



HAL
open science

Évaluation des freins, des motivations et des attentes des médecins généralistes de l'agglomération montpelliéraine à devenir partenaire d'un dispositif de coordination et d'orientation concernant les troubles du neuro développement

Fanny Charnaux

► To cite this version:

Fanny Charnaux. Évaluation des freins, des motivations et des attentes des médecins généralistes de l'agglomération montpelliéraine à devenir partenaire d'un dispositif de coordination et d'orientation concernant les troubles du neuro développement. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03218556

HAL Id: dumas-03218556

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03218556>

Submitted on 5 May 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Fanny CHARNAUX

Le 12 mars 2021

Evaluation des freins, des motivations et des attentes des médecins généralistes de l'agglomération montpelliéraine à devenir partenaire d'un dispositif de coordination et d'orientation concernant les troubles du neuro développement.

Directrice de thèse : Dr Caroline ROUQUETTE-RAMOND

JURY :

Présidente :

- Pr Diane Purper-Ouakil, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Assesseurs :

- Pr Amaria BAGHDADLI, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Dr Béatrice LOGNOS-FOLCO, Maitre de Conférence des Universités, Médecine générale
- Dr Caroline ROUQUETTE-RAMOND, Praticien libéral, Pédiatrie

Membre invité :

- Dr Vincent HENRY, Praticien hospitalier, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Fanny CHARNAUX

Le 12 mars 2021

Evaluation des freins, des motivations et des attentes des médecins généralistes de l'agglomération montpelliéraine à devenir partenaire d'un dispositif de coordination et d'orientation concernant les troubles du neuro développement.

Directrice de thèse : Dr Caroline ROUQUETTE-RAMOND

JURY :

Présidente :

- Pr Diane Purper-Ouakil, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Asseseurs :

- Pr Amaria BAGHDADLI, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Dr Béatrice LOGNOS-FOLCO, Maitre de Conférence des Universités, Médecine générale
- Dr Caroline ROUQUETTE-RAMOND, Praticien libéral, Pédiatrie

Membre invité :

- Dr Vincent HENRY, Praticien hospitalier, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 – 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DEMAILLE Jacques	MAGNAN DE BORNIER Bernard
ALRIC Robert	DESCOMPS Bernard	MARY Henri
ARNAUD Bernard	DIMEGLIO Alain	MATHIEU-DAUDE Pierre
ASTRUC Jacques	DUBOIS Jean Bernard	MEYNADIER Jean
AUSSILLOUX Charles	DUJOLS Pierre	MICHEL François-Bernard
AVEROUS Michel	DUMAS Robert	MION Charles
AYRAL Guy	DUMAZER Romain	MION Henri
BAILLAT Xavier	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
BALDET Pierre	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BALDY-MOULINIER Michel	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALMES Jean-Louis	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALMES Pierre	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BANSARD Nicole	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BAYLET René	GUILHOU Jean-Jacques	PELISSIER Jacques
BILLIARD Michel	HERTAULT Jean	POUGET Régis

BLARD Jean-Marie	HUMEAU Claude	PUJOL Henri
BLAYAC Jean Pierre	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLOTMAN Francis	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BONNEL François	JANBON François	RIEU Daniel
BOURGEOIS Jean-Marie	JARRY Daniel	ROCHEFORT Henri
BRUEL Jean Michel	JOURDAN Jacques	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
BUREAU Jean-Paul	LAFFARGUE François	SAINT AUBERT Bernard
BRUNEL Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SANCHO-GARNIER Hélène
CALLIS Albert	LAMARQUE Jean-Louis	SANY Jacques
CANAUD Bernard	LAPEYRIE Henri	SEGNARBIEUX François
CHAPTAL Paul-André	LE QUELLEC Alain	SENAC Jean-Paul
CIURANA Albert-Jean	LESBROS Daniel	SERRE Arlette
CLOT Jacques	LOPEZ François Michel	SOLASSOL Claude
COSTA Pierre	LORIOT Jean	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	LOUBATIERES Marie Madeleine	Pierre VIDAL Jacques
		VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	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 Robert	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

CHAMMAS Michel – Chirurgie orthopédique et traumatologie

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

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 - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

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

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine
générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

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

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 ; addctologie

PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

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

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 Eric - 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 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 – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

COULET Bernard – Chirurgie orthopédique et traumatologie

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et réadaptation

FELSER Pierre - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

GENEVIEVE David - Génétique

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie

MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie

MOREL Jacques - Rhumatologie

MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale

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-Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle-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

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

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

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-Urgences et Post urgences psychiatriques -

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-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-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 - Neurologie

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

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

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-Physiologie

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-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – 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

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ 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

GARCI Marc

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

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

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

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 Moléculaire

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-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

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 – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

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

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BARATEAU Lucie - Physiologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

DAIEN Claire-Rhumatologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

GOULABCHAND Radjiv - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;

Addictologie

LATTUCA Benoit - Cardiologie

MIOT Stéphanie - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;

addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

REMERCIEMENTS

Au **Pr Diane Purper-Ouakil**, pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury. Merci de m'avoir fait confiance pour mener à bien cette thèse et d'avoir pris de votre temps pour m'aider au fur et à mesure de sa conception.

Au **Pr Amaria Baghdadli**, d'avoir accepté de participer à mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

Au **Dr Béatrice Lognos-Folco**, d'avoir accepté de participer à mon jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.

Au **Dr Vincent Henry**, d'avoir accepté de participer à mon jury, pour l'intérêt porté à ma thèse et pour toute l'aide précieuse apportée tout au long de son élaboration.

Au **Dr Caroline Rouquette-Ramond**, pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, pour tous ces moments passés à tes côtés à m'apprendre que la pédiatrie n'est pas qu'un savoir mais un savoir-faire, pour ton soutien dans la voie plus compliquée mais tellement intéressante que j'ai choisie, pour nos questionnements sans fin, pour avoir été le mentor dont j'avais besoin.

Merci encore à tous les médecins qui ont accepté de prendre un peu de leur temps précieux pour s'entretenir avec moi, pour ces échanges intéressants et sans lesquels il n'y aurait simplement pas de thèse.

Au **Dr Agnès Oude-Engberink**, pour avoir pris le temps de me relire et m'aider dans l'élaboration de mon guide d'entretien.

A **Mme Jacqueline Meyer et M. Laurent Raffier**, pour les précieux renseignements.

Aux différents médecins qui m'ont accompagnée durant ces trois années d'internat.
Mention spéciale à **l'équipe des urgences du CH de Narbonne** pour ce baptême du feu qu'est le premier semestre, aux **Dr Schuldiner** du service d'Endocrinologie du Grau du Roi, **Dr Blanc et Dr Ladet-Pilossof** des urgences pédiatriques du CHU Lapeyronie, **Dr Rivière et Dr Parvillez** de la PMI, **Dr Bénézis** du cabinet de Manguio et **Dr Maestracci et Dr Moutou** de St Roch pour votre bienveillance, vos enseignements et vos encouragements à poursuivre ma voie.

A **Nath**, formidable aide-soignante, dont la bonne humeur n'égale que son grand cœur : bébé docteur est devenu grand.

Aux **puéricultrices de la PMI** Cœur de ville, particulièrement Anne et Hélène pour leur accueil et leur expérience et Charlotte pour sa gentillesse.

Au **Dr Baptiste Beaulieu**, pour être une source d'inspiration et un modèle au quotidien.

A **tous les patients** que j'ai pu croiser durant ce long parcours qui, chacun, m'ont apporté, m'ont fait progresser et m'ont confortée dans la voie que j'ai choisie.

« Tu vas te balader en médecine ! » - Dr Racloz

Ce ne fut pas une longue balade tranquille, le parcours fut semé de doutes et d'embûches, ainsi je souhaite remercier tous ceux qui ont contribué à l'embellir, à le remplir de joie et à me permettre d'en arriver au bout.

A **mes parents, Murielle et Pascal**, pour votre parcours de vie atypique, courageux et hédoniste qui m'a fait découvrir les beautés de la vie, m'a tant appris et qui continue de m'inspirer tous les jours ; pour votre présence et pour votre soutien sous tous ses aspects qui m'ont permis de réussir et sans lesquels rien ne serait arrivé.

A **Mina**, pour ton soutien indéfectible pendant ces neuf longues années d'étude, pour ton ouverture d'esprit, ton envie de découvrir et ta présence essentielle depuis toujours.

Ma chère famille, je vous aime

A **toute ma grande famille**, petits et grands, que j'ai le bonheur de côtoyer.

Pour tous les bons moments passés avec vous et tous ceux à venir.

Et à celles qui nous ont quitté.

Aux meilleures amies qui soient, **Jess et Oriane**, pour votre présence à mes côtés depuis toutes ces années, pour le meilleur et pour le pire, pour votre amitié sans failles. Vous savez tout le bien que je pense de vous et à quel point vous comptez.

Aux potos de Grenoble : Giulia, Romain, Aude, Baptiste, Claire, Marie, Amandine, Manu, Lauriane, Marion, Geoffrey, Astrid, Guillaume, Cédric, Axelle, Justine, Pétra, Adrien, Alizée,

pour avoir été là tout au long du parcours et depuis le début, pour les périodes moins faciles comme pour toutes les rigolades et pour tout ce qu'il nous reste à venir.

Aux amis de longue date, votre amitié m'est précieuse.

Léo, pour toutes ces années partagées et notre goût de la montagne,

Cyndel, pour cette belle amitié de 12 ans (!), que rien n'entache, pas même la distance,

Pauline, pour tous ces merveilleux moments passés à tes côtés qui ont embelli mes années lycée,

Gaëtan, pour tous ces bons moments partagés et ton sourire ensoleillé,

Justine, pour nos passions musicales, nos discussions sur tout et ta présence si importante pendant mon externat.

Aux belles rencontres grenobloises :

Aymeric, pour nos footings, CE voyage et nos confidences, tu es un ami précieux,

Maeva, pour notre amour de la musique et plus généralement des plaisirs de la vie,

Gabriel, pour nos désaccords et pourtant notre entente que j'apprécie tant,

Alix, pour notre goût du cinéma et tout ce que tu m'as apporté depuis le début,

Céline, Valentin, pour nos discussions à n'en plus finir et la passion de la montagne,

Théo, pour avoir sauvé ce trimestre de chirurgie orthopédique et l'avoir empli de rires,

Aude, Eric, Luis, Gaspard, Manon, Maxence,

qui ont permis d'embellir mes six premières années d'étude et continuent de compter.

Et à **ceux qui ont croisé ma route plus tard**, pendant l'internat : Olivier, Antoine & Amélie, Anne-Claire & Maxime et Antoine.

A mon équipe favorite des urgences narbonnaises : Alice, Caro, Estelle, Ninon et

Lola, pour votre présence enthousiasmante pendant ces trois années d'internat, à

toutes nos sorties et nos discussions qui ont été d'un grand soutien.

A ma plus belle équipe de co-internes : Sophie, Marine et Marie, pour tous ces moments mémorables partagés qui ont rendu ce semestre inoubliable et votre présence par la suite qui compte beaucoup.

Et à **Mathilde**, la meilleure assistante devenue amie, d'une bienveillance et d'une gentillesse inégalées.

Table des matières

I) INTRODUCTION	24
1. LES TROUBLES DU NEURO DEVELOPPEMENT : PRESENTATION	24
2. LES RECOURS AUX SOINS POUR LES TND (15)	25
a. <i>De première ligne</i>	26
b. <i>De deuxième ligne</i>	26
c. <i>De troisième ligne</i>	27
3. LES DISPOSITIFS DE COORDINATION ET D'ORIENTATION	27
a. <i>Présentation générale</i>	27
b. <i>Les dispositifs en Hérault</i>	30
II) MATERIEL ET METHODES.....	33
1. ETUDE REALISEE	33
a. <i>Type d'étude</i>	33
b. <i>Population de l'étude</i>	33
c. <i>Guide d'entretien</i>	33
2. RECUEIL DES DONNEES	34
3. ANALYSE QUALITATIVE	34
a. <i>Cadre méthodologique</i>	34
b. <i>Méthode d'analyse des données</i>	35
III) RESULTATS.....	36
1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	36
a. <i>Profil démographique</i>	36
b. <i>Lieu et mode d'exercice</i>	37
c. <i>Taille de la patientèle</i>	37
d. <i>Déterminants de la participation à l'étude</i>	37
2. ANALYSE THEMATIQUE.....	38
a. <i>Constat de la place du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des TND</i>	38
(i) <i>Médecin généraliste : acteur des soins primaires</i>	38
(ii) <i>Rôle de dépistage du médecin généraliste</i>	39
(iii) <i>Relation de confiance avec les familles</i>	40
(iv) <i>Implication du médecin généraliste</i>	41
(v) <i>Alerte par les écoles</i>	42
b. <i>Constat de difficultés de dépistage et de prise en charge des TND</i>	42
(i) <i>Liées aux spécialistes médicaux et para médicaux</i>	42
(ii) <i>Liées aux médecins généralistes</i>	47
(iii) <i>Liées aux TND</i>	50

(iv)	Liées à la famille	52
(v)	Liées à l'environnement	54
(vi)	Liées à l'école	56
c.	Attentes du DCO-TND	58
(i)	Amélioration de l'accès aux soins	58
(ii)	Amélioration des soins	58
(iii)	Facilité d'utilisation	59
(iv)	Evaluation de la faisabilité du DCO-TND	59
(v)	Formation	59
d.	Motivations à devenir partenaires du DCO-TND	60
(i)	Amélioration des soins	60
(ii)	Valorisation du rôle du médecin généraliste	62
(iii)	Prise en charge pluri professionnelle	63
(iv)	Formation aux TND	63
(v)	Intérêt pour les TND	63
(vi)	Demande des familles	64
e.	Freins à devenir partenaires du DCO-TND	64
(i)	Contrainte de temps	64
(ii)	Charge de travail supplémentaire	65
(iii)	Complexité d'utilisation	66
(iv)	Dispositif non pertinent par rapport à la pratique du médecin	67
(v)	Frein financier	67
IV)	DISCUSSION	69
1.	LES PRINCIPAUX RESULTATS	69
a.	Les médecins généralistes : des interlocuteurs de choix	69
b.	Des difficultés en pratique concernant les TND	72
c.	Les attentes d'un dispositif de coordination et d'orientation	79
d.	Des motivations nombreuses à devenir partenaires	80
e.	Certains freins au partenariat restent présents	82
2.	VERS UNE COORDINATION DES DIFFERENTS DISPOSITIFS ?	83
3.	CRITIQUES	84
a.	Points forts	84
b.	Limites	84
V)	CONCLUSION	86
VI)	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	87
VII)	ANNEXES	93
VIII)	ABREVIATIONS	100
IX)	SERMENT D'HIPPOCRATE	102

I) Introduction

1. Les troubles du neuro développement : présentation

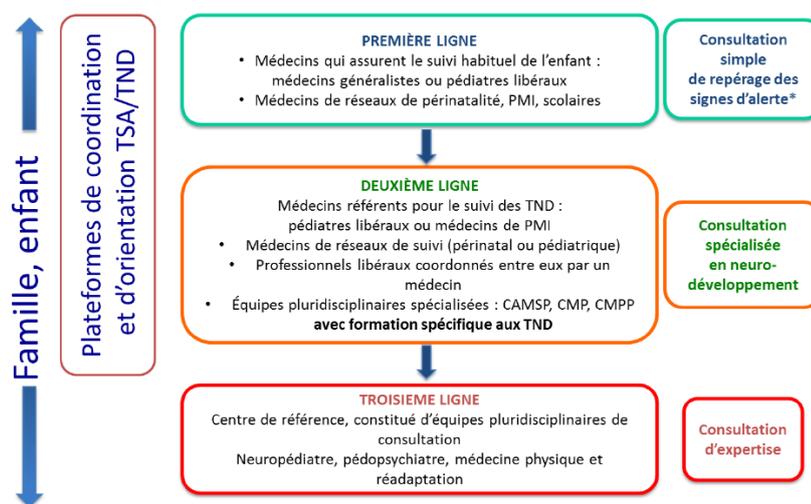
Les troubles du neuro développement (TND) sont au premier plan des pathologies psychiatriques de l'enfant et, de manière générale, parmi les pathologies les plus fréquentes des enfants (1). Ils représentent, selon le DSM 5 (2), les troubles du spectre de l'autisme (TSA), les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles déficitaires de l'attention avec ou non hyperactivité (TDA/H), les troubles moteurs, les déficiences intellectuelles, les troubles de la communication et les troubles non spécifiés.

