3, « je faisais de façon assez méthodique euh scolaire même » E4, « Je m'appuie donc sur cela plus ou moins, les recommandations » E7, « si tu suis les recommandations, assez standardisées donc voilà tes examens obligatoires, le calendrier vaccinal » E9

Même si les médecins précisaient que logiquement, il fallait adapter le suivi à l'enfant et au contexte :

« tu n'as pas la même approche avec un 1er de fratrie qu'avec un 4eme » E1, « je m'adaptais » E4, « quand ils vont bien j'espace » E8, « Au cas par cas » E10,

Cette organisation systématique permettait au médecin d'aborder le suivi confiant et rassuré :

« c'est assez facile avec le calendrier vaccinal à suivre » E4, « c'est plutôt simple » E10

Des aides informatiques étaient présentées comme rassurantes et aidantes :

« logiciel assez pertinent et aidant » E2, « je m'aidais d'un outil, internet, à chaque fois je me souviens c'était Pédiadoc » E4, « en général pour le suivi je révise un peu avant sur euh ... Pédiadoc ... » E9

Et le carnet de santé occupant une place centrale de recueil des données :

« je prends le carnet de santé et suis les différents items, donc voilà je fais le listing et je coche » E6, « quand tu vois un carnet rempli tu te fais une idée du parcours, tout ça, quand tu le vois ponctuellement » E7, « le carnet de santé comme support » E9

Alors que d'un côté, l'organisation très standardisée de ce suivi autour du calendrier vaccinal et des recommandations créait un climat de sérénité face à l'ampleur de la tâche, certains médecins restaient assez critiques sur leurs compétences, dans un objectif de qualité. La peur de mal faire, ou d'être nocif dominait parfois le médecin. Dans ces conditions, la place hiérarchique du pédiatre, en tant que spécialiste de l'enfant, donc du nourrisson, était importante et rassurante.

4. Des représentations sur la loi santé influencées par l'engagement et l'investissement du médecin dans le suivi du nourrisson.

La réforme de la loi santé de 2015, effective en 2016 et conduite par Marisol Touraine, permettait aux médecins généralistes, au même titre qu'au pédiatre ou autre professionnel participant au suivi de l'enfant de se déclarer médecin traitant de l'enfant, dès sa naissance

L'accueil de cette réforme était partagé. Le sentiment qui se dégageait dépendait de l'investissement et du rôle que se donnait le MG dans ce suivi :

« tout dépend de la proportion de pédiatrie que tu as » E7

E5 et E7 avaient une pratique très orientée vers la pédiatrie, et s'impliquaient donc dans le suivi du nourrisson. Cette réforme les confortait mais surtout renforçait leur rôle dans ce suivi :

« c'était une reconnaissance donnée au généraliste qui suivait les enfants », « au début j'avais du mal sur la légitimité de ce que je faisais, vis-à-vis des autres. » E7, « cela nous rappelle notre rôle aussi, nous conforter je pense » E5

E1, E2 et E11 exerçaient en milieu rural, zone démographiquement carencée en pédiatres, leur investissement était donc fort, par choix ou par défaut :

« ça dépend vachement du secteur de pratique (...) A Ganges, on suit énormément les nourrissons, il n'y a pas beaucoup de suivi par le pédiatre » E2, « Ils partiront bientôt à la retraite donc l'activité des pédiatres sera réduite à zéro » E11.

Et à la différence des médecins exerçant en milieu urbain, l'impact de la réforme sur le nomadisme médical et l'observance de la population était perçu positivement :

« ça évite le nomadisme médical » E2, « ça renforce probablement l'observance des consultations de suivi chez les parents » E1, « Ben pour éviter le nomadisme, pour ne pas qu'ils aillent à droite à gauche » E5

Pour les autres, cette réforme avait très peu d'intérêt, jugée, par son caractère trop administratif, inutile :

« c'est plutôt administratif qu'autre chose » E4, « Connerie administrative. Je ne vois pas comment une déclaration administrative va changer quoi que ce soit » E8, « j'en pense la même chose que pour les adultes, c'est-à-dire sans trop d'intérêt. » E12.

Son caractère non obligatoire rendait la déclaration superficielle :

« il y donc moins de coordination administrative » E4, « on peut très bien changer de médecin tous les mois comme on veut » E8, « Maintenant la déclaration de médecin traitant c'est vraiment devenu une formalité euh ... un formulaire » E12

L'intérêt d'un médecin traitant n'est pas remis en cause pour l'adulte mais semblait peu adapté au nourrisson, renforçant l'incompréhension d'une telle loi :

« j'ai un sentiment que le médecin traitant pour l'adulte a un rôle très important de centralisation, de prévention » « les enfants globalement et heureusement ils vont toujours bien mais euh il y donc moins de coordination administrative » E4, « pour les grands cela est différent, le médecin généraliste aura plus sa place dans la déclaration de médecin traitant » E9,

E6 et E11 proposaient pour plus de cohérence que le référent soit le généraliste et non le pédiatre ou tout autre professionnel, permettant dès la naissance de centraliser toutes les informations, sans perdre de temps :

« il va y avoir une perte d'infos. Moi je trouve ça plus logique que le médecin référent soit forcément un généraliste (...) ça me paraît cohérent » E6, « Moi je pense que maintenant c'est au médecin généraliste. Parce que vous avez la formation suffisante pour voir les nourrissons » E11

A l'unanimité et quelle que soit la position du médecin interrogé sur le sujet, cette réforme n'avait eu aucun impact sur la pratique quotidienne. L'implication du médecin ne dépendrait sûrement pas d'une formalité administrative :

« moi elle n'a pas changé ma pratique » E1, « je considère que si quelqu'un vient chez moi, j'en suis responsable et pas plus si sur le dossier c'est marqué que je suis le référent » E6, « Non cela n'a rien changé » E7

Comme le reflet d'une forme de désintérêt, les médecins semblaient globalement peu impliqués quand on parlait de cadre légal ou administratif :

« je me demande à quoi ça sert » E8, « ils font des lois des fois je me dis qu'ils feraient mieux de faire autre chose » E10, « je n'ai pas encore intégré dans ma tête. » E12

Peu engageante pour les parents, cette réforme semblait difficilement convaincre les médecins généralistes. On percevait tout de même son impact en zone rurale, permettant d'améliorer l'observance ou de limiter le nomadisme médical. Pour le

médecin le plus impliqué, cette réforme était nécessaire et permettait de lui apporter un surcroît de légitimité dans ce suivi.