En effet, les troubles spécifiques des apprentissages, pathologies les plus représentées, concernent environ 8% tous confondus des enfants d'âge scolaire (3). Le TDA/H se retrouve chez 3,5% des enfants d'âge scolaire. L'article de Getahun and al. (4) en fait une des maladies pédopsychiatriques les plus communes portant le pourcentage d'enfants atteints entre 8 et 12% des enfants d'âge scolaire. Les troubles de la communication concernent 4 à 5% d'une tranche d'âge des enfants selon le Ministère des Solidarités et de la Santé (5). Au sein des troubles moteurs, l'Inserm relève un trouble de la coordination chez 1,8 à 5,4% d'enfants d'âge scolaire (6). Selon le rapport de la Cour des comptes, sur le plan international on estime à 1% les enfants présentant un TSA tandis que la Haute Autorité de Santé (HAS) retient 0,9 à 1,2% des enfants atteints (7). Pour finir, l'Inserm indique qu'un à 2% des enfants ont une forme légère de déficience intellectuelle contre 0,3 à 0,4% pour les formes sévères (8).

De plus, la plupart des troubles psychiatriques des adultes débutent durant l'adolescence (9). Plus particulièrement, il est souligné dans l'article de Kessler and al. (10) que les troubles anxieux et les troubles du comportement avec impulsivité, dont fait partie le TDA/H, apparaissent dans les deux premières décennies, avec un âge médian de 11 ans. Dans le même article du JAMA Pediatrics (4) cité plus haut, le TDA/H d'environ 66 à 85% des enfants persisterait à l'adolescence et l'âge adulte. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) note que jusqu'à 50% des troubles psychiatriques des adultes se déclarent avant l'âge de 14 ans (11). Par ailleurs, la santé mentale en France est représentée par des indicateurs de santé

mentale positive bas et de détresse psychologique hauts ainsi qu'un haut niveau de pathologies psychiatriques en comparaison aux autres pays européens (12). Le nombre d'enfants et d'adolescents suivis en pédopsychiatrie est en augmentation depuis plusieurs années (13). Le Schéma Régional de santé Occitanie 2018-2022 (14) insiste sur la place primordiale que doit revêtir la pédopsychiatrie : « *Le Rapport sénatorial Amiel d'avril 2017 rappelle la nécessité de faire de la pédopsychiatrie une priorité stratégique pour les années à venir.* » Les TND, au sein des pathologies pédopsychiatriques, représentent donc un enjeu majeur de prise en charge, qui se doit d'être la plus précoce possible afin de limiter les conséquences sur le développement et la vie future de l'enfant. Ils le sont d'autant plus que leur prévalence est élevée, comme cité plus haut, et en augmentation. Egalement, leur complexité ainsi que la multitude de professionnels médicaux et para médicaux impliqués compliquent leur prise en charge, contribuant à une perte de repère des médecins des soins primaires, ainsi que des familles. Ils sont au cœur des préoccupations nationales comme en témoignent les nouvelles recommandations de la HAS de février 2020 « Troubles du neuro développement : repérage et orientation des enfants à risque » (15).

2. Les recours aux soins pour les TND (15)



*: avec la grille Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans de la délégation interministérielle à l'autisme et aux troubles du neurodéveloppement

Organigramme des lignes de suivi. Haute Autorité de Santé. Troubles du neuro développement : repérage et orientation des enfants à risque. 2020 févr.

a. De première ligne

Les médecins généralistes et les pédiatres représentent les médecins de première ligne en terme de recours médical libéral. Egalement, les personnels de la petite enfance, tels que les médecins de crèche ou les médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ainsi que les médecins scolaires ont un rôle majeur dans le repérage des TND.

b. De deuxième ligne

Les médecins de première ligne peuvent orienter leurs patients suspects de TND vers des professionnels spécialisés dans les TND, dits de deuxième ligne. Ainsi, ces derniers peuvent être des pédiatres libéraux ou médecins de PMI formés aux TND, des pédopsychiatres et neuropédiatres libéraux.

Egalement, les médecins de premier recours peuvent orienter leurs patients vers des équipes pluridisciplinaires spécialisées, présentes dans les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS), les Centres Médico-Psychologiques (CMP) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP).

Les CAMPS (16) sont des structures médico-sociales, le plus souvent situées dans les locaux de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), qui permettent grâce à des équipes pluri disciplinaires le diagnostic, le suivi et la coordination des soins, notamment des TND, des enfants de 0 à 6 ans.

Les CMP (17) sont des structures assurant des consultations et la coordination des soins de psychiatrie en équipe pluridisciplinaire, pour l'adulte et l'enfant.

Les CMPP (18) sont des structures dédiées au dépistage, diagnostic, traitement et suivi des troubles neuro-psychologiques de l'enfant et de l'adolescent, jusqu'à l'âge de 20 ans. Ils assurent la coordination des soins avec les autres acteurs de soins.

Or, il existe en France une réelle difficulté d'accès aux soins pédopsychiatriques, due notamment à une pénurie de spécialistes qui contribue à une augmentation des délais pour une première consultation. Ainsi, dans le dossier bibliographique de Bec et al. (1), il est noté une diminution des pédopsychiatres de 27% entre 2011 et 2015 et, selon des projections démographiques de la DREES, une diminution du nombre des psychiatres en activité de l'ordre de 30 à 40 % serait à attendre pour la période allant de 2002 à 2025 (19).

De plus, dans le rapport du Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) de 2013, le délai pour avoir un rendez-vous d'évaluation ou de suivi était de plus d'un mois pour la moitié des CMP et la totalité des CMPP de l'Hérault, qui représentent pourtant la part la plus importante de la file active de pédopsychiatrie ambulatoire sollicitée, les médecins généralistes (MG) orientant sinon vers l'hôpital. (20).

c. De troisième ligne

Le recours le plus spécialisé, réservé aux cas les plus complexes, est représenté par les centres de référence (Centre Ressource Autisme (CRA) et Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTL) au CHU de Montpellier) ainsi que les consultations d'expertise par des équipes pluridisciplinaires, situées également au CHU.

3. Les dispositifs de coordination et d'orientation

a. Présentation générale

La création de dispositifs de coordination et d'orientation (DCO) résulte du constat de difficultés de prise en charge des enfants avec TND par les médecins de première ligne, la pénurie des professionnels de deuxième ligne ainsi que de la multiplicité et la surcharge des professionnels de troisième ligne, souvent sollicités de manière peu pertinente. Cela dépasse cependant le cadre des TND, de nombreuses autres pathologies sont concernées par ces dispositifs.

Egalement, ils émergent du fait que les soins ne peuvent se reposer que sur la première ligne ou que sur la troisième ligne. Dans son article, Thornicroft (21) explique le bien fondé d'un système de santé mentale basé sur le modèle du *balanced care*, où un équilibre entre prise en charge hospitalière et ambulatoire est trouvé, un système ne se reposant que sur l'une ou que sur l'autre ne pouvant fonctionner.

Les DCO permettent ainsi d'articuler les différentes lignes de prise en charge, afin de permettre une gradation des soins et donc de les rendre plus pertinents. Ils donnent lieu à un réseau de santé et dans ce but, ils conduisent à « *construire et proposer une offre de soins et de services cohérente et continue aux usagers confrontés à tel ou tel problème de santé.* » comme le souligne Acef dans son article (22). Il explique également

l'importance d'un réseau de santé afin d'améliorer les soins : « *Le réseau de santé constitue également un outil d'amélioration des pratiques professionnelles et, plus largement, il contribue à maintenir voire à améliorer le niveau de qualité du service rendu.* »

Dans un manifeste de mars 2019, le Collège de Médecine Générale plaide pour un système de santé organisé et hiérarchisé en trois niveaux de soins et donc pour replacer le MG en première ligne des soins (23).

Depuis quelques années, ces dispositifs prennent une place majeure au sein de la politique de santé en France, notamment dans le domaine de la santé mentale. Ils se basent sur le *stepped care* (24), qui est « *un modèle de soins proposant une gradation des interventions en fonction de l'état du patient et de son évolution. L'intensification des soins est décidée par le médecin généraliste à partir de critères précis. Cela suppose un suivi régulier et un partage des informations entre le médecin généraliste, le patient et, le cas échéant, les professionnels chargés de la coordination des* soins. ».

Le rapport Evaluation du Plan psychiatrie 2005-2008 relevait déjà la nécessité de travailler en réseau pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale et une meilleure visibilité de l'organisation de la psychiatrie publique (25). La psychiatrie s'est historiquement organisée de manière à désengorger les hôpitaux, notamment grâce à la décentralisation en secteurs, afin d'être au plus proche des patients (26). Le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) publié en juin 2018 sur la transformation du système de santé (27) souligne la nécessité de créer des offres de soins de proximité. Les récentes recommandations de la HAS de février 2020 relatives à la prise en charge d'une suspicion de TND chez un enfant (15) décrivent l'organisation de son parcours et l'accent est mis à la fois sur le recours aux soins primaires et aux plateformes de coordination et d'orientation. Il existe une réelle volonté gouvernementale de promouvoir de telles plateformes. Ainsi, la circulaire du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants de 0 à 6 ans avec TND (28) insiste sur le fait que « *la création de plateformes d'orientation et de coordination, conçues pour assurer un maillage territorial pertinent au regard des besoins de la population, constitue une étape*

importante ». Elle fixe les objectifs que de telles plateformes doivent viser et leurs modalités organisationnelles.

On assiste à une véritable émergence de ces plateformes du fait de la prépondérance des problématiques liées à la prise en charge des TND en soins primaires et de l'augmentation de leur prévalence.

Ainsi, 6 plateformes de coordination en santé mentale ont été créées en Franche-Comté tandis que dans les Bouches-du-Rhône, un comité départemental adolescents se réunit toutes les 6 semaines depuis 2010 pour coordonner le parcours de soin des adolescents présentant un trouble psychiatrique (1). Egalement, de nombreuses plateformes d'orientation et de coordination TND ont ouvert en France (29).

Par ailleurs, des dispositifs de consultation-liaison ont vu le jour afin d'améliorer la prise en charge en santé mentale. Présents dans les pays anglo-saxons depuis les années 80 (24), ils ont été mis en place plus tardivement en France pour la psychiatrie adulte. Certains depuis maintenant de nombreuses années, comme le Dispositif de Soins Partagés (DSP) du Réseau de Promotion de Santé Mentale des Yvelines (RPSM 78) porté par le Centre Hospitalier de Versailles et celui de Charcot Plaisir depuis 1999 (30–32). Ce projet est né du constat d'une part d'une proportion importante de troubles psychiatriques pris en charge par le MG (1,33) et d'autre part de problèmes d'interface entre le système de soins primaires et le système de soins spécialisés (32). La France a en effet le taux de patients adressés au psychiatre par le médecin traitant le plus faible d'Europe (12). Des facteurs organisationnels et propres à l'exercice ont été mis en cause (30).

D'autres DSP ont vu le jour plus récemment, comme le DSP 94 en lien avec l'hôpital Albert-Chenevier, appartenant à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, créé en 2012 (34) ou encore le DSP mis en place par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Toulouse en 2017 (1,35). L'efficacité de tels dispositifs a été évaluée et contribue à « *une amélioration de l'état de santé mentale jusqu'à 3 mois après l'initiation du traitement, mais cet effet positif ne semblait pas persister entre 3 et 12 mois. Ces dispositifs étaient en revanche associés à une amélioration de la satisfaction et de l'adhésion au traitement des patients jusqu'à 12 mois.* »(24).

De plus, la plupart des patients avec trouble psychiatrique préfère être pris en charge par des professionnels de première ligne (36), ce qui renforce la pertinence de tels dispositifs.

b. Les dispositifs en Hérault

Le Projet Régional de Santé Occitanie 2018-2022 met l'accent sur les parcours prioritaires. Parmi ceux qui ont été souligné par l'Agence Régionale de Santé (ARS), nous retrouvons le « *parcours personnes en situation de handicap* », le « *parcours santé mentale* » et le « *parcours des couples, mères, enfants et jeunes* ». Dans les deux derniers parcours cités, il est question d'« *améliorer le diagnostic précoce et renforcer la prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants et adolescents* » et d'« *améliorer le repérage précoce des troubles du développement, du comportement et des apprentissages et leur prise en charge coordonnée* » (14). Dans cette lignée, plusieurs dispositifs ont été créés, certains encore à l'état de projet, en Hérault.

Tout d'abord, le projet Dispositif de Soins Partagés en Pédopsychiatrie (DSPP) (37), créé par le Pr Diane Purper-Ouakil pédopsychiatre du CHU de Montpellier, pour les enfants de 6 à 12 ans présentant une souffrance psychique ou des troubles psychopathologiques émotionnels aigus peu sévères. Le projet DSPP a pour mission d'apporter une aide au diagnostic, un aiguillage et de promouvoir le suivi après la pose du diagnostic par les médecins généralistes et les pédiatres libéraux partenaires. Les médecins partenaires peuvent contacter le coordonnateur du dispositif afin d'obtenir des informations concernant la prise en charge de leur patient. Cela peut aboutir à une poursuite du suivi par le médecin partenaire ou à un avis ou une consultation auprès de spécialistes. Le suivi de l'enfant après cela se poursuivra avec le médecin partenaire. Il s'agit d'un suivi partagé donc mais également apprenant. Des formations seront mises en place pour les médecins partenaires, afin qu'ils puissent être plus à même de diagnostiquer et suivre les enfants avec souffrance psychique ou troubles psychopathologiques émotionnels aigus peu sévères. L'enjeu du DSPP est avant tout celui de la prévention des troubles.

D'autre part, DicoO (38) qui permet aux médecins partenaires de première et deuxième lignes d'avoir un contact, par téléphone ou par e-mail, pour l'aide diagnostique et l'orientation de leurs patients de moins de 16 ans avec suspicion d'un TND complexe. Il s'inscrit dans l'optique d'améliorer la coordination des soins et le suivi en soins primaires autant que possible. Des aides au diagnostic (outils, questionnaires) sont transmises aux

médecins en fonction du besoin et des formations seront également mises en place pour les médecins partenaires.

Ensuite, Occitadys (39) a été mis en place pour les enfants de 6 à 15 ans avec troubles spécifiques des apprentissages et/ou troubles moteurs et/ou TDA/H complexes. Le but étant la prévention, l'amélioration de la coordination des soins pour ces troubles et la formation des professionnels de santé de première et deuxième lignes. De plus, il expérimente du fait de l'article 51 le financement de bilans et rééducations actuellement non prises en charge par l'Assurance Maladie (psychomotricité, ergothérapie).

Pour finir, la plateforme de coordination et d'orientation est mise en place pour les enfants de 0 à 6 ans et 11 mois avec une suspicion de TND. Elle permet aux professionnels suspectant un TND de solliciter la plateforme afin d'organiser un bilan diagnostique auprès des différents professionnels concernés, de manière coordonnée. La circulaire du 22 novembre 2018 en détaille les modalités (28). Les structures promotrices de cette plateforme dans l'Hérault sont notamment le CHU de Montpellier, dont le CAMSP, et l'Institut Saint-Pierre de Palavas-les-flots.

Certains de ces dispositifs ciblent certains TND, justifié par la spécificité et l'hétérogénéité des pathologies qui constituent les TND ainsi que la complexité de certaines d'entre elles. Pour le DSPP, le lien entre les psychopathologies et les TND mérite d'être souligné, les premières pouvant être la manifestation d'un TND sous-jacent. Il est en effet commun de retrouver un trouble anxieux ou dépressif chez un enfant avec TND. Le rapport de la HAS concernant les TSA (40) le souligne bien : parmi les troubles associés aux TSA, on retrouve les troubles anxieux et phobies, les troubles de l'humeur ainsi que le comportement oppositionnel avec provocation. De plus, la souffrance psychique et les troubles psychopathologiques émotionnels aigus sont une dimension majeure de la pédopsychiatrie. En effet, une expertise collective menée par l'Inserm en 2003 (20) notait qu'un enfant sur huit souffrait de troubles psychiques et que la prévalence des troubles anxieux chez les adolescents était de 6%, celle de la dépression de 3,2%. Plus récemment, le rapport Mission Bien être et santé des jeunes estime que 4 à 5% des enfants de 6 à 11 ans présente un trouble anxieux préoccupant (13). Dans une enquête du CREAL Languedoc Roussillon (20), 23,6% des enfants étaient suivis dans un CMPP en Hérault pour trouble émotionnel et 22% pour trouble dépressif ou de l'humeur.

De nombreuses études se sont intéressées au modèle des consultations liaisons concernant les pathologies psychiatriques adultes (1,24,30,32,36) mais les données manquent concernant ce modèle dans le cadre de la pédopsychiatrie. De manière générale, les données de la littérature concernent le plus souvent la psychiatrie au sens large. Il est difficile de cibler spécifiquement la pédopsychiatrie puisqu'elle n'est pas une spécialité médicale distincte du reste de la psychiatrie. Cela contribue à complexifier l'identification des interlocuteurs dans la prise en charge d'un enfant avec TND. De plus, une part importante d'études s'est intéressée aux difficultés que les MG pouvaient rencontrer dans le suivi d'enfants avec de telles pathologies (41–43). Cependant, aucune n'a porté sur la proposition d'un partenariat au sein d'un dispositif d'orientation et de coordination pour les TND aux MG afin de recueillir leurs réactions, motivations et freins, ainsi que leurs attentes d'un tel projet. Ils représentent pourtant une potentielle solution concrète et actuelle devant la multiplication de ces dispositifs. C'est dans cette lignée que s'inscrit notre étude.

Ainsi, l'objectif de cette étude est d'évaluer les freins, les motivations et les attentes des médecins généralistes de l'agglomération montpelliéraine à devenir partenaire d'un dispositif de coordination et d'orientation concernant les TND (DCO-TND).

Nous nous intéresserons donc dans un premier temps à leur pratique concernant les TND puis nous leur présenterons le DCO-TND et enfin nous nous focaliserons sur leurs réactions à ce projet.

II) Matériel et méthodes

L'équipe de recherche est décrite en **Annexe 1**.

1. Etude réalisée

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative menée lors d'entretiens semi-dirigés via un guide d'entretien.

b. Population de l'étude

Les participants étaient médecins généralistes. Ils ont été sélectionnés au hasard, en consultant l'annuaire du Conseil de l'Ordre, visant à obtenir une diversité des participants concernant leur âge, sexe, lieux/modes/ancienneté d'exercices. Les critères d'exclusion étaient l'installation en dehors de l'agglomération montpelliéraine, zone concernée par les actuels dispositifs ou projet de dispositif en Hérault, les médecins ayant un exercice spécialisé (sommeil, nutrition, angiologie ...) et les médecins remplaçants ou n'étant plus en activité.

L'enquêtrice les a contactés par téléphone ou, pour deux d'entre eux, en face à face pour leur présenter le sujet de la thèse et organiser l'entretien.

c. Guide d'entretien

Le guide d'entretien pour les entretiens individuels (**Annexe 2**) a été réalisé par l'enquêtrice et validé par la directrice de thèse. Par ailleurs, le guide d'entretien pour les entretiens individuels a aussi été relu par le Pr Diane Purper-Ouakil, professeur des universités et praticien hospitalier dans le service de Médecine psychologique pour enfant et adolescent, à l'origine du projet de DSPP en Hérault et le Dr Agnès Oude-Engberink, maître de conférence de Médecine générale. Afin de valider ce guide d'entretien, deux entretiens tests ont été réalisés et sont inclus dans cette étude. Les questions ont été choisies pour être ouvertes, cohérentes, neutres, centrées sur l'expérience des participants. Lors des entretiens individuels, elles étaient dévoilées au fur et à mesure.

Le guide d'entretien a été modifié au cours du recueil des données.

A la fin de l'entretien, les MG étaient conviés à compléter un questionnaire quantitatif anonyme, visant à recueillir les caractéristiques des participants de l'étude (**Annexe 3**).

L'analyse de données et le questionnaire quantitatif ont été réalisés et organisés selon les critères du COREQ (COnsolidating criteria for REporting Qualitative research). Ces derniers représentent 32 items s'organisant de la manière suivante :

- 8 items concernant l'équipe de recherche et de réflexion concernant leurs caractéristiques personnelles et les relations avec les participants
- 15 items concernant le cadre théorique, la sélection des participants, le contexte et les moyens du recueil de données
- 9 items concernant l'analyse des données et la rédaction des résultats.

2. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés pour dégager des informations sur les expériences vécues des participants. Il se sont déroulés au cabinet des MG pour douze d'entre eux et deux ont été réalisés par téléphone. Le type d'entretien, semi-dirigé, a été choisi afin de permettre aux participants de partager leur expérience en leur laissant un espace de parole, tout en les aiguillant sur certains aspects de l'étude.

Deux méthodes de recueil de données ont été pratiquées. L'enquêtrice a effectué un enregistrement audio des données (après accord oral des participants) à l'aide d'un dictaphone et prenait des notes durant les entretiens sur un cahier de terrain.

3. Analyse qualitative

a. Cadre méthodologique

L'analyse qualitative a été choisie car tout à fait adaptée à l'étude de problématiques de santé (44). En effet, elle privilégie l'analyse de l'expérience des participants au cours d'entretiens, ce qui relève d'un contenu anecdotique et subjectif, à la différence de l'analyse quantitative. Cela permet de mieux comprendre la pratique des médecins interrogés, ce qui est tout à fait adapté pour notre étude (45). Il s'agit d'une science

humaine et sociale. Aucune intervention thérapeutique n'a été conduite au cours de l'étude.

Plus précisément l'analyse thématique a été choisie. Elle permet de dégager, lors de l'analyse du texte, des thèmes pertinents et, au sein de ces derniers, des sous thèmes qui sont des décompositions de ces thèmes (46). Elle semble appropriée dans notre étude car adaptée à une première expérience de recherche et ayant une approche plus descriptive qu'interprétative. Ces thèmes sont regroupés dans l'arbre thématique, ou arbre de codage. Cette analyse est intéressante dans notre étude puisqu'elle permet, comme l'expliquent Pierre Paillé et Alex Mucchielli dans leur ouvrage *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, « de repérer des thèmes mais également de vérifier s'ils sont récurrents d'un matériau à l'autre et comment ils se recourent, rejoignent, contredisent, complémentent... ».

b. Méthode d'analyse des données

Les verbatims ont été retranscrits dans leur intégralité sur logiciel Word. Dans un premier temps, l'analyse des données a été réalisée manuellement sous forme de tableau Excel, le choix du mode d'inscription des thèmes se portant sur celui sur fiches (46), puis avec le logiciel XMind pour le « relevé de thèmes ».

La définition des thèmes émergents s'est faite par analyse des réponses des participants. L'analyse des données textuelles s'est faite par étapes : transcription des entretiens, lecture multiple du verbatim, flottante puis focalisée sur la question de recherche, sélection de parties du verbatim pour transformation en « unités de signification », identification dans le contenu des thèmes signifiants et classification. Enfin, la validation du classement a été réalisée par la directrice de thèse.

Le type de démarche de thématisation choisi a été celui de la thématisation en continu (46).

III) Résultats

L'enquêtrice a réalisé un total de 14 entretiens, d'une durée moyenne de 20 minutes (minimum 9 min, maximum 32 min). Il se sont déroulés de début décembre 2019 à début mai 2020. Douze entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes participants et 2 entretiens ont été réalisés par téléphone.

1. Caractéristiques des participants

Caractéristiques des participants	
Sexe	9 femmes, 5 hommes
Age	45 ans et 6 mois (35-59 ans)
Années d'exercice	17 ans (7-30 ans)
Mode d'exercice	Cabinet avec associés : 12 ; Seul : 2 ; vacations hospitalières : 1
Secteur d'exercice	Urbain : 11 ; semi rural ; 3
Médecin spécialiste/centre de référence en troubles du neuro développement le plus proche du lieu d'exercice	CHU Montpellier : 11 ; pédopsychiatre libéral : 2 ; CMP : 1
Délai de consultation avec médecin spécialiste	3 mois et demi (1 mois à plus de 6 mois)
Part de pédiatrie au sein de la patientèle	31% (15-100%)
Connaissance de l'étude	Téléphone : 8 ; bouche à oreille : 4 ; face à face : 2
Connaissance d'un des enquêteurs	Oui : 6 ; Non : 8
Formation en troubles du neuro développement	Oui : 4 (formation continue : DU de pédiatrie) ; Non : 10
Réflexion préalable à la problématique de l'étude - Si oui : à titre personnel ou professionnel	Oui : 8 (dont 5 à titre professionnel, 1 à titre personnel et 2 aux deux) ; Non : 6
Motivation principale à participer à l'étude	Découvrir le DCO-TND : 7 Intérêt pour troubles du neuro développement : 9 Apporter un témoignage personnel : 4 Autre : aide au thésard : 2 Améliorer l'accès aux soins des patients : 1

a. Profil démographique

Au sein des participants, il y avait 9 femmes, soit 64 % d'entre eux, et 5 hommes. L'âge moyen était de 45 ans et 6 mois et la durée d'exercice était en moyenne de 17 ans.

b. Lieu et mode d'exercice

La majorité des participants exerçaient en cabinet avec associés (douze d'entre eux). Seulement deux d'entre eux exerçaient seul et un seul participant avait une autre activité (vacations hospitalières).

Pour la plupart (onze participants), leur cabinet se trouvait en zone urbaine. Seuls trois d'entre eux exerçaient en zone semi rurale.

Le médecin spécialiste le plus proche de leur lieu d'exercice se trouvait au CHU de Montpellier pour onze d'entre eux, était un pédopsychiatre libéral pour deux d'entre eux et se situait dans un CMP pour un participant.

Le délai pour obtenir un rendez-vous en consultation avec ledit spécialiste était en moyenne de 3 mois et demi avec d'importantes variations allant d'un mois à plus de six mois selon les participants.

c. Taille de la patientèle

La part de pédiatrie au sein de la patientèle des médecins participants était variable. Elle pouvait être exclusive (MG12 : 100% de la patientèle) comme représenter un dixième de la patientèle (MG3 et 7). En moyenne, la part pédiatrique était de 31 % de la patientèle des médecins.

d. Déterminants de la participation à l'étude

La majorité (huit participants) des participants a eu connaissance de l'étude par téléphone lors d'un appel de l'enquêtrice. Pour quatre d'entre eux, ce fut le bouche à oreille qui les a amenés à participer. Enfin deux d'entre eux ont accepté de participer suite à un face à face avec l'enquêtrice. Un peu moins de la moitié (six participants) connaissait l'enquêtrice ou la directrice de l'étude.

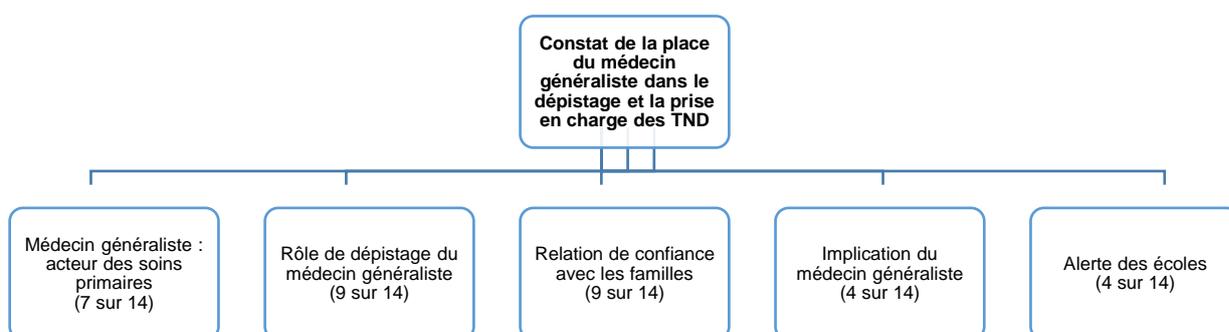
Quatre participants avaient une formation sur les troubles du neuro développement, obtenue en formation continue lors de DU de pédiatrie. Huit participants s'étaient déjà penchés sur la problématique de l'étude, à titre professionnel pour cinq participants, personnel pour un participant et pour les deux raisons pour deux d'entre eux.

La motivation à participer à l'étude la plus représentée était l'intérêt pour les troubles du neuro développement (citée par neuf participants). Suivait, la découverte du DCO-TND (citée sept fois), puis l'apport d'un témoignage personnel (citée quatre fois), l'aide à la réalisation de la thèse (citée deux fois) et enfin l'amélioration de l'accès aux soins des patients (citée une fois).

2. Analyse thématique

L'analyse du verbatim a fait émerger des thèmes qui permettaient d'éclairer la question de recherche. L'arbre de codage général est décrit en **Figure 1**.

a. Constat de la place du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des TND



(i) Médecin généraliste : acteur des soins primaires

Au cours de l'entretien, la moitié des MG font part de leur rôle d'acteur des soins primaires, étant au centre des prises en charge et réalisant un rôle de coordination et ce, notamment pour les TND.

MG2 : « De toutes façons, on est quand même au centre des demandes des patients. C'est nous qui centralisons ça donc si on a de l'aide pour les ... »

MG11 : « Oui, oui, la proximité des patients. Et puis, on est le premier recours quoi. »

MG13 : « Donc on a essayé de mettre quelque chose en place, notamment pour les dys, pour qu'on ait vraiment un parcours de soin coordonné notamment via cette infirmière qui peut faire des tests, que nous on a pas forcément le temps de faire, de dépistage. »

Ils soulignent l'importance d'un suivi régulier des enfants ayant un TND, que leur place en tant que médecin de premier recours leur permet.

MG10 : «Le suivi régulier aussi. Qu'on soit tenu au courant de tout ce qui se passe. »

MG13 : « Si aussi ils ont bien compris les règles dès le début, c'est à dire si on a posé les règles du fonctionnement. C'est-à-dire qu'on ne voit pas les enfants une fois tous les ans quoi, il faut qu'on les voit plus régulièrement. [...] C'est à dire qu'on a bien fait comprendre au cabinet que on ne faisait pas des ordonnances d'orthophoniste sans voir les enfants, qu'on veut voir les enfants régulièrement. »

Pour certains, de par l'importance de la pédiatrie dans leur patientèle, ils sont donc confrontés aux TND dans leur pratique.

MG5 : "Alors, on fait pas mal de pédiatrie donc du coup, on a aussi bien des nourrissons que des enfants plus âgés. [...] De 0 à 15 ans, je dirai qu'on suit des enfants. C'est vraiment un cabinet médecine générale au sens large. "

(ii) Rôle de dépistage du médecin généraliste

Au-delà de ce rôle central dans la prise en charge des enfants, la majorité (9 sur les 14 interrogés) des MG interrogés mettent surtout en avant un rôle de dépistage et d'orientation des TND. Ils soulignent l'impact qu'ils peuvent alors avoir dans la vie de leurs patients.

MG4 : « Eh ben, c'est un truc qui est sympa à dépister parce que si on arrive à faire une prise en charge adaptée ou en tous cas à le déceler, ça peut quand même changer le quotidien de l'enfant et soulager les parents. »

MG8 : « Et c'est ceux que l'on doit dépister en médecine générale dans le suivi de nos patients enfants.[...] Mais l'interrogatoire sur le déroulement des apprentissages à l'école, de la lecture et l'évaluation du langage me font alerte s'il y a des retards ou des difficultés »

MG11 : « je pense que « dépistage », ça fait partie des mots clés quoi. C'est peut-être un peu en médecin de 1ère ligne, c'est peut-être là où va notre rôle. Dépistage et orientation. »

MG13 : « On est quatre, on est assez impliqués donc du coup on essaye vraiment d'être présent et d'aiguiller bien les parents vers les différents personnels soignants que l'enfant doit rencontrer. [...] Et du coup, on a essayé de mettre en place en fait un suivi avec des questionnaires pour vraiment bien réadresser ces enfants aux bonnes personnes, aux bons moments. »

(iii) Relation de confiance avec les familles

Le MG revêt un rôle important auprès des familles et ce, pour 9 des 14 MG interrogés.

Certains médecins interrogés notent un rôle de soutien des parents, particulièrement dans la prise en charge des TND.

MG3 : « On soutient les parents, parce que c'est pas toujours simple pour les parents non plus. »

MG11 : « Oui, par exemple, leur épuisement, c'est plus à nous qu'ils le confient qu'aux équipes. [...] Alors là, on est plus sur l'entourage quoi. Les parents, on est plus dans le soutien pour les parents, dans l'écoute pour les parents. »

D'autres soulignent le fait que les parents peuvent être des aides au diagnostic, initiant la prise en charge en sollicitant le MG pour un avis, et des éléments facilitateurs du suivi.