5. Une ambivalence dans les relations entre libéraux, entre indifférence et désir de complémentarité.

En s'intéressant aux relations que pouvaient entretenir les médecins généralistes avec les autres acteurs du parcours de soins du nourrisson, notamment pédiatres libéraux et médecins de PMI, on mettait en lumière des ambivalences.

Les relations étaient faibles, voire inexistantes :

« il n'y en a pas » E1, « ça veut peut-être dire que les relations ne sont pas très bonnes » E2, « il y a un clivage, complètement oui. Et puis eux jamais ne t'appellent pour te dire quoi que ce soit » E5, « à aucun moment je leur dis de contacter un pédiatre de ville » E6, « j'ai l'impression qu'on a pas trop de liens avec les pédiatres » E10

Plusieurs arguments étaient avancés par les médecins mais le ressenti ressemblait à de l'indifférence de la part de certains. Ils l'expliquaient par le sentiment d'une pratique identique, celle de la médecine générale de l'enfant, rendant inutile la communication :

« J'ai l'impression que c'est comme si c'était nos collègues généralistes » E2, « comme des confrères » « médecine générale de l'enfant » E4, « Non là il n'y a pas d'échange particulier (...) j'ai moins besoin d'eux » E8, « C'est un peu maintenant de l'indifférence » E11

La relation entre les deux professions était majoritairement hospitalière, par la simplicité des contacts, et le besoin le plus souvent d'un avis dit « *hyperspécialisé* » :

« c'est plutôt un avis hospitalier, à 99% (...) car souvent je veux un avis d'un spécialiste » E1, « on adresse directement pour un avis surspécialisé au CHU » E2, « sauf si je savais qu'il était spécialisé pour tel ou tel truc » E4, « mais après j'ai d'autres relations avec les pédiatres du CHU » « car quand j'oriente j'ai besoin d'une expertise soit technique, soit médicale ... et le pédiatre de ville ne le fera pas » E5, « cela est plus facile en hospitalier » E7, « là où j'ai besoin d'un pédiatre, c'est plus un spécialiste » E8, « Par le fait qu'ils soient spécialisés en plus de la pédiatrie » E12.

E7 évoquait une certaine concurrence pouvant interférer :

« J'ai l'impression, parce qu'il y a peut-être une forme de concurrence, que ce n'est pas simple » E7

E2, E5 et E10 le manque de légitimité accordée aux médecins généralistes par les pédiatres :

« qu'elles ... ont un ... présumé qui fait qu'un médecin généraliste ne peut pas suivre un enfant aussi bien qu'un pédiatre » E2

« en fait on ne se sent pas forcément légitime (...) on a un peu été formé comme ça, où le pédiatre suivait l'enfant et nous on est à peine là pour faire quelque chose pour l'examiner quand il a une angine ou une otite » « tu sens qu'ils t'attendent sur le moindre faux pas » E5, « est-ce que eux nous trouvent légitimes quoi ? » E10

Mais paradoxalement, ce lien était important et devait être encouragé :

« je pense que c'est important qu'elles soient meilleures » E5, « ce serait bien qu'il y ait un échange » E6, « En créant du lien, avec les courriers comme je fais, je vous adresse untel » E10

La forte demande n'expliquait pas ce manque de relations :

« Ils sont débordés, nous aussi » E8, « il y a du travail pour tout le monde » E9

Le sentiment que la pédiatrie se spécialisait de plus en plus revenait lors de plusieurs entretiens, et que le pédiatre aurait même de moins en moins sa place dans le suivi de l'enfant normal pour E11 et E1 :

« Pour moi la pédiatrie doit être une spécialité hospitalière, je ne vois pas trop l'intérêt en ville » E1, « Et puis l'absence de la spécialité pédiatrique en ville quoi, qui n'a plus son rôle surtout je pense » E11

Il semblait même encore d'actualité de redéfinir les rôles de chacun :

« savoir qui a quel rôle ça serait intéressant de le préciser » E6

Dans un désir de complémentarité, plusieurs médecins aimeraient idéalement fonctionner comme avec n'importe quel spécialiste et faire appel à eux s'ils se sentaient dépassés :

« je trouverais ça intéressant que le généraliste soit le référent de l'enfant et que le pédiatre, comme n'importe quel spécialiste » E6, « là j'utilise leur compétence pédiatrie générale » E8, « je leur fais un mot en disant que je suis coincé là-dessus et que je voudrais un avis de spécialiste, car c'est des spécialistes quand même » E10

Qu'il soit hospitalier ou ambulatoire , le réseau aidait à un suivi de qualité :

« le réseau est indispensable » E3, « aujourd'hui c'est vrai que je n'ai pas de difficultés car j'ai un réseau » E8

Par manque d'expérience, d'intérêt pour la pédiatrie, ou pour des raisons démographiques, il n'était pas toujours évident de bien s'entourer :

« Je n'ai pas trop de contact en pédiatrie libérale dont je peux me servir. » E2, , « mais bon il y en a de moins en moins aussi » E4.

Cela reflète donc bien la complexité des relations entre ces professions aux pratiques censées être identiques dans le suivi du nourrisson. Les rôles de chacun ne semblaient encore pas évidents à définir. Entretenir des relations confraternelles avec le milieu hospitalier demeurait le principal objectif. Et sans critiquer l'intérêt des relations entre professionnels libéraux, on ne percevait pas une forte envie que les choses changent, comme si pour l'instant cela suffisait.

IV. DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de comprendre le ressenti des médecins généralistes sur leur rôle dans le suivi du nourrisson, de 0 à 24 mois.