MG4 : « Ben, ce qui est facile, c'est qu'il y a problème à l'école et avec les parents souvent. Donc, ce qui fait que les parents viennent et sont demandeurs. »

MG6 : « Je crois que vraiment l'élément facilitateur, c'est la famille. C'est la dynamique et le souhait familial. »

MG7 : « Souvent, c'est les parents quand même qui sont le principal « diagnostiqueur » en fait. Parce qu'en fait ils arrivent en disant « je ne sais mais je pense qu'il y a un petit problème ». [...] Donc déjà, c'est vrai que les parents, c'est eux qui commencent à se poser des questions. En crèche ou autre, ils voient bien que ça va pas. »

MG12 : « Alors pareil là, c'est-à-dire quand c'est le parent qui vient vers toi pour le problème, ben c'est très simple. »

Ils soulignent également le rôle clé qu'ils ont dans l'adhésion des familles aux soins de par la relation de confiance.

MG8 : « On a dans le quartier beaucoup de familles qui ne parlent pas très bien français et qui, parfois, n'avaient pas saisi l'enjeu. Nous, en tant que médecin traitant, on a la chance d'avoir la confiance des gens et des fois, en reprenant : « ah bah ok, on n'avait pas compris donc on va faire l'effort ». [...] Donc de reprendre avec eux si on a une alerte dans le compte rendu, ça aide. »

MG11 : « De savoir comment fonctionne la famille, c'est important. Mais aussi, on peut parler de relation de confiance et donc effectivement, ils nous disent des choses peut être plus facilement. »

(iv) Implication du médecin généraliste

La place que possède le MG dans la prise en charge des TND tient également à l'implication qu'ont pu montrer certains MG interrogés (4 parmi les 14).

MG1 : « Et oui, j'applique ce qu'on me dit mais j'essaye d'apporter un plus quand même. »

Certains prennent des initiatives pour améliorer la coordination des soins, pour aider les familles ou encore pour se former aux TND.

MG1 : « Après, j'essaye d'orienter les parents vers tout ce qui existe à ma connaissance. [...] Donc moi j'essaye de faire part aux parents de tout ce que je peux connaître dans ce domaine, comme différents types d'approche. »

MG12 : « Après, a minima, il y a des choses qu'on fait déjà avec nos correspondants. C'est vrai, enfin moi je vois dans les pédopsys avec qui je bosse, ça passe toujours par moi en fait. Ils ne vont pas en direct. [...] Donc quelque part, ça fait déjà un pré tri tu vois, qui est intéressant pour ne pas surcharger leurs consults avec des choses qui pourraient être gérées autrement. »

MG13 : « Sachant que bah, nous on a essayé de se former, de chercher les connaissances à droite, à gauche, pour justement être des intervenants qui sont intéressants et qui peuvent réorienter les enfants de la bonne manière et pas de leur faire perdre du temps. [...] On s'est fait un peu notre FMC à nous mais oui on a pris du temps pour se former mais ce n'est pas quelque chose de validé. »

MG14 : « Donc ce qu'on a fait, c'est qu'on a fait notre propre cursus, on a rencontré des pédopsys, ben une pédopsy de Peyre Plantade, pour essayer de voir qu'est ce qu'on pourrait mettre en place. On a rencontré les orthophonistes pour voir quels tests on

pourrait éventuellement faire passer au cabinet. Et en fait, c'est grâce à tout ça qu'on a réussi à faire un petit arbre décisionnel au cabinet. C'est pas très compliqué mais ça nous a permis de mieux prendre en charge tout ce qui est dys, tout ce qui est TDAH, tout ce qui est autisme, tout ce qui est dépression de l'enfant. Voilà aussi, pour pas passer à côté. »

(v) Alerte par les écoles

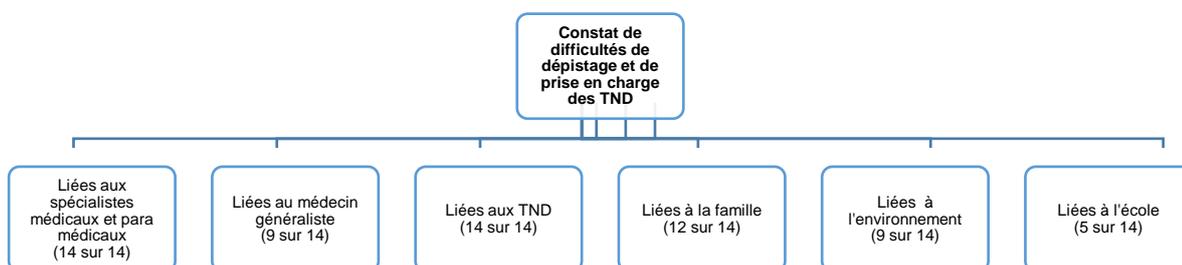
La sollicitation des parents par les écoles, qui se tournent ensuite vers leur MG, est une porte d'entrée fréquente vers un diagnostic de TND. Une part des médecins interrogés (4 parmi les 14) le dit. Ainsi, l'école a un réel rôle d'alerte auprès des MG.

MG4 : « Ou il y a eu souci à l'école, ce qui fait qu'il y a une sonnette d'alarme, ce qui fait que les gens veulent rentrer dans le moule et il y a une demande. »

MG5 : « Sur les troubles des apprentissages en particulier, on est sollicités par des enseignants qui se retrouvent en situation de prise en charge difficile dans la classe, donc qui disent aux parents d'aller demander au médecin de faire soit un PAP, soit ... allez en général c'est le bilan orthophonique voilà. »

MG14 : « C'est les profs qui sont en première ligne. »

b. Constat de difficultés de dépistage et de prise en charge des TND



(i) Liées aux spécialistes médicaux et para médicaux

Une des principales difficultés liées aux spécialistes réside dans la difficulté de communication avec ces derniers, qu'elle soit directe (par téléphone) ou indirecte (absence de courriers). Elle est reprise par la quasi-totalité (douze sur quatorze

médecins) des médecins interrogés. Trois médecins disent avoir des informations sur le diagnostic ou la modification d'un traitement uniquement par le biais des parents. Ce manque de retour conduit parfois à refaire des examens ayant déjà été faits pour compléter les dossiers des enfants.

MG1 : « Par contre, on n'a jamais de compte rendus. Les psychiatres adultes et enfants en ville ont la particularité de ne jamais faire de compte rendus quand bien même on leur envoie un courrier détaillé. C'est des gens qu'on n'arrive pas à avoir au téléphone et qui ne font pas d'écrits. [...] Donc on sait à travers de ce que nous disent les parents mais sinon les pédopsys en ville ne font pas de compte rendus, pas d'écrits. »

MG2 : « Pour le coup, c'est un gamin qui est ultra suivi. Le gamin, il est encadré. La maman, elle fait des formations avec d'autres parents. Mais du coup, c'est elle qui me raconte, c'est très occulte pour moi, j'ai aucun retour. [...] Du coup, des fois, on refait des bilans en externe, en disant « refaites un bilan psychomot si vous pouvez le financer, qu'on ait quelque chose. Refaites le bilan chez l'orthophoniste pour pouvoir refaire le dossier pour le collège, pour le brevet et machin. »

Il est noté par certains une différence entre les spécialistes hospitaliers et libéraux, les premiers conduisant à un retour bien que différé dans le temps, à l'inverse des deuxièmes. Au contraire, pour d'autres, la difficulté d'échange est marquée avec l'hôpital plus qu'en libéral. Et pour certains, une nuance spécialistes dépendants existe.

MG5 : « La bonne communication avec l'hôpital : ça se passe bien mais il y a quand même une certaine inertie. »

MG9 : « Oui, c'est vraiment de manière générale parce que ça dépend vraiment des professionnels qui prennent en charge les enfants. Il y a certains orthophonistes, certains psychomots, certains pédopsys qui nous envoient des compte rendus et qui sont joignables facilement et d'autres pas du tout. »

MG12 : « Parce que c'est ce qui nous manque avec l'hôpital. Enfin pour toutes les spés d'ailleurs hospitalières, c'est ce qui nous manque, c'est ce contact facile et de pouvoir discuter de cas et de voir, voilà, ce qu'on en fait . »

MG13 : « Je pense qu'en gros, enfin moi c'est l'élément le plus perturbant dans ma pratique de médecin généraliste mais que ce soit pour l'enfant ou pour l'adulte, c'est

clairement les difficultés de communication qu'on a entre spécialistes et généralistes, que ce soit en ville ou à l'hôpital quoi. Donc quand on s'est fait un peu son réseau de soin en libéral, c'est peut-être un peu plus facile mais il y a quand même des spécialités qui restent compliqués à accéder et notamment les pédopsys, c'est très très compliqué pour nous. »

De cette difficulté de communication découle une coordination rendue compliquée entre les professionnels, déplorée par le plus grand nombre (huit des 14 médecins interrogés) au vu de la complexité des TND.

MG2 : « Et d'ailleurs, il y a plein de fois où je me dis : je ne sais pas comment on gère. Pour relayer dans la vie de tous les jours, expliquer à l'école, aux familles, tout quoi. »

MG9, en répondant à « quels sont les éléments qui rendent difficile le suivi des enfants avec TND ? » : « La coordination aussi de leur parcours de soins »

MG13 : « Mais il faut améliorer cette relation ville-hôpital, ça c'est clair et net et ça nous manque. »

Egalement, ce manque de coordination induit pour une des médecins une impression d'absence de concertation sur la prise en charge avec le MG.

MG1 : « Je n'ai pas l'impression de faire de la coordination, d'être dans une coordination ... non je n'ai pas vraiment l'impression. Surtout l'impression d'appliquer ce qu'on me dit. »

Cependant, une prise en charge pluridisciplinaire des TND semble nécessaire pour cinq des 14 médecins, compte tenu de la diversité et la complexité des TND.

MG5 : « Ce n'est pas en travaillant tout seul dans son coin ... surtout sur une pathologie qui implique des professionnels de santé de diverses origines. »

MG11 : « C'est pareil, pour les troubles déficitaires de l'attention, on a quand même nous besoin de l'avis pédopsy. Alors après, moi je fais beaucoup, enfin je fais pas mal de suivis d'enfants pour renouveler les traitements et tout. Mais c'est vrai que c'est vraiment un travail ... pas en équipe parce que ce n'est pas une équipe. Mais voilà, il y a le pédopsy une fois par an et pour le reste, c'est nous, sauf si vraiment il y a un gros souci quoi. »

MG12 : « Et après, à une autre étape du truc, c'est sûr que quand on a une bonne équipe pour tout ce qui est prise en charge et rééducation autour du trouble, ben c'est plus facile quoi. [...] Ben, c'est essentiel qu'on ne soit pas seul sur ces trucs là, ça c'est sûr. Donc après, soit avec des correspondants libéraux avec lesquels on a l'habitude de travailler,

qui nous connaissent et qu'on connaît bien. Soit, effectivement, avec des structures qui s'organisent et qui nous permettent de ne pas être seul dans ces prises en charge là, ça c'est sûr. »

Et parfois, ce besoin est extérieur au MG.

MG2 : « Et d'ailleurs, on s'est déjà vu refuser, nous en tant que généralistes, les histoires de temps partiels là qu'on rajoute pour les examens, parce qu'on était que les généralistes et qu'il fallait l'avis spécialisé ... oui mais on les a dans 8 mois, comment on fait ? »

Les médecins interrogés parlent également d'une difficulté de recours aux spécialistes médicaux et para médicaux du fait des délais d'une part, facteur évoqué par la quasi-totalité (dix sur 14) des participants. Et ce, autant en libéral qu'à l'hôpital.

MG1 : « Alors, avec l'hôpital, bon les délais, c'est moyen. [...] En revanche, en ville, on arrive difficilement aussi à avoir des rendez-vous. »

MG2 : « Bah ils s'y prennent un an à l'avance pour avoir leur rendez-vous d'après .»

MG5 : « Parce qu'ici, les délais sont super longs pour avoir accès à des spécialistes. Même en libéral, les psys, c'est très très long aussi. [...] Même pour avoir un rendez-vous avec les quatre orthophonistes qui sont au rez de chaussé de mon immeuble, c'est compliqué. [...] Elles sont saturées. Ou alors, elles disent « je ne fais pas de bilan car après je ne pourrai pas faire de suivi », ce qui s'entend aussi. »

Il existe cependant une nuance dans le délai d'obtention d'un rendez-vous, fonction de la gravité de la pathologie ou de la détresse parentale.

MG2 : « Il faut vraiment que le seuil de difficulté pour les parents soit important pour qu'on ait un suivi facile. Pour obtenir les rendez-vous facilement, pour avoir les interlocuteurs facilement. [...] Soit c'est vraiment important sur le préjudice, sur la vie familiale, la vie scolaire, et là, on a le relais qui se fait assez bien. »

D'autre part, pour huit médecins, la difficulté à obtenir un rendez-vous de consultation réside dans la démographie, médicale ou para médicale, limitée.

MG2 : « Et après, on n'a pas de psychiatres et de psychologues en ville. Il n'y en a pas. Ou ils ne sont pas disponibles.»

MG3 : « Parce que pour l'instant, un pédopsy, on n'a jamais de place. Aucune possibilité d'avoir un pédopsy, ils sont tous hyper complets, hyper saturés, ils refusent tous les nouveaux patients. »

MG7 : « Je pense qu'actuellement la médecine, on est bloqués parce qu'on est plus assez nombreux. »

MG10 : « Parce que des pédopsychiatres ici, il n'y en a pas. »

Mais également, pour trois médecins, du fait de la localisation géographique, certains patients éprouvent des difficultés à rencontrer les spécialistes.

MG8 : « Donc la contrainte géographique est importante à prendre en compte dans le quartier. »

MG5 : « Les patients dès que ce n'est pas sur Montpellier, ce n'est pas toujours simple. »

Enfin, parfois, la lourdeur des démarches à effectuer complique l'obtention d'un rendez-vous comme l'évoquent deux médecins.

MG10 : « Des fois, on fait un courrier pour accélérer un peu les choses mais c'est un peu lourd quoi. »

MG11 : « Il y a aussi les complications pour avoir ces rendez-vous. Par exemple, pour qu'un gamin soit reçu par un pédopsychiatre, on nous demande nous de faire le courrier, de le faxer ... Enfin, moi je fais normalement quand j'adresse un enfant, quel qu'il soit, je fais toujours un courrier. Mais là c'est vrai qu'en fait, c'est pas aux parents de faire, c'est à nous de faire, au milieu du reste. Donc ça, c'est aussi, des fois, un peu des longueurs qu'on aimerait s'éviter. »

Or, ce délai de prise en charge a un réel impact dans la prise en charge des TND, notamment au niveau scolaire comme le soulignent certains médecins (trois parmi les 14).

MG4 : « Et quand un gamin est en difficulté scolaire, expliquer aux parents qu'il va falloir attendre 6 mois, ben c'est un peu galère. Et 6 mois, que pour faire le bilan ! Donc après, une fois qu'il y a eu le bilan, ça prend 15 jours-3 semaines si vous le faites en plusieurs fois selon l'âge de l'enfant et après commencer un traitement. Voilà, ça veut dire que l'année scolaire, elle est fichue quoi. »

MG5 : « C'est frustrant en tant que médecin de se retrouver confronter à un enfant chez lequel on voit bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas, on sent que on va être obligés de mettre en place une AVS mais on va perdre une année scolaire parce qu'on a pas fait le bilan. »

Et, pour deux des MG interrogés, il peut également entraîner une moins bonne adhésion à la prise en charge pour certaines familles.

MG7 : « Parce que sinon, les gens sortent du cabinet, pas de réponse : ils peuvent laisser tomber. On en revient aux questions précédentes, en disant qu'est ce qui fait que ça va être un facteur limitatif ou autre : ça va être ça. Ça va être que la personne a beau être motivée, si on lui dit « rendez-vous pour votre fils dans 1 an et demi » ... »

MG8 : « Parce que, souvent, c'est des horaires imposés, c'est des rendez-vous donc c'est parfois un peu loin donc les familles, elles n'ont pas forcément les véhicules ou le temps donc si elles n'ont pas compris l'enjeu, il y en a qui se découragent. »

(ii) Liées aux médecins généralistes

Une première chose à souligner est que la quasi-totalité des participants ont eu une réaction de malaise, de gêne à l'évocation des TND, qui a pu se traduire par une hésitation à répondre à la question d'introduction, un rire.

La difficulté la plus évoquée par les MG interrogés, cinq d'entre eux, les concernant est le manque de formation initiale sur le dépistage et la prise en charge des TND. Un médecin précise que les formations dont il a pu bénéficier sont trop théoriques.

MG5 : « Moi, je n'ai pas eu de formation spécifique ou, en tous cas, pas très précises justement à tous les tests de langage etc chez les enfants. [...] Donc ce sont des choses que j'apprends un peu sur le tas ou que je fais en formation médicale continue. [...] Mais moi, je sais que j'ai 48 ans et dans ma formation de médecin généraliste, je n'ai pas vraiment eu de cours sur les troubles du développement par la suite. [...] Au fil du temps, avec l'expérience, on apprend à faire des diagnostics, on se forme etc, mais c'est un défaut dans la formation des médecins généralistes de ma génération ou peut être des générations plus anciennes. »

MG7 : « Et puis, ce qui limite, c'est nous même aussi. Parce que si les enfants sont passés au travers des grilles de l'école et tout ça, est ce qu'ils ne vont pas passer à

travers nos propres grilles ? Je ne suis pas sûr qu'on soit idéalement formés pour tout ça. Donc je pense qu'on peut passer à côté aussi. Il faut bien reconnaître qu'on n'est pas surhumains. »

MG13 : « le manque de connaissance de manière générale du médecin généraliste vis-à-vis de ces pathologies, ça c'est clair qu'on voit qu'il y a beaucoup beaucoup de médecins qui connaissent pas et qui vont pas forcément avoir le petit tilt devant les symptômes ou les signes qui nous font penser à un trouble du neuro développement. »

MG14 : « Après, tout ce que je faisais à chaque fois en médecine, en formation continue, c'était à la fois des trucs très théoriques. Et ce qui a posé problème, parce qu'on arrivait toujours pas à avoir un questionnaire entre guillemets satisfaisant au cabinet, qui nous permettait de faire le point. »

Outre le manque de formation, ils étaient tout autant (cinq également) à souligner que le manque de connaissance des partenaires du réseau peut être une difficulté puisque facteur limitant l'accès aux spécialistes.

MG1 : « En plus, c'est vrai que parfois, moi, quand je dois adresser un enfant à l'hôpital, je ne sais jamais trop où, quels médecins ... Je ne sais jamais trop en fait à quel médecin j'adresse. »

MG12 : « Au début, quand je n'étais pas très à l'aise avec tout ça, je ne savais pas non plus à qui adresser, c'était compliqué ça. »

Ceci peut créer un sentiment de frustration comme chez une des médecins participants.

MG5 : « Donc c'est un peu frustrant pour les parents et pour nous aussi, de ne pas savoir ce qu'il en est, quel est le diagnostic etc. »

D'autre part, deux des 14 médecins notent la limite du temps de consultation dans la pratique de médecine générale, d'autant plus que la prise en charge des TND prend particulièrement du temps.

MG5 : « C'est vrai que, par exemple, en médecine générale, on a des tests certainement qu'on peut faire et que l'on ne fait pas soit parce qu'on les connaît pas, soit par manque de temps. »

MG11 : « Comme temps, ça revient dans le délai mais nous aussi, le temps de consultation qu'on peut accorder à ce genre d'enfant. [...] Donc il faut pouvoir intégrer au milieu du reste et c'est pas toujours évident. »

De plus, un médecin évoque la diversité de la pratique de médecine générale et la difficulté de pouvoir gérer à même hauteur toutes sortes de pathologies.

MG7 : « Nous en tant que généraliste, on fait de plus en plus de spécialités en fait. De plus en plus de dermato, de pédiatrie, de la gynéco, tout ce qu'on veut quoi, de la cardio ... Il faut savoir tout sur tout, c'est compliqué. »

Ce qui amène cinq des quatorze médecins interrogés à estimer que leur rôle en tant que médecin généraliste reste limité dans la prise en charge des TND. Ils placent plus leur rôle dans le dépistage ou la gestion des pathologies aiguës, comme écrit au préalable, que dans le suivi qui va être le pendant des spécialistes médicaux ou para médicaux.

MG2 : « Moi, je suis démunie souvent. Je trouve qu'on leur apporte pas vraiment grand-chose. »

MG3 : « J'avoue que je redispatche rapidement ces problèmes-là, voilà. Je ne suis pas assez habilité à pouvoir juger de ça. [...] Pour le suivi, pour nous, il n'y a pas grand-chose à faire. Nous, on donne le traitement et puis c'est tout. Il n'y a que ça, voilà. Le suivi cardio ... on se voit pour la tension, le cardio, obligatoire niveau médico-légal. Après c'est tout, après ça s'arrête là. [...] Ben après, pour les retards, le problème, c'est que nous on a rien à faire. C'est pas qu'on en a rien à faire, c'est qu'on peut rien en faire. On a aucune solution, on n'a aucun truc... on les aide du mieux qu'on peut. »

MG5 : « Après, quand il y a vraiment un suivi mis en place par des spécialistes, on perd un peu la main là-dessus. Mais ce qui est logique : nous on s'occupe de la médecine générale et après on suit le parcours de l'enfant mais on n'est plus à l'initiative des changements de traitement ou des suivis, ou des renouvellements des séances de psychomotricité, des choses comme ça. »

MG7 : « Après, si le premier rendez-vous est fait et qu'un diagnostic est posé, après c'est beaucoup plus simple. Ils sont dans le circuit et c'est terminé quoi »

MG11 : « Enfin, si, nous on peut les voir mais pas pour ce problème là en fait, nous on gère plutôt le reste et encore. [...] Bah dès qu'il y a une maladie aiguë hein, infectieuse. Des fois, il y en a quand même qu'on suit pour tout ce qui est vaccination ou chose

comme ça. Mais c'est plutôt pour des problèmes aigus. [...] Et puis, est ce que c'est vraiment à nous de faire des diagnostics ? Dépistage, oui mais diagnostic, peut-être pas. Ça dépend jusqu'où on veut aller et ce qu'on a aussi comme temps. »

Une médecin évoque quant à elle la difficulté de dépistage liée à son appréhension et à l'incertitude diagnostique.

MG12 : « C'est des choses qu'on craint aussi, qu'on appréhende un peu de trouver quelque part.[...] Donc pour moi aussi ce qui est important là-dedans, c'est d'arriver à trouver la mesure entre faire des choses, enfin voilà aller chercher, pousser, chercher et pas trop générer d'anxiété. Donc toujours la mesure entre quand est ce que je dois rassurer et quand est ce que je dois lancer les explorations, enfin voilà. »

Par ailleurs, elle estime que la part de sa patientèle avec TND est influencée par la proximité d'un médecin spécialisé.

MG12 : « Alors, moi je pense que j'en ai moins, je n'ai pas le même recrutement que C. Et naturellement aussi, comme C. est à côté, je pense que j'en ai moins parce que je pense que dès qu'il y a finalement un souci, ils vont naturellement vers elle, soit moi quelques fois je lui en ai envoyé. Alors moi, des troubles de la sphère autistique, j'en ai vraiment pas beaucoup, parce qu'ils sont tous chez C. J'en ai pas, je pense. Ou très peu. Je le dis parce que je pense qu'après ils basculent chez C. le peu que j'ai eu. »

Pour finir, une des médecins évoque que la cotation de la consultation lors d'une prise en charge d'un TND par rapport au temps consacré peut constituer un frein.

MG13 : « Le manque de reconnaissance peut être au niveau de l'acte, au niveau de la valorisation de l'acte. Parce que si on prend 25 euros ou 30 euros pour une heure de travail, c'est sûr que ça donne pas forcément envie au médecin de passer du temps là-dessus. »

(iii) Liées aux TND

La difficulté de prise en charge des TND tient à la pathologie en elle-même.

En effet, treize des quatorze médecins interrogés évoquent un ensemble de pathologies diverses, complexes, dont la prise en charge est spécifique, chronophage, régulière et au long cours.

MG2 : « C'est compliqué ! [...] Et puis, difficile parce que ça dure longtemps aussi. Ça commence tôt, ça finit tard ... si ça finit un jour. [...] Nous, on les fait venir 1 mois sur 2. Un mois sur 2, je fais le renouvellement par téléphone : la maman demande et ... Et un mois sur 2, j'exige de les voir. »

MG5 : « Oulah ... on a toute la soirée ! [...] C'est tellement vaste que je ne sais pas structurer mes idées. [...] Parce que c'est hyper chronophage, on passe un temps fou. »

MG6 : « La difficulté à dépister les enfants. [...] Et le fait qu'ils (les parents) demandent souvent une réponse immédiate à un problème qui ne peut être géré que dans le temps. »

MG7 : « Et si on veut vraiment une consultation ... ça va prendre un temps. On n'a pas le temps forcément de tout faire. »

MG12 : « Et au fil du temps au final, je me suis rendue compte que les neuros bien souvent ils posent pas de diagnostic tout de suite mais le tout, c'est de mettre en place les prises en charge et dans le temps, on voit ce qu'il se passe souvent au final. »

MG14 : « Ouh, c'est un sujet vaste ! [...] Alors ça va être plus tout ce qui est dys en général, tout ce qui va être trouble type TDAH qu'on va avoir aussi au cabinet. J'ai un patient autiste, que je suis mais pareil de manière conjointe. »

Deux d'entre eux précisent que la prévalence de ces troubles est importante.

MG1, à propos des TDA/H : « ça y'en a énormément. »

MG14 : « D'abord parce qu'il y a de plus en plus de troubles »

Par ailleurs, les TND représentent une part conséquente des pathologies pédiatriques suivies par les MG interrogés, dont la majorité est le TDA/H puis viennent les troubles spécifiques des apprentissages.

MG2 : « Et après, on a énormément de troubles déficit de l'attention et hyper activité, énormément. On en suit vraiment beaucoup. »

MG13 : « TDA, j'en vois beaucoup, j'en suis beaucoup, on renouvelle beaucoup le méthylphénydate. On renouvelle aussi beaucoup les séances d'orthophonie. [...] c'est vrai que les dys on en voit beaucoup beaucoup beaucoup. »

La particularité de certains de ces troubles va aussi rendre moins propice la consultation pour leur prise en charge au vu de l'organisation du MG, comme le précisent deux MG interrogés.

MG6 : « C'est à dire que, nous au cabinet, les enfants on les voit quand même pas des heures entières. En plus, c'est un cadre un peu particulier, ce n'est pas leur cadre de vie habituel. »

MG8 : « Parce qu'ici, je travaille le matin avec rendez-vous mais l'après-midi sans rendez-vous et il y a parfois des enfants qui nécessitent ces suivis-là qui viennent sans rendez-vous. Donc ce sont des consultations quand même où il faut prendre un certain temps. »

La charge administrative relative aux TND est citée également par trois des quatorze médecins interrogés.

MG11 : « Et parfois, ça arrive quand même pour des problèmes de papiers. Ça, ça m'est arrivé. Notamment, quand il y a besoin de l'AVS en urgence et qu'à Pâques, on se réveille pour aller faire le dossier MDPH. »

(iv) Liées à la famille

Les MG, pour six des quatorze interrogés, lors de la prise en charge des TND, sont confrontés au déni parental entraînant une mauvaise voire un non adhésion aux soins.

MG4 : « Alors, c'est très rare, ce qui peut être difficile, c'est quand il y a un problème d'un enfant à l'école, la maitresse le signale et c'est les parents qui bloquent. C'est très rare mais j'en ai eu une il y a pas longtemps et déjà faire admettre aux parents que l'enfant avait un souci, ça a été difficile. Elle veut pas qu'il y ait de prise en charge, elle refuse l'orthophoniste. Il y a vraiment un blocus qui est impressionnant. »

MG7 : « Il y en a d'autres, ça fait trois fois qu'on fait une consultation par exemple pour l'orthophoniste parce qu'ils y vont pas. Donc là c'est plus compliqué. C'est à dire que s'il n'y a pas une adhésion complète des parents, ça ne marche pas. Il y a parfois des problèmes quand les parents sont divorcés. »

MG12 : « Quand c'est toi qui pointe du doigt quelque chose que tu as dépisté mais qui n'est pas reconnu par le parent, c'est très compliqué. Notamment tu vois, les troubles du langage, ça c'est compliqué. »

Ce qui pose particulièrement problème quand les familles ne souhaitent qu'un suivi spécialisé, ce que soulignent deux médecins, qui peut aller jusqu'à l'errance diagnostique dans le cas d'un des médecins interrogés.

MG5 : « L'accès aux spécialistes est important. On peut vouloir mettre en place une prise en charge, les parents ne le feront pas forcément, ils ne se rendront pas compte de l'importance. Par contre s'ils voient un spécialiste alors derrière, ils feront les bilans préconisés par le spécialiste. Je trouve que le spécialiste a plus de poids dans les prises en charge auprès des parents. »

MG13 : « C'est à dire qu'en tant que médecin généraliste, souvent, les parents ils ont l'impression qu'on n'est pas formés, qu'on connaît pas ce genre de troubles et que du coup, forcément, on n'est peut-être pas les meilleures personnes vers qui aller quand on doit dépister et réorienter. »

MG14 : « Et du coup, ou les parents il arrivent à passer le pas et à aller voir le médecin. Ou j'ai des patients qui, avant de venir me voir, ont erré parce qu'ils sont allés voir directement l'orthophoniste, qui n'avait pas demandé de choses chez le médecin, puis qui les a envoyé au neuro psy, puis qui les a renvoyés au psychomot, qui les a renvoyés des fois au kiné, puis qui finalement vont atterrir chez le pédopsy qui va le voir une fois et qui va dire « non non il n'y a rien » mais ils errent comme ça pendant deux trois ans. »

Dans le cas de trois médecins interrogés, les parents ne consultent avec leur enfant que pour des pathologies somatiques mais ne se rendent pas aux consultations pour le suivi du TND de leur enfant, entraînant un suivi irrégulier par le MG de cette pathologie en question.

Pour d'autres, ils ne réalisent pas que leur médecin est susceptible de les aider.

MG5 : « Parfois même, à l'occasion d'une autre consultation, on se rend compte qu'il y a un problème, qu'il y a vraiment un trouble mais que les enfants ne sont pas suivis et les parents font avec en se disant « oui, il est comme ça ». Constat d'échec. Peut-être parce qu'ils ne savent pas qu'on pourrait les aider. »

MG13, à propos d'une patiente autiste : « Avec elle, je ne gère pas du tout le TSA, je gère vraiment le quotidien. C'est une jeune fille de 15 ans donc voilà il faut gérer les

troubles, les dysménorrhées, les problèmes de santé ... voilà, la constipation et compagnie. »

MG14 : « Les parents, eux, ne viennent pas forcément faire le point s'ils ne sont pas malades. Donc ça aussi, c'est un vrai problème. C'est à dire que, pour les parents, ils voient l'orthophoniste, ils voient le psychomot, ils voient le neuropsych mais voilà, donc ça s'arrête là. [...] Mais pour les parents, la plupart du temps, quand il y a un problème, ils estiment que ça sert à rien de, une fois qu'on a tout lancé, ça sert à rien de revenir tous les trois mois faire le point. »

Par ailleurs, quatre médecins ont évoqué que les TND sont pourvoyeurs d'anxiété et de culpabilité parentale qu'ils doivent alors gérer.

MG1 : « Oui, moi je vais avoir tendance à plus amorcer les choses parce que les parents sont en demande, ils sont hyper angoissés en général. »

MG7 : « Moi, quelqu'un qui vient pour un enfant sans rendez-vous, je vais le prendre quand même entre les deux. Je vais faire vite mais pour rassurer les gens. Les gens ont besoin d'être rassurés. »

MG12 : « Et c'est toujours source d'anxiété pour les parents. »

MG14 : « Par contre, ça fait énormément culpabiliser les parents. C'est-à-dire que vous avez un enfant, là je parle aussi en tant que parent, vous allez à l'école, on vous dit « votre enfant a un problème, il a du mal avec ça et avec ça » et du coup, vous êtes désemparés. »

L'accompagnement des familles est parfois difficile, comme le note un médecin.

MG2 : « C'est les parents qui doivent se mettre des combats énormes et on sait pas bien les accompagner. »

(v) Liées à l'environnement

L'environnement de certains patients entraîne une inégalité d'accès aux soins, rendant donc difficile la prise en charge des TND. Huit parmi les quatorze MG interrogés en font part.

MG3 : « Il faudrait que vous fassiez votre enquête à la Paillade, vous verrez que ce sera pas du tout pareil. »

Cela peut être du fait du coût financier des soins, certains bilans ou séances de rééducation n'étant pas remboursés par l'assurance maladie.