A. FORCES

Mon étude traite d'un sujet en rapport avec l'actualité médicale. La perspective d'une démographie médicale semblant confirmer la carence en pédiatres libéraux, la loi santé

de 2015 qui proposait un médecin traitant pour l'enfant et la réforme récente du DES de médecine générale voulant renforcer la formation en pédiatrie, orientent le suivi du nourrisson vers le médecin généraliste.

Il s'agissait d'une étude qualitative, prospective, menée à l'aide d'entretiens semi-directifs. Par rapport à une étude quantitative par questionnaires, cette méthode a permis d'explorer le ressenti des médecins.

Pour une compréhension en profondeur et exhaustive du phénomène étudié, la saturation des données a permis d'obtenir une version fidèle de la représentation des médecins généraliste sur leur rôle dans le suivi du nourrisson.

Les entretiens ont été menés par un même enquêteur formé à leur conduite. La modification du guide d'entretien a permis une analyse plus fine de la perception des médecins interrogés. Les médecins interrogés se sont montrés intéressés par cette étude et ont pris le temps de répondre aux questions posées. Ces entretiens ont duré en moyenne 32 minutes, des reformulations au cours de ceux-ci ont permis de s'assurer de la validité interne des données recueillies.

L'analyse des résultats par théorisation ancrée a permis, au contraire d'une analyse thématique, une analyse en profondeur du ressenti et des perceptions des médecins.

Pour permettre une représentation des expériences sans biais de sélection, nous avons obtenu un échantillon à variation maximale, comprenant des médecins de tout âge, de sexe, de mode et de lieu d'exercice, de formation et de pratiques différentes.

La triangulation des données par analyse de 2 chercheurs a permis d'augmenter la validité de cette étude.

Enfin, le peu d'études sur le sujet, traitant de la place du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson et des relations entre professionnels impliqués dans ce suivi, rend originale cette idée.

B. LIMITES

Les conditions d'entretiens n'ont pas toujours été les mêmes, à l'origine d'un biais dans le recueil des données. Le temps imparti était inégal entre les praticiens, certains, m'accueillant entre midi et 14h pour leur pause, ont dû écourter les entretiens par manque de temps.

Un médecin a refusé de participer par désintérêt pour la pédiatrie et son profil m'intéressait également pour ce travail, il aurait été intéressant d'avoir son avis.

Les relances lors des premiers entretiens laissaient parfois place à l'interprétation, influençant donc les réponses. Étant débutant dans la réalisation des entretiens, il a été difficile de laisser de côté mes prérequis et donc toute neutralité nécessaire à la réalisation d'une étude qualitative. Au cours de ma formation et de ma jeune expérience de remplaçant, j'ai pu me faire un avis sur le sujet. Ma perception d'un suivi spécifique et le peu de temps passé, au cours de ma formation pratique, à aborder les détails du neuro-développement, j'ai ressenti un manque de légitimité quant au suivi seul du nourrisson, en tant que médecin généraliste. Il en résulte un conflit d'intérêt, dont je

dois tenir compte dans les résultats. Pour compenser, j'ai tenté de garder une neutralité pour ne pas influencer les résultats.

Le peu d'études dans le domaine rendait difficile la comparaison des résultats avec la littérature et limite la validité externe de ce travail.

C. SYNTHÈSE ET COMPARAISON DES RESULTATS

1. L'enquête et la littérature

Lors de sa thèse d'exercice en 2015, E Cassol s'est intéressée au sujet en région Ile-de-France et Aquitaine, au travers d'une étude qualitative (19). Le suivi du nourrisson relevait indiscutablement de notre mission malgré une diversité des pratiques dans ce suivi. Seulement, la population étudiée était très urbaine, hormis 2 médecins d'une autre région exerçant en milieu rural, et aucun en semi-rural. Mon échantillonnage a permis une variation plus importante, notamment chez les médecins exerçant en semi-rural. Et tous les médecins interrogés de mon étude sont de la même région. En analysant son guide d'entretien, beaucoup de ses questions avaient un caractère fermé, ne permettant probablement pas aux médecins de s'exprimer librement sur les sujets abordés. Je me suis servi de cela pour établir, avec l'aide du Dr RIEU CLOTET Lucie, un guide d'entretien composé uniquement de questions ouvertes, respectant la méthodologie qualitative. Les thèmes abordés dans nos études respectives se ressemblent, mais j'ai cherché à analyser plus précisément les relations entre

professionnels impliqués dans ce suivi, notamment pédiatres et médecins généralistes, afin de préciser les rôles de chacun.

Beaucoup d'études, dont nous parlerons plus bas, ont cherché à connaître les déterminants du choix des parents entre un médecin généraliste et un pédiatre, il était donc intéressant de les confronter à nos résultats.

2. Le médecin de famille, légitime dans le suivi de l'enfant en bonne santé.

Le médecin généraliste est légitime dans le suivi de l'enfant en bonne santé. Le sentiment de compétence des médecins généralistes est fortement exprimé, se décrivant comme les médecins généralistes de l'enfant. Objectifs principaux du suivi, les rôles de prévention de dépistage et d'éducation sont l'apanage du médecin de famille. Par certaines réponses, « *cela fait partie intégrante du rôle du médecin généraliste* », on comprend que la place du généraliste dans ce suivi est cohérente.

Le médecin de famille est symbole d'une forte légitimité, « *globalité* », « *accessibilité* », « *abordable* », « *disponibilité* », autant d'adjectifs avancés par les médecins pour exprimer, appuyer et justifier leur légitimité dans ce suivi. Le statut de médecin de famille est un avantage, situant la profession au centre des soins primaires pédiatriques. Dans sa thèse d'exercice, Mme E. CASSOL concluait également que ce statut était un avantage en offrant un cadre connu ainsi qu'un climat familial de confiance (19).

Ce statut renforce le lien médecin-parents, indispensable au bon déroulé des consultations et à l'observance des consultations obligatoires. « *si les parents nous l'amènent c'est qu'ils ont confiance donc la légitimité c'est les parents qui nous la donnent* » : cette phrase reflète une réalité, les parents sont les principaux décideurs, parfois plus que le médecin lui-même. La légitimité est souvent donnée par les parents plus que par le médecin lui-même. Cela sous-entend également un biais de sélection : ceux qui ne nous font pas confiance ne viennent pas. Dans sa thèse d'exercice interrogeant 287 parents d'enfants de moins de 6 ans, Mme C. RASACHAK a montré que les deux déterminants principaux les motivant à choisir un médecin généraliste étaient leur compétence professionnelle et leur disponibilité (20). Dans le travail de Mme S. POITRASSON TRIGINATE , c'est la qualité de médecin de famille pour 66% des parents interrogés, et la relation de confiance pour 65% d'entre eux, qui les amènent à préférer le généraliste au pédiatre (21). Ces résultats issus de deux études distinctes rejoignent les perceptions des médecins interrogés dans mon étude quand ils étaient interrogés sur la place que leur donnaient les parents dans le suivi de leurs nourrissons.

Pour certains MG, ce rôle de médecin de famille, donc médecin de l'enfant, est vécu comme un sacerdoce. La liberté et le choix que revendiquent unanimement les médecins généralistes souffrent parfois d'un sentiment d'obligation à suivre un enfant, pour répondre à la demande de la famille et/ou pour pallier le manque de pédiatres. Il s'agit de la première étude faisant émerger ce sentiment. Il serait intéressant de l'explorer par une étude qualitative consacrée à ce sujet : quels suivis les MG réalisent-

ils par obligation déontologique plus que par choix ? comment réagissent-ils face aux multiples besoins de la population ?

3. Cas des nourrissons de moins de 6 mois.

Concernant le suivi du nourrisson de moins de 6 mois, les médecins généralistes sont plus partagés. Ce suivi est très spécifique, expliquant en partie les difficultés rencontrées par les MG. Il est « *vaste, chronophage et subjectif* ». La connaissance du développement psychomoteur normal de l'enfant n'est pas facile, d'autant plus que la pédiatrie évolue constamment. Symbole de cette spécificité, les consultations des nourrissons de moins de 6 mois sont redoutées par certains généralistes. Ils sont particulièrement fragiles dans cette tranche de vie et le manque de connaissances sur les détails du développement psychomoteur à cet âge complique le dépistage, se traduisant par une subjectivité clinique, plusieurs fois exprimée lors des entretiens. Cela imposait au médecin une expérience et une compétence supérieure, avec notamment des notions sur la puériculture concernant les enfants en bas âges peu abordées pendant la formation initiale. Les conséquences d'un retard diagnostique à cet âge amènent certains généralistes à penser que ce suivi-là est du ressort du spécialiste. Contredisant ce ressenti, une auto évaluation de 2013 étudiait le sentiment de compétence des professionnels dans le suivi programmé du nourrisson de moins de 6 mois, à l'aide de 9 items. Plus de la moitié des médecins généralistes se sentaient compétents dans 8 items sur 9. Cette étude a été menée sur le territoire de périnatalité des deux Savoie (22). Cet auto questionnaire s'intéressait à des connaissances

théoriques. Mon étude, plus axée sur le ressenti dans la pratique quotidienne, explique probablement ce constat plus nuancé.

4. Un rôle nécessitant formation et expérience.

Mais comment reconnaître le normal de l'anomalie ? Où se trouve donc la limite dans les rôles de chacun ? N'existe-t-il pas un risque que le MG ne dépiste pas l'anormalité ? Dans le développement des nourrissons, il existe potentiellement nombre de situations à la limite de la normale. Un des médecins a particulièrement insisté sur ces situations, le plus souvent non consensuelles, qu'il fallait gérer au « feeling », mais surtout par le plus pertinent des avantages : l'expérience. Preuve de l'importance de l'expérience, la majorité des médecins interrogés dans le travail de thèse de Mme D. NOVELLO n'étaient pas à l'aise avec des enfants en début de leur exercice. Cette étude s'intéressait à la compétence que ressentaient les internes en fin de DES de médecine générale dans le suivi du nourrisson (23).

Pour compenser, cela passait dans notre étude par la formation médicale continue : il y a les DPC, qui constituent pour les professionnels de santé une obligation, et les diplômes universitaires (DU, DIU) pour se sur-spécialiser. Les recherches personnelles sont également un réel atout pour le MG, et certaines études ont confirmé l'intérêt des modes d'apprentissages qui passent par une implication personnelle, bien plus efficaces que ceux qui reposent sur une écoute passive (6). Dans une réflexion plus globale sur « être médecin aujourd'hui » parue dans la revue de bioéthique médicale LAENNEC (24), se former est une nécessité reconnue par tous, précisant que « chacun

le gère à sa manière ». Un des médecins interrogés a justement évoqué l'importance de connaître le développement de l'enfant normal, obligeant un investissement personnel et professionnel initial fort. Il faut suivre, pour ce médecin, suffisamment de nourrissons dans sa patientèle pour prétendre à un suivi de qualité. Ce constat semble en accord et adapté pour pallier les difficultés rencontrées par les MG dans leur pratique.

La formation initiale des médecins généralistes évolue, permettant aux prochains médecins formés d'améliorer leurs compétences dans le suivi du nourrisson. Les apprentissages étaient jusque-là exclusivement hospitaliers, peu adaptés à la pratique de la médecine générale et aux soins de premiers recours. Depuis plusieurs années, la formation initiale est plus complète avec un passage obligatoire en pédiatrie, parfois couplé à la gynécologie. Elle est de plus en plus orientée vers le libéral ou l'ambulatoire, apportant la cohérence nécessaire dans la transition entre le statut d'interne et de médecin. Appliquée depuis novembre 2017, la réforme du DES de médecine générale impose dans la mesure du possible un stage de 6 mois sur « la santé de l'enfant », de préférence réalisé en ambulatoire (25). Cela renforce nos compétences en pédiatrie et semble avoir été adapté au contexte démographique actuel. Les internes concernés n'ont pas encore terminé leurs études. Il serait intéressant de refaire ce travail avec les médecins généralistes ayant bénéficié de la réforme du DES de 2017 : leur ressenti sera-t-il le même que pour leurs prédécesseurs ?