MG2 : « Là, on leur propose des trucs et puis, ben s'ils ont pas les moyens, ça débouche sur rien. »

MG4 : « C'est pour ça qu'il y a beaucoup de gens qui vont à l'hôpital : parce que c'est tout pris en charge, que ce soit les tests de QI qui vont permettre de diagnostiquer plein d'autres choses à côté, avec entre autres le déficit de l'attention. Que ce soit les bilans psychomoteurs, etc. En médecine de ville, ça a un coût et tout le monde n'a pas les moyens. »

MG5 : « Pour les raisons évoquées financières par rapport au bilan psychomot, on ne fait pas de séances d'ergothérapie par exemple parce que ce n'est pas pris en charge. [...] Mais quand les gens sont déjà ric rac, ils ont l'AAE mais ça leur sert à manger mais pas à payer les séances de psychomot. »

MG8 : « Ou s'il y a des besoins de soins non remboursés comme de l'ergo, comme de la psychomotricité. Dans le quartier où je travaille, les gens n'ont pas les possibilités financières. »

MG9 : « soit des difficultés d'accès aux soins et notamment, les soins non remboursés. [...] Et puis tout ce qui va avec la précarité en fait : le manque de mobilité, l'oubli des rendez-vous ... »

Par ailleurs, la barrière de la langue ou les différences culturelles entraînent une incompréhension des parents concernant le suivi et donc un frein.

MG8 : « Il y a des familles qui ont du mal à comprendre, que ce soit barrière de la langue ou barrière culturelle, les conseils, les préconisations, les écrans, la sollicitation, les jeux, les interactions familiales ... »

MG9 : « Il y a la barrière linguistique aussi. »

Pour certains médecins, il existe une influence environnementale sur l'évolution des pathologies.

MG3 : « on se demande si ce n'est pas dû à notre mode de vie actuel qui fait ça, avec tous les écrans pour ne pas les nommer. »

MG14 : « qu'il y a beaucoup plus de facteurs accompagnants aussi. Tout ce qui est écran clairement. »

Pour une autre, il est parfois difficile de distinguer la part réellement pathologique de la part éducative du comportement de certains enfants.

MG9 : « Et puis, la difficulté aussi souvent pour faire la part de ce qui est pathologique et de ce qui est purement éducatif on va dire »

(vi) Liées à l'école

Trois des médecins interrogés soulignent les difficultés de communication avec l'école.

MG6 : « Non, l'école, il y a toujours 2 réponses : l'enfant est turbulent, ça pose des problèmes, on convoque les parents parce qu'il y a des soucis. Et en parallèle, on dit aussi aux parents qu'il faudrait aller voir un orthophoniste. Mais on ne fait pas le lien entre les deux. »

MG10 : « L'école aussi. La relation avec l'école, avec les enseignants. On n'a pas grand-chose à dire avec l'école. [...] C'est des relations indirectes quoi. C'est les parents ou les familles d'accueil qui nous disent ce qu'il se passe mais il n'y a pas de rapport quoi. Ce serait bien qu'ils nous disent. »

MG14 : « Je dis pas qu'on a 50 enfants qui ont un TDAH par exemple, mais clairement, je n'ai jamais un courrier de l'école, de la maitresse ou autre pour dire « qu'est-ce que vous pensez de ce cas ? est ce qu'il y a nécessité de ? », c'est « vous demanderez à votre médecin un bilan orthophonique ». Donc, non non, je n'ai jamais eu de retour là-dessus malheureusement. »

Ceci aboutit souvent à une demande de prescription de bilans de la part des parents, suite à une sollicitation initiale de l'école auprès d'eux et parfois même sans que le médecin généraliste ne puisse voir l'enfant. Cela peut s'apparenter à une réelle pression sur le médecin pour trois d'entre eux.

MG7 : « Le problème, c'est que si une école nous dit « il y a un problème avec votre enfant, allez voir votre médecin pour qu'il vous fasse une prescription pour l'orthophoniste. », on voit le gamin et tout ça, on pose des questions et tout mais même

si on trouve qu'il n'y a rien de particulier, on va lui faire faire la consultation orthophoniste, le bilan. Pour être sûr de ne pas passer à côté. »

MG13 : « On nous dit « ah bah la maitresse a dit que - notamment pour les dys - il faut faire un bilan orthophonique alors ben faites nous le bilan orthophonique. ». Mais bien sûr, l'enfant n'est pas là et on ne l'a pas vu depuis 6 mois ou depuis 1 an. »

MG14 : « C'est à dire que si au bout de la troisième fois que la mère vient en me disant « il faut absolument le bilan pour l'orthophoniste, parce que la maitresse n'arrête pas de me dire que », on finit par céder. »

Une médecin parle d'une réelle difficulté de coordination avec l'école.

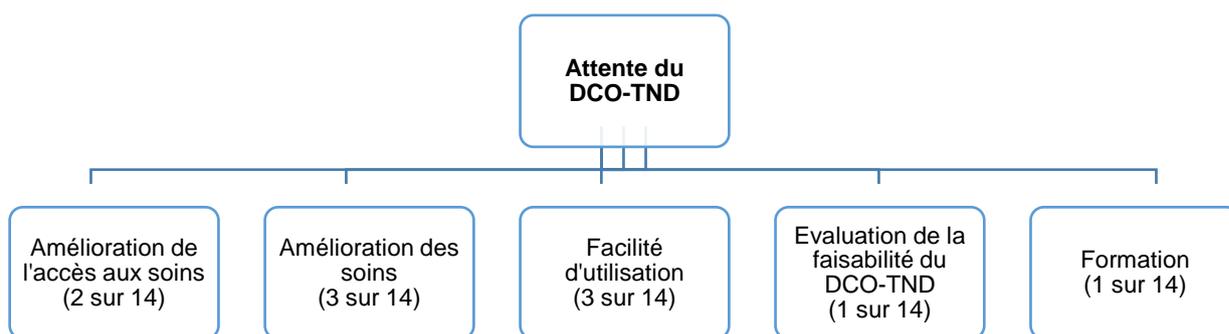
MG13 : « Et aussi peut être recentrer les maitresses, qui sont quand même ... les maitresses ou le corps enseignant de manière générale, mais sur quel est leur rôle. C'est à dire que leur rôle n'est pas de poser un diagnostic, leur rôle est de nous alerter et de nous les renvoyer vers nous et de ne pas les envoyer chez l'orthophoniste direct. [...] mais moi, je n'ai pas encore réussi à avoir de relation dans les deux sens avec le corps enseignant ce qui fait que du coup on a bien compris qui était le ... quel était le rôle de chacun. »

Deux médecins soulignent quant à eux que l'alerte de l'école est parfois trop précoce ou trop tardive.

MG6 : « Sur le plan de la scolarité, je pense que le repérage dans la scolarité se fait souvent un peu tard. C'est à dire que quand l'enfant commence à poser problème dans l'environnement où il se trouve, là l'enseignant va se manifester en disant : « il y a un souci ». Mais on aurait pu le repérer plus tôt »

MG14 : « Et puis, vous avez des profs qui ne savent pas donc dès 3 ans, première année de petite section, il faut aller voir l'orthophoniste. [...] Et des fois, c'est aussi à l'inverse, la maitresse ne s'inquiète pas du tout et puis on arrive au CE1 en disant « euh mon enfant, il ne sait toujours pas bien lire, toujours pas bien écrire, il a de grosses lacunes de concentration, de machin » et en fait, ou on trouve des dys, ou on trouve éventuellement un TDAH. »

c. Attentes du DCO-TND



(i) Amélioration de l'accès aux soins

Une des attentes du DCO-TND de deux des MG est qu'il améliore l'accès aux soins pour leurs patients. Cela concerne autant l'accessibilité des professionnels partenaires du DCO-TND en transport en commun par exemple que leur proximité de certaines villes plus éloignées de la métropole.

MG8 : « Et que ça soit géographiquement accessible, c'est à dire les partenaires. Parce que les familles des quartiers, elles ont souvent pas de voiture, les mamans se déplacent en bus avec la poussette. Donc si c'est pas accessible en bus ou en tram, elles iront pas quoi. »

MG10 : « De proximité aussi, parce que si c'est tout sur Montpellier, ça va poser problème à certaines personnes. »

(ii) Amélioration des soins

Trois MG interrogés ont souligné l'importance pour eux que le DCO-TND soit une réelle aide à l'orientation des patients dans la prise en charge et à la coordination des soins.

MG1 : « En plus, nous on gère dans une même journée la chir orthopédique d'un genou, une névralgie faciale .. Enfin bon, j'ai du mal à avoir en tête pour chaque spécialité où est ce qu'on adresse les patients au mieux et au plus vite. [...] Donc c'est vrai s'il y avait une consult un peu tout venant entre guillemets, ça pourrait être bien, ça pourrait éviter des erreurs d'aiguillage. »

Ils attendent des moyens suffisants pour répondre à la demande des patients.
MG10 : « Si les moyens qui sont mis en place sont suffisants. »

(iii) Facilité d'utilisation

Une autre attente partagée par trois médecins est la facilité et la simplicité d'utilisation du DCO-TND.

Pour d'autre, une structure bien organisée est attendue.

MG3 : « Non après, s'il y a une structure qui est bien organisée, moi y'a pas de problème, je suis partenaire. »

MG10 : « Que ce soit simple et facile niveau .. je ne sais pas, informatique. Faut pas que ce soit trop compliqué. Qu'on ne passe pas des heures au téléphone quoi, c'est ça. Faut pas qu'on ... que ce soit direct quoi. Qu'on appelle les secrétaires, qu'on appelle machin ... que ça dure 2-3 heures pour avoir quelqu'un. »

MG13 : « Mais moi ce que j'aime dans mon travail, c'est que je puisse communiquer facilement avec les autres acteurs de la santé du patient et que cette communication ne me prenne pas du temps sur mon travail pour d'autres patients quoi. Que ce soit simple et facile d'accès, c'est ultra important pour moi. »

(iv) Evaluation de la faisabilité du DCO-TND

Egalement, un des médecins souligne le fait qu'il souhaiterait que la faisabilité du DCO-TND soit évaluée.

MG10 : « Qu'il y ait une évaluation après, du dispositif. Que ce soit évalué, que ça marche quoi. »

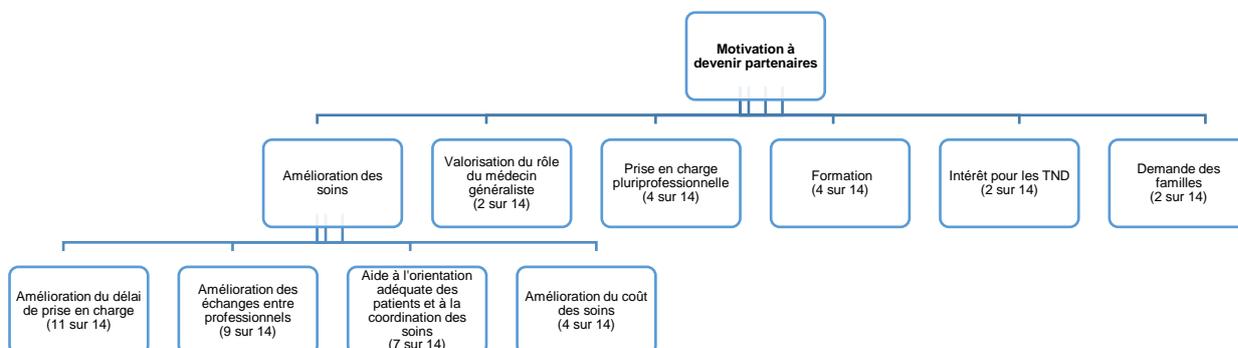
(v) Formation

Pour finir, un des médecins a fait part de son attente de formation via des conseils donnés lors des avis pris auprès des partenaires du DCO-TND.

MG1 : « Puis s'il y a un spécialiste qui nous sensibilise sur tel ou tel point à surveiller, qui nous demande « voyez l'enfant tous les mois ou tous les 15 jours, surveiller tel point avec

les parents », moi ça peut m'intéresser d'être un peu, effectivement, coachée à ce niveau-là ouais bien sûr. »

d. Motivations à devenir partenaires du DCO-TND



(i) Amélioration des soins

Pour certains médecins, l'amélioration des soins que semble pouvoir permettre le DCO-TND relève d'une attente, tandis que pour de nombreux autres, elle est une réelle motivation.

Cette dernière découle des difficultés rencontrées et se situe à plusieurs niveaux.

En premier lieu, ce qui est évoqué par onze d'entre eux est l'amélioration des délais de prise en charge. Pour la plupart, c'est la réactivité que semblerait avoir le dispositif qui les motive, pour un autre, c'est de pouvoir avoir une première consultation avec un spécialiste rapidement si elle est nécessaire.

MG5 : « Donc là vraiment, le fait de pouvoir porter un diagnostic ou suspecter ou en tous cas, porter un diagnostic de trouble, même si on ne sait pas lequel, et de pouvoir dire aux gens, eh bien rapidement on va vous aider, essayer de voir ce qu'on peut faire pour améliorer les choses. Vraiment, j'adhère à cent pour cent à ce projet-là. »

MG7 : « Ce qui motive, c'est si on peut améliorer les choses. Les enfants sont notre avenir donc si on les gère pas bien, je pense que c'est plutôt catastrophique. »

MG9 : « Oui, ça me paraît des délais archi rapides. Donc ça, c'est intéressant. [...] C'est surtout de débloquer les situations. »

MG6 : « La réalité d'une première consultation rapide lorsqu'elle est utile. »

L'amélioration des échanges avec les spécialistes médicaux et para médicaux, grande difficulté dans la pratique citée auparavant, est un élément très motivant pour neuf des médecins interrogés. Pour un des médecins, cela tient dans la possibilité de contacter rapidement un spécialiste pour un avis. Pour une autre, les modalités d'échanges à distance que revêtirait le DCO-TND semblent très pratiques.

MG1 : « Et puis, ce qui m'intéresse, c'est s'il y a véritablement un échange. »

MG3 : « Ce qui me motiverait, c'est d'avoir un pédopsy rapidement au téléphone, ça c'est une très bonne chose. Un contact rapide. »

MG7 : « Donc le facteur limitant qui est le temps, s'il peut être raccourci avec des échanges, plus rapides, ça c'est plutôt pas mal. »

MG8 : « D'avoir une réponse dans les délais que vous venez de citer, ça c'est un intéressant. [...] Donc qu'on ait des outils et des partenaires réactifs et des moments d'échange, ça me paraît très complet. [...] Donc qu'il y ait un retour des suivis ou des choses, c'est important. »

MG13 : « Ouais, c'est l'amélioration de la communication et l'amélioration des soins de nos patients quoi. Ça, c'est ultra motivant. »

Egalement, une des motivations réside dans l'amélioration de la coordination des soins et dans l'aide à l'orientation adéquate des patients et ce, pour sept des MG interrogés.

Un des médecins souligne l'intérêt du DCO-TND de centraliser la prise en charge en ayant un seul interlocuteur.

Une autre médecin relève quant à elle le fait que le DCO-TND permettrait une meilleure connaissance du réseau de partenaires.

MG12 : « C'est à dire voir ce qu'on va gérer seul, voir ce pour quoi il nous faut plus d'aide. Et effectivement, c'est très intéressant. [...] Ça c'est sûr que c'est des pistes à mon avis d'avenir intéressantes pour décharger un peu les services qui sont engorgés de consults et surtout faire au plus judicieux. Comme tu dis, la gradation. »

MG3 : « En plus, il n'y a qu'un seul interlocuteur, ce serait magnifique. »

MG8 : « D'avoir des moments de coordination, en plus à distance, ce qui est assez pratique, ça fait un peu rêver. [...] C'est bien d'avoir plusieurs possibilités et d'échanger, de se connaître aussi. »

Enfin, pour quatre des médecins interrogés l'amélioration des soins liée au DCO-TND tient dans l'amélioration du coût des soins, qui est une difficulté importante dans leur pratique pour la prise en charge de leurs patients.

MG2 : « Que ce soit remboursé, tout ce qui est para médical soit remboursé. [...] C'est tout ce qui est du para médical, auquel ils ont pas accès et que ça, ça va leur donner accès. [...] Et pour nous, bah, pour nous c'est des interlocuteurs, ça c'est sûr, qu'ils soient accessibles et qu'on puisse leur proposer des choses qu'ils pourront financer. »

MG9 : « Alors sincèrement, la première des choses, ce serait la prise en charge de soins habituellement non remboursés. Parce que je pense que c'est le plus gros frein qu'on rencontre au quotidien pour ces enfants. »

(ii) Valorisation du rôle du médecin généraliste

Une des motivations de deux médecins généralistes à devenir partenaire du DCO-TND tient dans la valorisation de leur rôle dans la prise en charge des TND.

Pour une médecin, cela tient dans le fait d'être partie prenante du suivi des enfants.