Cette compétence du médecin généraliste n'est pas reconnue par tous les pédiatres.

En 2014, dans leur livre intitulé « pédiatrie ambulatoire », les Dr Desvignes et Dr Martin-

Lebrun estimaient que la formation en pédiatrie des médecins généralistes européens, à la fois dans son contenu et dans sa durée (4 à 7 mois), apparaissait souvent insuffisante (26). Il semblerait même indispensable d'élaborer une formation spécifique, reconnue par l'ensemble des pays européens et sous supervision pédiatrique, définissant un niveau minimal de formation pédiatrique pour les médecins de famille.

Même s'il reste adapté à chaque nourrisson, le suivi est très organisé et standardisé, favorisant ainsi son appropriation par chaque MG. Les recommandations sont suivies au travers des consultations obligatoires et du calendrier vaccinal lors des 2 premières années de vie. Cette organisation, respectée par tous, permet un suivi très systématisé. Le carnet de santé est au centre du recueil des données et est une aide pour le médecin, tout comme internet ou certains logiciels médicaux. L'examen du nourrisson demande à certains médecins de s'équiper d'un matériel spécifique, qu'ils jugent important pour un suivi complet. Ce côté standardisé et organisé permettrait donc au médecin généraliste de répondre à la spécificité de ce suivi. E. Cassol était en désaccord ; ses résultats retrouvaient une hétérogénéité dans le rythme du suivi obligatoire. Avec l'obligation vaccinale récente, nous pouvons logiquement insinuer que cela a positivement impacté l'observance, à la fois des parents et des médecins (19).

5. Le suivi de l'enfant jugé à risque.

Concernant le suivi de l'enfant jugé à risque (prématurité et pathologie chroniques par exemple), les médecins ayant fait le choix de s'impliquer dans ce suivi estiment devoir

se remettre à niveau. Ceci concernait également certains domaines, comme la puériculture des 6 premiers mois (ensemble des pratiques et des savoirs se rattachant au fait de soigner des enfants en bas âge).

Dans le travail de thèse de A. Lottin et B. Etienne sur le suivi médical des nourrissons de 0 à 6 mois dans le réseau périnatal des deux Savoie, les médecins généralistes s'estimaient compétents dans le suivi des nourrissons à bas risques et reconnaissaient leurs limites pour les nourrissons à haut risques et les actes de dépistage (27). Face à cette autocritique sur les limites du MG dans les suivis difficiles, le double suivi était plébiscité, intégrant le pédiatre dans le parcours de soins primaires du nourrisson au titre de spécialiste.

Le rapport de 2006 du Pr Danièle Sommelet, traitant de « l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent », concluait à un constat identique. Il indiquait que les médecins généralistes se trouvaient compétents pour les situations jugées banales, pouvaient assurer le dépistage mais avaient des difficultés sur certains suivis plus complexes (28). Ce rapport évoquait surtout une hétérogénéité des acteurs dans la prise en charge de la pédiatrie en France, et une formation insuffisante.

Dans leurs thèses d'exercices, E. Cassol et C. Rasachak affirmaient que les médecins généralistes se trouvaient compétents dans le suivi, sauf pour celui des enfants à risque, et notamment les prématurés (19,20).

MG et pédiatre devraient ainsi pouvoir travailler conjointement, les uns prenant en charge les enfants en bonne santé, les autres les suivis plus compliqués. Pourtant la collaboration entre ces 2 spécialités reste inexistante.

6. Des relations complexes avec la pédiatrie ambulatoire, reflet d'une pratique jugée identique.

Les relations avec les pédiatres libéraux sont faibles. On retrouvait déjà cette position dans une étude ethnographique de 2008, où les pédiatres ne sont pas cités comme partenaires de la part des généralistes. Cette étude démontre plus globalement qu'aucun professionnel n'a de vision transversale du malade du fait de la méconnaissance du travail des autres et des cloisonnements symboliques entre groupes professionnels (29).

Dans un travail réalisé par le Pr Druais, à la demande de la ministre Marisol Touraine en mars 2015, sur la place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé, plusieurs organisations syndicales ont été auditionnées. Le collège national des médecins généralistes (CNGE) présidé par le Pr Renard regrettait le manque de coordination entre la pédiatrie et la médecine générale dans le soin primaire. Il fallait redéfinir les missions des différentes spécialités et préciser quelles sont les spécialités utiles en contexte ambulatoire (14). Ce ressenti est plusieurs fois exprimé dans les entretiens de mon étude, questionnant le rôle de chacun dans le suivi ambulatoire du nourrisson en bonne santé. La pédiatrie représentait pour ces médecins une spécialité à vocation hospitalière, devenue en partie accessoire en ville pour ce qui est du soin primaire, incluant le suivi du nourrisson. Cet avis est principalement exprimé par les médecins pratiquant en rural dans des zones d'exercices pauvres en pédiatres, ou dans les zones à fort taux de précarité. Leur sentiment d'une compétence identique aux pédiatres dans la prise en charge primaire du nourrisson semble donc lié au service qu'ils rendent aux parents dans ces zones-là.

Il ressortait de notre analyse l'impression d'une pratique identique aux pédiatres, et d'une hyperspécialisation de la pédiatrie, plutôt à vocation hospitalière. Dans sa réflexion pour le Pr Druais, le CNGE observait qu'une majeure partie de la filière de formation pédiatrique relevait de surspécialisations, peu adaptée au soin primaire. Et l'absence de coordination avec la médecine générale, sur le plan universitaire et professionnel, était également signalée (14).

Le rapport entre pédiatres et généralistes n'est pas concurrentiel, même si ce sujet est timidement évoqué dans un entretien. Et même si les médecins interrogés jugeaient importantes les relations avec la pédiatrie de ville, en pratique il n'existe pas ou peu de complémentarité, pourtant nécessaire à un suivi de qualité.

Pour expliquer cette ambivalence, il pourrait exister de la méfiance de la part des pédiatres, nous jugeant peu légitimes dans ce suivi. Dans la 1^{ère} édition du livre « Pédiatrie ambulatoire » paru en 2014, malgré l'influence grandissante des médecins généralistes en pédiatrie ambulatoire, les auteurs affirmaient que de nombreuses études avaient démontré l'intérêt pour les enfants d'être pris en charge par les pédiatres dès les premiers niveaux de soins (26). Renforçant cette impression de méfiance, on peut retrouver son expression dans la charte de pédiatrie ambulatoire élaborée par la SEPA : « *tous les enfants et adolescents, sans distinction d'ethnie, sexe, religion, nationalité, classe sociale ou handicap physique et mental, ont droit d'être pris en charge, en soins primaires, par des médecins, idéalement spécialistes en pédiatrie, compétents* » (30).

La démographie médicale joue un rôle important dans ce clivage entre libéraux. Les derniers relevés démographiques, ainsi que les prévisions confortent ce point de vue.

Rappelons que selon les projections de la DREES, le nombre de spécialistes en 2030 serait de 2,7% inférieur à 2006, alors qu'il y aurait autant de médecins généralistes. Et La proportion de médecins ayant une activité libérale ou mixte diminuerait, passant de 35,6 à 28,5%, toutes spécialités confondues, la pédiatrie incluse (10).

Dans sa thèse qualitative sur les relations entre pédiatres et médecins généralistes dans l'Aveyron, Mme C.ROUQUIER affirmait également que les relations sont faibles.

Mais les pédiatres interrogés semblaient se placer en second recours, s'appelant « spécialistes du développement », soutenant l'intérêt d'un suivi alterné. Il semblait donc exister un possible terrain d'entente, encore inconnu à cause de l'absence de relation (31). Replaçant de la même façon le pédiatre en tant que spécialiste, dans la thèse de A LOTTIN et B ETIENNE, une gradation des soins des nourrissons pourrait être un axe de réflexion et permettre aux pédiatres d'être plus disponibles pour la prise en charge, programmée ou non, des nourrissons vulnérables (27).

Dans un souci de trouver une juste place à la pédiatrie libérale, entre la médecine générale et la pédiatrie hospitalière, des propositions sont émises lors des différents entretiens pour renforcer les liens :

- Le carnet de santé, trop peu utilisé, pourrait servir de vecteur.
- Le rôle du pédiatre est d'être le spécialiste de l'enfant pour beaucoup de médecins interrogés, afin d'encourager cette répartition des rôles il faudrait, comme avec tout spécialiste, orienter les nourrissons en cas de besoin, à l'aide d'un courrier.
- Un médecin, impliqué dans le suivi, encourageait ses confrères à s'adapter et anticiper l'avenir. Outre se remettre à niveau, il évoquait le travail en réseau, au

sein par exemple de structures pluri-professionnelles, pouvant intégrer un pédiatre. Cette pluridisciplinarité est actuellement mise en avant par les pouvoirs publics. En Mai 2019, le plan ministériel « Ma santé 2022 » présenté par le Ministère de la santé encourageait à l'exercice coordonné des professionnels pour renforcer l'attractivité de l'exercice en cabinet de ville

7. La PMI, le grand oublié.

Des médecins proposaient de placer la formation en PMI au centre de ce changement, ils ont loué les qualités de leur prise en charge.

Leur rôle, pourtant important, semble être occulté quand on parle du suivi du nourrisson. Ceci peut être expliqué par mon guide d'entretien, évoquant à plusieurs reprises le pédiatre, et seulement une fois le médecin de PMI. Le manque d'information sur les centres de PMI au cours de la formation initiale peut être une explication. Cela devrait être atténué dans les années à venir avec la mise en place de stage en PMI.

Mais cela reflète probablement que les généralistes ne pensent pas au médecin de PMI dans le cadre du suivi du nourrisson, il serait intéressant d'aborder cette question : les MG collaborent-ils avec la PMI dans le suivi des nourrissons ? Enfin, le nombre en baisse de médecins de PMI (32) et la tendance au recentrage de leurs missions uniquement sur des familles défavorisées les a peut-être exclus du système de soins qu'elles fréquentent puisqu'il est ouvert à tous et pour tous. Ce constat, tiré d'une réflexion de Marie Laure Cadart (membre du syndicat des médecins de PMI), permet d'expliquer en partie cette faible collaboration sur le terrain (33). En pratique, il est

fréquent d'associer le recours à la PMI à un contexte social défavorisé, il semble donc important de se remettre en question sur ce sujet.

Annoncé en janvier 2019 par la Ministre de la solidarité et de la santé, refonder la PMI est une priorité du quinquennat du président de la république dans un objectif plus global de mettre l'accent sur les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant. Confié à Michel Peyron, le rapport sur l'état des lieux de la PMI apporte une explication à cette indifférence qui ressort de mon étude. Partie d'un ancrage territorial fort, la PMI souffre aujourd'hui d'un repli et d'un manque de coopération avec les autres professionnels de santé du territoire. A partir de 2020 et jusqu'en 2022, un partenariat entre le gouvernement et la PMI permettra de redéfinir leurs missions et d'adapter les besoins de chaque territoire (34).

8. Des médecins généralistes ambivalents sur la réforme.

Peu utilisée en pratique, cette réforme, jugée « *administrative* » par les médecins de cette étude, n'a semble-t-il pas convaincu sur le terrain. Son caractère non obligatoire pour l'enfant intéresse peu les médecins généralistes. Pour eux, elle semble peu adaptée au suivi du nourrisson. Le rôle du médecin traitant étant principalement un travail de centralisation des informations concernant le patient (hospitalisations, courriers de spécialistes ...), cela paraît plus cohérent d'attendre quelques années de vie, et que l'enfant ne soit suivi que par un professionnel. Certains parlent même d'une dérive syndicale et d'une course au MT, alors que son intérêt financier est dérisoire. En

plus de l'incompréhension entourant cette loi, il est même perçu une certaine indifférence quand on aborde l'aspect légal de leur profession.