Par ailleurs, c'est la mise en valeur financière de leur implication, via la rémunération des partenaires, qui marque la valorisation de leur rôle.

MG13 : « Etre un acteur actif dans le suivi du patient, faire partie des réunions et avoir accès à des formations, ça c'est top. [...] Après oui, le fait que ça soit valorisé, c'est bien. Après moi je suis encore un bébé docteur et je pense être encore un peu naïve sur ma façon de fonctionner mais oui, sur le long terme, c'est sûr que d'avoir une bonne rétribution et se dire que voilà, on arrive aussi à gagner notre vie de la manière la plus adéquate, c'est sûr que c'est intéressant. »

MG8 : « Ouais et puis s'il y a une rémunération, ça permet à chacun de prendre le temps de faire ces temps de travail quoi. C'est important aussi qu'il y ait une rémunération. Parce que la réalité c'est qu'on doit assumer ces consultations et les consultations

longues, c'est du temps et le temps doit être aussi ... ce temps qu'on prend pour les enfants, nos patients, s'il est rémunéré, il devient possible ou un peu plus facile à prendre quoi. »

(iii) Prise en charge pluri professionnelle

La prise en charge pluri professionnelle des enfants avec TND au sein du DCO-TND est une autre motivation qu'ont exprimé quatre des médecins interrogés.

MG2 : « Et la prise en charge en équipe, c'est hyper important. »

MG3 : « La prise en charge avec infirmière et psychiatre associés, c'est une très bonne chose aussi. »

MG5 : « Pour moi, c'est l'avenir de la médecine générale de travailler en concertation. »

*MG12 : « Et puis, il faut des correspondants qui connaissent bien le sujet quoi. Il nous faut des correspondants un peu spécialisés, orientés je pense. En tous cas, quand on gère
seul. »*

(iv) Formation aux TND

La formation, qui serait demandée aux médecins partenaires, est aussi une source de motivation pour quatre médecins.

MG8 : « D'avoir une formation pour avoir des bases communes. »

MG9 : « Et la formation également. »

(v) Intérêt pour les TND

Deux médecins ont clairement formulé que leur motivation principale à devenir partenaire trouvait sa source dans leur intérêt pour les TND.

MG11 : « Déjà, l'intérêt pour ces questions-là avant tout. Enfin, je trouve que pour adhérer à un truc, il faut vraiment que ça nous plaise et se sentir concerné. »

MG14 : « Eh ben en fait, c'est plus que c'est une problématique qui m'intéresse. [...] Donc voilà, je pense que c'est une vraie problématique actuelle. Donc à la fois la problématique me plaît et puis j'en ai marre qu'on dise des enfants que juste ils sont turbulents alors que des fois, il y a peut-être des choses en dessous à chercher. C'est plus ça qui me motive parce que c'est un sujet qui me plaît tout simplement. »

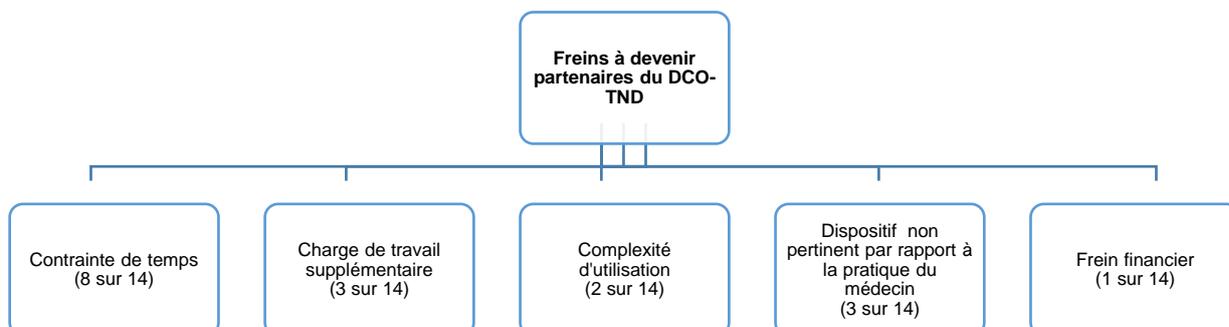
(vi) Demande des familles

Pour finir, une des motivations pour deux médecins à devenir partenaire demeure dans la constatation d'une demande de la part des familles. Une des médecins parle du réel rôle de soutien que peut avoir de tel dispositif.

MG2 : « Ils sont tellement démunis qu'ils ont besoin d'être très entourés pour que ça marche. [...] Donc, on en a besoin, les patients et nous. »

MG4 : « Il y a une demande de toutes façons. »

e. Freins à devenir partenaires du DCO-TND



(i) Contrainte de temps

Le principal frein que huit médecins ont souligné est le caractère chronophage que pourrait avoir le DCO-TND ainsi que leur manque de temps dans leur pratique quotidienne.

MG1 : « Par exemple, je ne peux pas m'engager à faire des réunions toutes les semaines à l'hôpital ou des trucs comme ça. Question de timing, je ne peux pas trop prendre sur mon emploi du temps ou faire des trajets insensés plusieurs fois par mois. Après, c'est une question de temps quoi. »

MG7 : « c'est la notion de temps. Nous en tant que généralistes, on est débordés. De plus en plus débordés. [...] C'est à dire qu'on court après le temps, on a du monde donc ... moi, j'ai 2-3 heures d'attente et déjà je suis toujours en retard sur mes rendez-vous. C'est ingérable en fait. Le problème est là. Donc c'est très bien de faire des chats et tout mais on le fait quand ? Moi, je finis, il est 9h du soir. A 9h du soir, je ne vais pas utiliser des chats. [...] Mais c'est la notion de temps : je ne sais pas où caser mon temps. »

MG11 : « Le temps, toujours. Le temps qu'il va falloir y consacrer, de formations, de réunions. Même si c'est très intéressant mais bon voilà, c'est le temps qu'il faut prendre et qui va être pris sur le temps libre et pas sur le temps de travail. »

MG13 : « A la limite, le temps. C'est sûr que si ça me prend trop de temps, c'est sûr que je ne le ferai pas. »

(ii) Charge de travail supplémentaire

Une des médecins souligne que le fait d'être identifiée partenaire du DCO-TND par les patients, grâce à l'amélioration des soins effectuée, peut amener à recevoir spécifiquement des enfants avec TND et à augmenter la patientèle prise en charge.

MG11 : « Et puis après, l'autre question un peu sous-jacente, c'est si on est dans ce réseau-là, du coup on aura peut-être plus facilement des enfants en relevant et est ce qu'on va pouvoir intégrer ça dans déjà le flux constant de patients qu'on a ? Parce qu'après, dans les villages, les gens discutent entre eux et ils disent « oui, mon gamin, il a ça, il a ça. – Ah bah, va voir mon médecin, je sais qu'elle s'en occupe, elle m'a eu facilement un rendez-vous. », voilà. Donc ça peut amener d'autres patients, de nouveaux patients peut être mais qui pourront plus s'intégrer dans ce qu'on a déjà. Et en plus, ce sont des patients qui prennent un peu de temps aussi. Donc des journées qui vont se rallonger encore, si c'est encore possible. Ce sera peut-être plutôt ça. »

Elle pose aussi la question des autres médecins généralistes non partenaires du DCO-TND qui solliciteront peut être le DCO-TND mais n'adresseront peut être pas leurs patients aux médecins généralistes partenaires.

MG11 : « voilà, il va y avoir des médecins qui vont faire partie du réseau et quid des autres ? Moi, connaissant comment ça se passe dans le coin, un médecin ne va pas adresser son patient à un autre médecin généraliste du coin, ça ne se fait pas comme ça quoi. [...] parce que si un médecin appelle et dit « voilà, il faudrait qu'il soit vu par un médecin ressource », je ne suis pas sûre que ça marche quoi. Là, j'ai un doute quand même. »

Dans la même idée, un médecin pense que le DCO-TND entrainera une surcharge de professionnels déjà surchargés de travail.

MG6 : « Les pédopsys sont déjà des gens très chargés, je serai surpris qu'ils recrutent pour gérer cette plateforme donc ça va être du travail supplémentaire qui va être mis sur les épaules de gens qui en ont déjà par-dessus la tête. De prime abord, je ne suis pas convaincu que ça fonctionne. Parce que, toujours la même chose, ça manquerait d'effectifs. »

Pour une dernière se pose la question d'une éventuelle charge administrative, qui a pu être identifiée au préalable comme difficulté de prise en charge des TND.

MG12 : « Enfin, si ça implique pas des tonnes de paperasses, voilà. Si ça implique pas de grosses contraintes, de je ne sais quel ordre d'ailleurs. »

(iii) Complexité d'utilisation

L'éventuelle complexité d'utilisation du DCO-TND et la mauvaise visibilité du parcours du patient qui pourrait en découler sont évoquées à deux reprises comme frein au partenariat.

MG8 : « S'il y a des étapes un petit peu complexes. [...] Donc si on envoie vers un pédopsy du dispositif, c'est indispensable que lui nous renvoie son compte rendu et ce qu'il préconise et peut être un autre compte rendu à 6 mois par exemple pour qu'on sache où ça en est. Est-ce qu'il vient, est ce qu'il vient pas, est ce que ça va, est ce que ça va pas. Parce que les gens ne reviennent pas toujours tout de suite nous dire, ou ne nous disent pas ou reviennent pas et on ne sait pas. »

MG10 : « Trop compliqué, trop lourd, trop chronophage. »

(iv) Dispositif non pertinent par rapport à la pratique du médecin

Un des médecins estime que son réseau de partenaires libéraux le satisfait pour prendre en charge ses patients et ne voit pas réellement le gain de devenir partenaire du DCO-TND.

MG6 : « Je ne pense pas qu'ils pourront apporter plus que ce que je peux trouver dans les partenaires à proximité dont j'ai l'habitude. »

Une autre médecin suppose que pour les médecins généralistes ayant peu d'enfants dans leur patientèle, le DCO-TND pourrait leur paraître peu utile.

MG5 : « Je me demande quel médecin a priori comme ça pourrait ne pas être enthousiasmé par ce genre de dispositif. A moins d'avoir vraiment une patientèle pédiatrique très réduite et de ne pas en voir l'intérêt. »

Par ailleurs, un médecin pense que la priorité donnée aux patients adressés par les médecins partenaires entraînera un retard de prise en charge d'autres patients.

MG7 : « Parce que, du coup, si vous dédiez des places, ça veut dire qu'il y a d'autres pathologies qui vont être encore plus décalées. [...] Mais malheureusement, c'est un facteur limitatif ... comme je vous disais, si les pédopsys ou les personnels soignants quels qu'ils soient ouvrent des créneaux spécialisés pour les urgences, ça veut dire qu'ils débloquent des rendez-vous de non urgence. Donc du coup, sur d'autres trucs, ça va être pareil. »

Ce dernier est confronté également à la volonté des familles d'une prise en charge spécialisée des TND, ce qui serait équivalent à un frein involontaire du médecin.

MG7 : « Mais il y a des gens qui vont dire « ah je ne vois que le CHU », ils prennent rendez-vous sur le CHU pour des trucs où on se dit « mais il n'y a pas besoin du CHU ». C'est ça aussi. Il faut voir la demande des gens. »

(v) Frein financier

Un des médecins pense que le rapport peu avantageux du temps consacré aux enfants avec TND et de la rémunération en regard peut freiner certains médecins à devenir partenaires.

MG14 : « Le côté financier aussi : si je ne faisais que ça toute la journée, ça ne serait pas possible parce que forcément, en gros en moyenne je vois un patient toutes les 15/20 minutes, donc si je ne fais que des 30 minutes toute ma journée à 25 euros ... Ca aussi, c'est vrai que ça va freiner. [...] . Mais voilà, parce que c'est pareil, si on fait vraiment des tests, un truc un petit peu long, ça peut durer facilement 45 minutes/1 heure une consult. Donc ça, ça peut être gênant aussi. Même si c'est clairement pas le premier facteur limitant pour moi. Mais je sais que pour certains, pour en avoir déjà parlé, c'est quelque chose d'embêtant. »

IV) Discussion

1. Les principaux résultats

a. Les médecins généralistes : des interlocuteurs de choix

Les enfants et adolescents représentent 25% de la population française selon le rapport Sommelet (47).

Or, il existe une pénurie de pédiatres libéraux, le ratio du nombre d'enfants par pédiatre en France est parmi les pires d'Europe. Seul un enfant sur 5 a accès à un pédiatre. De plus, on observe une augmentation du nombre de naissances et une diminution du nombre de pédiatres, ce qui tend à réduire encore plus le nombre d'enfants suivis par un pédiatre (48). En 2016, on notait un effectif de 102 485 médecins généralistes dont 67% en exercice libéral contre 7 861 pédiatres avec un exercice libéral dans 40% des cas (49). Concernant la pédopsychiatrie, sur l'ensemble des psychiatres, seul 15 à 30% assureraient des consultations de pédopsychiatrie, selon le Collège National Universitaire (13). Le dossier de Bec et al. (1) souligne la diminution du nombre de médecins spécialisés, avec 27% de pédopsychiatres en exercice en moins tandis qu'il est estimé une augmentation de 50% de la demande de soins en santé mentale chez l'enfant et l'adolescent dans les dix prochaines années. Actuellement, seul un jeune sur six a accès aux soins.

Le médecin généraliste est donc amené à recevoir une part importante d'enfants en consultation et, qui plus est, avec TND. La particularité de cet ensemble de pathologies réside dans le fait que le MG va recevoir les enfants en consultation autant pour le TND en soi que pour des motifs somatiques. Il sera donc forcément confronté à ces pathologies pédopsychiatriques qui peuvent impacter les-dites consultations somatiques. Ainsi, la part pédiatrique de la patientèle des médecins généralistes interrogés dans l'étude était de 31% en moyenne, ce qui concorde avec le pourcentage d'enfants au sein de la population française énoncé plus haut. De plus, le rapport Sommelet note que le médecin généraliste assure la prise en charge de 80% des enfants à partir de 2-4 ans. En effet, il est souligné que « *le suivi du développement de l'enfant, le diagnostic et le traitement de ses pathologies médicales et/ou chirurgicales et/ou comportementales ne sont pas l'apanage exclusif des pédiatres.* ». Dans le travail de thèse du Dr Artis (50), 99% des MG interrogés ne pensent pas que la prise en charge des enfants ne relève que du pédiatre. Ces notions en théorie se retrouvent également en pratique. En effet, la moitié des MG

interrogés font part de leur rôle central au sein des soins primaires, sans distinction d'âge du patient. La notion de soins primaires est inscrite dans la législation française depuis juillet 2009 et la loi HSPT (51). Les MG estiment également réaliser un rôle de coordination. Certains des MG interrogés remplissent ces rôles en s'impliquant dans la coordination des soins, en soutenant les familles ou en se formant, pour permettre la prise en charge la plus adéquate possible. Effectivement, ces rôles primordiaux de premier recours et de coordination sont soulignés dans le WONCA (52). Il est ainsi écrit que les MG sont le « *premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé* » et « *ce rôle de coordination est un point clef de l'efficacité des soins de santé de première ligne de bonne qualité. Il permet d'assurer que le patient consulte le professionnel de la santé le plus approprié à ses problèmes de santé.* »

Ceci est également souligné dans d'autres travaux (50,53). Aussi, dans le travail de thèse du Dr Simion, les aidants d'enfants avec TSA considèrent qu'il est du ressort du MG d'orienter et de coordonner les soins (54). Cependant, cette implication n'est pas partagée par tous dans le cadre des TND : dans le travail de thèse du Dr Kertous (41), seulement 38,4% des MG interrogés pensait que les médecins généralistes devaient participer à la coordination des soins des enfants avec TSA et 60,3% pensait que c'était le rôle du pédiatre. Dans notre étude, la moitié des participants ne l'ont pas évoqué lors des entretiens. Or, cela s'inscrit dans la politique de santé française. En effet, la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé (55) inscrit dans ses objectifs la promotion des soins primaires, qu'elle définit comme « *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours* ». De plus, la loi Hôpital Santé Patient Territoire confère au médecin généraliste la coordination des soins lorsqu'il est référent du suivi (51). Cela est aussi vrai en ce qui concerne la place des MG dans la santé mentale, comme le montre l'article de Milleret et al. (56). Ce rôle pivot est noté également en ce qui concerne les TND, que ce soit par exemple dans la prise en charge d'enfants autistes (33) ou avec trouble des apprentissages (3). De plus, la coordination des soins est inhérente à la prise en charge d'un enfant présentant une maladie chronique comme cela est noté dans le rapport de la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de

l'Enfant (57), ce qui est le cas par analogie des TND qui sont un ensemble de pathologies développementales impliquant forcément une prise en charge dans le temps.