Les médecins ressentent un mieux sur le nomadisme médical et l'observance de la population dans les zones rurales, ce qui n'est paradoxalement pas partagé par les médecins en zone urbaine où le vagabondage est moins fréquent. Alors que l'offre médicale est logiquement plus importante en urbain, ce ressenti est étonnant. Il peut être expliqué par la plus grande disponibilité des MG en ville qu'en campagne, ceux-ci subissant une moins forte pression géographique et démographique.

Pour les médecins les plus investis dans ce suivi, cette réforme conforte et renforce le rôle du médecin généraliste en tant que référent, intégrant de façon plus formelle une grande partie de la patientèle de certains. Le positionnement de MG France sur le sujet, avant cette réforme, allait dans ce sens (16). La convention médicale de 2016 a introduit une ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) dédiée aux médecins traitant des patients de moins de 16 ans. La caisse d'assurance maladie retrouve depuis une amélioration de la vaccination (16). La part des patients de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR est par exemple passé de 75,7% à 78,1% (+ 2,4 points), celle ayant reçu une dose de vaccin anti-méningocoque C a pris + 5,2 points. Dans la lutte contre l'antibiorésistance, la part des patients de moins de 4 ans traités par antibiotiques auxquels ont été prescrites des C3G est passée de 34 à 27%. Ces améliorations ont pu être favorisées par d'autres mesures contemporaines : la mise en place de l'obligation vaccinale et les campagnes d'information et formations continues au sujet de l'antibiorésistance.

Quand le sujet a été abordé, s'il doit y avoir un référent dans ce suivi, celui-ci devait être le généraliste. Le pédiatre n'intervenant que dans l'enfance, autant que le généraliste puisse centraliser les informations le plus tôt possible. Avis non partagé par les pédiatres, chez qui le mécontentement sur cette réforme de la Loi santé ne diminue pas (35). Les pédiatres se plaignent, au contraire des médecins généralistes, d'être peu souvent déclarés médecin traitant de l'enfant, reprochant même aux généralistes de profiter de leur statut de médecin de famille : « dans certains cas, le médecin généraliste qui soigne le reste de la famille se déclare directement médecin traitant de l'enfant » regrette le Dr Virey. Tendance confirmée par les chiffres car rappelons qu'au 30 juin 2018, sur les 2,2 millions d'enfants déclarés, il s'agissait dans 88% des cas d'un médecin généraliste (7).

V. CONCLUSION

L'influence grandissante des médecins généralistes en pédiatrie, et dans le suivi du nourrisson, est réelle. Dans le Languedoc Roussillon, leur ressenti sur leur rôle est globalement positif.

L'intégrer dans leur pratique est un choix du médecin, ce choix revient d'abord aux parents de leur confier leur enfant. Le médecin généraliste est légitime, comme médecin de famille mais il présente des limites, qu'il peut et doit compenser. Cette autocritique vient du constat de la spécificité de ce suivi, parfois même trop spécialisé

au vu de la formation initiale. Heureusement, son caractère standardisé et organisé permet d'y répondre.

La réforme est peu convaincante, et souffre de l'étiquette d'être trop administrative. Elle présente de faibles avantages pratiques et semble peu adaptée pour le nourrisson.

Les faibles relations entre pédiatres et médecins généralistes sont le reflet d'une pratique identique, la médecine générale de l'enfant, et d'une hyperspécialisation de la pédiatrie, majoritairement hospitalière.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. 2018-1203 déc 22, 2018.
2. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. AMELI. 2019 [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>
3. MG France. La CNAM impose de nouvelles cotations pour les examens des jeunes enfants [Internet]. 2019 [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/2290-nouvelles-cotations-pour-les-examens-obligatoires-des-jeunes-enfants>
4. Olivier Buhart JD. Certificats de santé obligatoires de l'enfant (8ème jour, 9ème mois, 24ème mois). [Certifmed] [Internet]. 2018 [cité 7 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.certifmed.fr/certificat-all-54-i.html>
5. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JHH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*. mai 2002;109(5):788-96.
6. Desvignes V, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire - 2e édition. Doin; 2019. 685 p.
7. Carriau P, Fize C. La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018. Dossier de presse de l'assurance maladie. 2018;21.
8. Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. *Bull Académie Natl Médecine*. juin 2013;197(6):1143-52.
9. Association française de pédiatrie ambulatoire. Dossier de presse de l'afpa [Internet]. Disponible sur: https://afpa.org/content/uploads/2017/06/DP_2017-06.pdf
10. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *J Pédiatrie Puériculture*. juill 2009;22(4-5):245-53.
11. Parent M. Suivi pédiatrique en médecine générale: attentes et ressenti des parents d'enfants de 0 à 6 ans : région Nord Pas de Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
12. Francione R, Bissonier C, Boetsch D, Matuszweski C, Chapdelaine P. La démographie médicale en région Languedoc Roussillon. 2015;69.
13. Hameury-Bonnaud S. Attentes des parents au cours des consultations de suivi du nourrisson de 0 à 24 mois chez le médecin généraliste: Enquête qualitative par des entretiens semi-dirigés de parents vivant dans les Yvelines [Thèse d'exercice]. [France]: Université de

Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.

14. Druais Pierre Louis. Rapport Druais. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. 2015 mars p. 26.
15. La loi de santé [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>
16. France SPM. Médecin traitant de l'enfant et ROSP Enfant [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/politique-de-sante/1566-medecin-traitant-de-l-enfant-et-rosp-enfant>
17. Le médecin traitant pour les enfants fâche les pédiatres [Internet]. 2014 [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/06/19/22501-medecin-traitant-pour-enfants-fache-pediatres>
18. Chi DC. 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. :42.
19. Cassol É. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois: étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine. :83.
20. Rasachak, céline Kanda. La place du médecin généraliste dans le suivi des enfants prématurés en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard, Lyon 1; 2016.
21. Poitrasson-Tigrinate S. Déterminants qui conduisent les parents à choisir entre médecin généraliste et pédiatre pour le suivi régulier de leur nourrisson normal gardé en crèche: Etat des lieux et évolution à prévoir [Thèse d'exercice]. [1970-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine; 2009.
22. Travaux dans le réseau - RP2S [Internet]. Réseau Périnatal des 2 Savoie. [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.rp2s.fr/presentation/qui-sommes-nous/travaux-dans-le-reseau/>
23. Novello D. Auto évaluation et compétence ressentie des internes de médecine générale en fin de DES [Etude descriptive transversale à partir de 169 questionnaires]. 2015.
24. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D. Être médecin généraliste aujourd'hui. Laennec. 2010; Tome 58(3):28-43.
25. Journal officiel de la république française. Arrêté du 21 avril 2017 : réforme du troisième cycle des études de médecine. avr 28, 2017.
26. Desvignes V, Martin-Lebrun E. Pédiatrie ambulatoire. Doin; 2014. 466 p.
27. Lottin A, Etienne B. Le suivi médical des nourrissons de 0 à 6 mois dans le réseau périnatal des deux Savoie: situation actuelle, avis des usagers et des professionnels [Thèse

d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.

28. Sommelet PD. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. :950.
29. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels. Rev Dépidémiologie Santé Publique. 1 juill 2008;56.
30. Société Européenne de Pédiatrie Ambulatoire. Charte européenne des droits de l'enfant et de l'adolescent en matière de pédiatrie ambulatoire.
31. Rouquier C. Etude qualitative des relations entre les médecins généralistes et les pédiatres dans trois bassins de santé aveyronnais [Thèse d'exercice]. [Université de Toulouse]; 2014.
32. Médecin de PMI : le garant de la protection de l'enfance [Internet]. Remede.org. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/medecin-de-pmi-le-garant-de-la-protection-de-l-enfance.html>
33. Cadart M-L. L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui. Inf Soc. 2007;n° 140(4):52-63.
34. Ministère de la santé. Refonder la PMI [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/refonder-la-pmi>
35. Effets de la convention, médecin traitant de l'enfant : pour les pédiatres libéraux, le compte n'y est pas. [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/effets-de-la-convention-medecin-traitant-de-lenfant-plan-macron-pour-les-pediatres-liberaux-le>

ANNEXES

[Annexe 1](#) : Guide d'entretien

PARTI I : Descriptive

Sexe

Age

Nombre d'années de pratique et d'installation

Nombre d'enfants

Lieu d'exercice : rural / semi rural / urbain

Formation initiale :

Stage en pédiatrie

DU DIU / formations complémentaires

Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle

PARTI II : L'entretien

1 : Dans votre travail, quel intérêt donnez-vous au suivi du nourrisson ?

Quelle place occupe ce suivi dans votre pratique habituelle ?

2 : Selon vous, parmi tous les acteurs pouvant intervenir (pédiatres, médecins de PMI ...), quel est le rôle du médecin généraliste dans ce suivi ?

Quelle place occupe notre profession dans ce suivi ?

3. Toujours selon votre expérience, quel est le rôle que les parents semblent nous donner dans le suivi de leurs nourrissons ?

4. A quelles difficultés êtes-vous confrontés lors des consultations de suivi du nourrisson ?

5. Comment organisez-vous ce suivi de 0 à 24 mois ? Quels en sont pour vous les grands objectifs et de quelles façons les aborder vous ?

6. Que pensez-vous de la Loi santé de 2015 de Marisol Touraine, statuant que l'enfant, et donc le nourrisson, doit avoir un médecin traitant ?

Que connaissez-vous de cette Loi et quelle en est l'application dans votre pratique ?

7. En quoi cette réforme a changé votre pratique ?

Pensez-vous qu'elle peut apporter quelque chose au suivi du nourrisson ?

8. Quelles situations vous amènent à faire appel à un pédiatre libéral dans le suivi du nourrisson ?

9 : Comment jugez-vous votre relation avec les pédiatres libéraux ?

Et par extrapolation, la relation de la médecine générale avec la pédiatrie libérale ?

Pensez-vous qu'il y a une relation d'entraide ? de concurrence ? aucune relation ?

10. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

LISTE DES ABREVIATIONS

HAS : Hautes Autorités de santé

PMI : Protection maternelle infantile

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

MG : Médecin généraliste

DES : Diplôme d'étude supérieure

DPC : Développement professionnel continu

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

CNGE : Collège national des médecins généralistes

CNG : Collège de médecine générale

SEPA : Société européenne de pédiatrie ambulatoire

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

MT : Médecin traitant

ROSP : Rémunérations sur objectifs de santé publique

ROR : Rougeole Oreillons Rubéole

C3G : Céphalosporine de 3^{ème} génération

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Contexte : Le suivi du nourrisson (0 – 24 mois) est coordonné autour de 13 examens obligatoires qui ont pour objectifs principaux la surveillance de l'enfant, le dépistage précoce des anomalies et la pratique des vaccinations obligatoires. La modernisation du système de santé en 2015, la démographie médicale et l'amélioration de la formation initiale en pédiatrie des médecins généralistes semblent accentuer l'importance de leur rôle dans le soin primaire pédiatrique.

Objectif : Explorer le ressenti des médecins du Languedoc Roussillon concernant leur rôle dans le suivi du nourrisson.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 12 médecins généralistes en activité, faisant ou non du suivi pédiatrique. L'échantillonnage a permis une variation maximale. Une analyse phénoménologique par théorisation ancrée a été faite avec saturation des données et triangulation des chercheurs.

Résultats : Le suivi du nourrisson est un choix engageant un investissement personnel pour se mettre au niveau d'un suivi spécifique. Les médecins généralistes, ou médecin de famille, perçoivent leur rôle comme central et légitime même s'il reste parfois un sacerdoce. L'organisation standardisée, rassurante, de ce suivi n'empêche pas une approche critique de leurs limites, surtout chez l'enfant à risque. Les relations entre libéraux sont faibles et sont le reflet d'une pratique souvent jugée identique. Malgré quelques faibles avantages, la possibilité de se déclarer en médecin traitant ne semble pas assez pertinente.

Conclusion : Cette étude parle de la place du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson. Elle expose leurs limites dans certains domaines, et leurs attentes dans les relations avec les autres acteurs impliqués dans ce suivi.

Mots clés : Suivi du nourrisson, médecin généraliste, Languedoc Roussillon, pédiatrie, ressenti.