L'accessibilité des MG (49,58), en terme d'effectifs comme de situation géographique, participe également à leur recours en première intention par les familles. Un accès facilité aux soins est essentiel pour toute personne, particulièrement pour les personnes en situation de handicap ce qui est le cas des enfants avec TND, avec pour finalité l'amélioration de la qualité de vie. Très justement, le livre blanc de l'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis) sensibilise sur la complexité de l'accès aux soins de santé des personnes en situation de handicap mental (59). Pourtant, l'accessibilité permet la continuité des soins : « *condition sine qua non de la garantie de pouvoir mener à bien leur projet de vie, comme l'ambitionne le cadre réglementaire rénové (loi 2002/2, loi du 11 février 2005)* » souligne le rapport de l'audition publique soutenue par la HAS sur l'Accès aux soins des personnes en situation de handicap (53). Cette continuité est aussi permise par le fait que le MG connaît bien son patient.

Ainsi, le recours au MG par les familles tient aussi pour les MG interrogés dans la confiance qu'elles lui accordent et le soutien qu'elles peuvent trouver auprès de leur médecin. Ceci est également souligné dans le travail de thèse des Dr Darthayette et Lavenir (60) ainsi que celui du Dr Simion (54), qui se place du point de vue des aidants. Ce recours des familles au MG peut aussi être une aide précieuse pour le dépistage, quatre sur les quatorze MG interrogés l'ont spécifiquement énoncé. Dans l'article de Baghdadli et al. (61), il est constaté que, dans le cadre des TSA, les parents alertent leur médecin sur le développement de leur enfant souvent plusieurs mois avant que ce dernier ne s'y penche. Certains des MG interrogés font part du rôle d'alerte des écoles, le plus souvent via les parents donc, qui participe au dépistage. L'école revêt un rôle à part entière dans le repérage des TND (15) et troubles psychiques de l'enfant (20). Enfin cette relation de confiance entraîne une meilleure adhésion aux soins, qui se révèle primordiale pour la suite de la prise en charge et ce, particulièrement dans le cadre des TND. En effet, la mise en place d'un partenariat avec les parents de l'enfant suivi permet un cercle vertueux sur le pouvoir d'agir des parents (62–65).

Cependant, les MG interrogés se sentent surtout concernés par un rôle de dépistage des TND plus que par le suivi de ces troubles par la suite. Ce rôle de dépistage et sa pertinence a notamment été décrit dans l'article de Fombonne (66), s'intéressant plus particulièrement au dépistage des TSA, où le diagnostic fait par les MG était confirmé dans 92,5% des cas par les deux experts de l'étude. Par ailleurs, certains MG, une fois le relai fait avec un médecin spécialiste, se désengagent du suivi spécifique des TND. Ceci a été noté par Dr Passerieux (32), concernant la psychiatrie de manière générale : « 46,6% des MG adressait leurs patients aux psychiatres pour un suivi et 81% des patients adressés avaient un suivi exclusif par le psychiatre après ». Le manque d'implication dans le suivi, et la prise en charge donc, des TND est concordant avec la travail de thèse du Dr Bazouin (67) qui retrouvait déjà en 2017 que 28% des MG interrogés trouve que le rôle le moins important du MG dans la prise en charge d'un patient en situation de handicap est la prise en charge spécifique du handicap.

b. Des difficultés en pratique concernant les TND

Le rôle central que peut revêtir les MG dans le cadre des TND s'accompagne en pratique de difficultés.

La difficulté la plus évoquée par les MG interrogés est celle relative aux différents interlocuteurs, spécialistes médicaux et para médicaux, impliqués dans le diagnostic et la prise en charge des TND.

La difficulté majeure réside dans la mauvaise communication avec ces interlocuteurs. Ainsi, dans le travail de thèse du Dr Kertous (41), 33% des MG interrogés trouvait qu'il y avait un manque de liaison avec les correspondants. Ils étaient 20% à avoir une difficulté de contact avec les spécialistes dans le travail de thèse du Dr Pimpaud (43). Egalement, dans le rapport de la HAS sur le sujet (24), les résultats d'une enquête nationale indiquaient que la quasi-totalité des MG écrivaient un courrier lorsqu'ils adressaient leurs patients à un psychiatre et 74% d'entre eux déclaraient ne pas avoir de retour. Relevée par la quasi-totalité des MG interrogés dans notre étude, elle entraîne pour eux une mauvaise coordination des soins. Ceci a été également constaté par le Dr Passerieux (32) : « la majorité des médecins généralistes déclaraient avoir avec les psychiatres des relations plus difficiles qu'avec les autres spécialistes, qui se traduisaient par des difficultés d'adressage et un manque de coordination. ». Ce qui est d'autant plus

compliqué que les médecins interrogés trouvent qu'une prise en charge pluri disciplinaire est nécessaire devant la complexité des TND.

De plus, l'accès difficile aux spécialistes, de cause démographique, géographique et donc temporelle par le délai, complique encore plus la prise en charge.

Le délai pour obtenir un avis spécialisé est au cœur de la problématique et ceci est retrouvé dans la littérature depuis de nombreuses années (1,7,20,24,25,41,43,68). Or, le retard de prise en charge impacte directement l'enfant présentant un TND comme trois MG interrogés l'ont souligné ainsi qu'un certain nombre d'écrits (7,32,59,69). Le dossier bibliographique de Bec et al. (1) fait part du caractère réversible des troubles pédopsychiatriques : « *nombre de jeunes ayant connu des épisodes de troubles parfois très graves peuvent parvenir à une complète guérison, grâce à une prise en charge efficace* ». Cette volonté d'un repérage et une prise en charge précoce est au cœur des propositions du Schéma Régional de Santé en Occitanie 2018-2022 (14), relevant plusieurs parcours de santé prioritaires : « *personne en situation de handicap* », « *santé mentale* » et « *couples, mères, enfants et jeunes* ».

Les MG interrogés ont souligné également des difficultés propres à eux-mêmes et à leur pratique.

Ainsi, un peu plus d'un tiers d'entre eux ne se trouvait pas assez formé sur le sujet des TND. Ceci a été également souligné lors du dossier de presse de 2018 de la Stratégie nationale pour l'autisme (69). Cette difficulté a été notamment relevée dans les travaux de thèse du Dr Kertous (41) et du Dr Pimpaud (43) s'intéressant plus spécifiquement aux TSA, où respectivement 83% et 87% des MG interrogés notaient un manque de formation sur le sujet. Celui du Dr Martin (70) évoquait le fait que ce défaut de formation se traduisait aussi par une méconnaissance des outils nécessaires au diagnostic des TSA et que les MG se formaient alors de manière personnelle grâce à la formation médicale continue. Plus récemment, le travail de thèse du Dr Charrier (71) soulignait que seulement 43% des départements de Médecine Générale proposait une formation sur les TSA. Et sur les 57% restant, 67% d'entre eux ne formait pas non plus les internes du DES de Médecine Générale aux autres TND. De manière plus générale, le travail du Dr Bazouin (67) notait que les MG ne se sentaient pas assez formés en ce qui concerne le handicap.

Il est à relever que des actions ont été entreprises à Montpellier afin d'améliorer la formation des internes et des MG et ce, en formation continue mais également initiale (24) : des enseignements interactifs s'adressant à de petits groupes d'internes de médecine générale, animés par un binôme médecin généraliste-psychiatre (formation initiale) et un DU (Diplôme Universitaire) de psychiatrie et santé mentale s'adressant aux MG, un professeur des universités en psychiatrie et un professeur des universités en médecine générale en ayant la coresponsabilité (formation continue). Egalement, afin de renforcer le lien entre médecine générale et psychiatrie, des stages hors filières en médecine générale sont proposés aux internes de psychiatrie (formation initiale).

D'autres documents mettent à disposition des MG des outils pour mieux prendre en charge les TND au cabinet (3,15,33,40,72–75).

Par ailleurs, ce qui peut également poser problème aux MG interrogés est le manque de connaissance des différents interlocuteurs. Ceci est, de nouveau, retrouvé dans le travail de thèse du Dr Kertous (41) et dans celui du Dr Depoix (42).

Une autre limite, énoncée par deux médecins, est celle du temps de consultation. Ceci est d'autant plus notable pour eux que les TND sont des pathologies qui demandent du temps d'interrogatoire auprès des parents, d'observation, de tests, d'examen parfois difficile et d'échange avec l'enfant pouvant être restreint. Deux autres médecins font également part de difficultés organisationnelles pouvant être limitantes dans la consultation pour TND. Par exemple, un des médecins consulte sans rendez-vous l'après-midi et fait part de la difficulté de gérer une consultation pour TND avec la pression de la salle d'attente pleine. Ces difficultés sont retrouvées tant pour les consultations pour le TND en lui-même que pour les consultations somatiques d'un enfant avec TND. Le rapport Jacob (76) décrit quatre paramètres rendant la consultation somatique d'un patient en situation de handicap plus contraignante : durée de consultation plus longue, complexité de l'examen clinique et difficultés de l'interrogatoire, spécificités des protocoles de soins liés au handicap, difficultés de communication pour l'explication du diagnostic et du protocole de soins. Le rapport de l'audition publique sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (53) note, plus spécifiquement pour les TSA, des obstacles liés aux pratiques professionnelles comme « *l'insuffisance du temps consacré à la consultation ou aux soins médicaux* » et liés à l'environnement de travail comme « *l'aménagement des locaux (salle d'attente, cabinet médical, matériel...etc.) peut constituer un facteur de*

stress et d'anxiété important pour les personnes avec autisme. » et « *les limites d'adaptabilité de la pratique de ville à la spécificité de l'accueil d'une personne présentant des troubles autistiques.* ». Egalement, lors du questionnement des MG dans le travail de thèse du Dr Kertous (41), 46,7% trouvait qu'il y avait des difficultés organisationnelles liées à la durée et aux horaires de consultation. La limite du temps de consultation était aussi retrouvée dans le travail de thèse du Dr Martin (70).

Cette adaptabilité à une patientèle spécifique est parfois compliquée. Un des médecins interrogés souligne en effet la diversité des pathologies rencontrées en médecine générale et la difficulté de pouvoir les gérer de manière égale, compte tenu de leurs spécificités.

De ce fait, il ressort dans cinq entretiens que les MG interrogés ont une difficulté à trouver leur rôle compte tenu des différentes limites rencontrées. Ils placent leur rôle plus dans le dépistage et la prise en charge des pathologies aiguës des enfants présentant un TND plutôt que dans la prise en charge et le suivi spécifiques de ces pathologies. Cela était déjà souligné dans l'Evaluation du Plan Psychiatrie 2005-2008 du Haut Conseil de Santé Publique (25), avec « *un impact limité sur le rôle des médecins généralistes, encore loins d'avoir trouvé leur place dans l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale.* » et un « *bilan [...] globalement décevant pour les mesures de prévention concernant les enfants et les adolescents.* »

Cette difficulté en pratique participe à une sélection involontaire des patients : le travail de thèse du Dr Laurent (77), relatif à la pratique clinique en pédiatrie des internes de médecine générale lors de leur stage ambulatoire au cabinet, montre que les internes n'étaient pas confrontés à des motifs de consultation de dépistage des TND, hormis les troubles spécifiques des apprentissages et le TDA/H. Ces pathologies sont les plus rencontrées parmi les TND en pratique de médecine générale car ce sont celles que les médecins généralistes sont plus susceptibles d'être amenés à gérer seuls en ambulatoire et donc, in fine, sont plus sujettes à la demande d'aide au suivi des médecins généralistes. Ce sont les pathologies qui ont été majoritairement évoquées par les MG interrogés en terme de suivi et donc de motivation à devenir partenaire du DCO-TND.

Par ailleurs, pour un des médecins interrogés, sa part de patientèle présentant un TND était directement influencée par la proximité d'un médecin spécialisée dans ces troubles.

Un autre élément énoncé par un médecin interrogé et fortement présent dans les TND est la gestion de l'incertitude diagnostique et l'appréhension que cela lui provoque.

Effectivement, les TND sont un groupe de pathologies caractérisées par leur complexité. Excepté un médecin qui ne l'a pas évoqué, les MG interrogés ont qualifié les TND de divers, chronophages avec une prise en charge se devant d'être régulière, forcément au long cours et spécifique à chaque pathologie constituant l'ensemble. Ceci représente en soi une difficulté dans la pratique, ajoutée aux nombreuses déjà citées. Mais de fait, ils s'accordent pour dire que la prévalence de ces troubles est importante et donc qu'ils sont amenés à les rencontrer en consultation. Plus précisément, ce sont les consultations pour le TDA/H et les troubles spécifiques des apprentissages qui sont, de loin, les plus citées par les MG interrogés, ce qui concorde avec le travail de thèse du Dr Laurent (77) comme cité plus haut.

De plus, bon nombre de ces pathologies va avoir pour conséquence un aménagement notamment scolaire pour l'enfant, que ce soit sous forme d'un PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation) ou la présence d'une AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire)/AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) et ce, grâce à la constitution d'un dossier MDPH (Maison Des Personnes Handicapées) (78). De fait, trois médecins interrogés évoquent une certaine lourdeur administrative relative aux TND qui ajoute un temps de coordination de plus. Cette part de travail non négligeable a également été évoquée par les MG interrogés dans le travail de thèse du Dr Bazouin (67).

Un autre pan des difficultés auxquelles sont confrontés les MG dans leur pratique concerne la famille des patients avec TND. Etant souvent le premier contact médical, ils sont confrontés au déni parental qui, à l'extrême, va jusqu'à la non-adhésion aux soins. Parfois, l'obstacle aux soins se manifeste par la volonté parentale d'avoir uniquement un suivi spécialisé pour le TND. Ce sont des éléments retrouvés dans les travaux de thèse du Dr Depoix (42) et des Dr Darthayette et Lavenir (60). La non lisibilité des interlocuteurs concernant les TND, qui peut aller jusqu'à l'errance diagnostique comme l'évoque un des MG interrogés, représente alors une difficulté majeure des familles, mais également des MG comme précisé plus haut. Cet aspect éprouvant pour les familles est souligné dans le Livre blanc de l'UNAPEI (59). Les parents consultent alors les MG interrogés dans notre étude majoritairement pour les pathologies aiguës somatiques, entraînant un suivi très irrégulier des TND, ce qui est également retrouvé dans les travaux cités

précédemment. Cela peut arriver par méconnaissance des parents sur le rôle du MG concernant les TND, rôle qui reste flou également pour certains MG. Cette absence de repères est retrouvée de manière plus large dans l'article de Vallée et Delion (26), principale plainte des familles.

La gestion de l'anxiété, voire la culpabilité familiale, est également un autre aspect de ces difficultés, ce qui rend l'accompagnement délicat, accentué par le manque de certaines connaissances du MG sur les TND. Le soutien des familles fait partie des cinq grandes mesures de la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022 (79).

Outre la gestion de la famille, huit médecins évoquent l'environnement de l'enfant présentant un TND, pouvant compliquer sa prise en charge de par l'inégalité des soins qu'il crée.

Tout d'abord, le coût de la prise en charge libérale des TND, en partie non remboursée par l'Assurance maladie, peut empêcher certains enfants de bénéficier de rééducation. Cela est souligné dans la littérature (53), notamment pour la psychothérapie (24). Cela correspond à l'*inverse care law*, définie en 1971 par Julian Tudor Hart (80) médecin anglais : « *La disponibilité de soins médicaux de qualité est inversement proportionnelle au besoin de la population desservie* », comme cela est toujours mis en avant plus récemment dans l'article de Schappert and al. (81). Un des médecins pense même que la surcharge de travail à l'hôpital est en partie due au fait que les bilans et séances nécessaires au diagnostic et à la rééducation y sont remboursés.

Le dossier bibliographique de Bec et al. (1), souligne que la place du MG pour les familles socialement défavorisées est encore plus importante puisqu'il leur est accessible, pour de nombreuses raisons citées dans le sous-chapitre précédent.

De plus, la barrière culturelle qui peut exister avec certaines familles, représentées en premier lieu par la barrière de la langue, complexifie la situation puisqu'entravant la bonne compréhension de la prise en charge par les parents et donc sa mise en pratique.

Pour une des médecins interrogés, il est parfois difficile de faire la part entre la composante pathologique et la composante éducative, et donc environnementale, du comportement de l'enfant.

Deux autres médecins pensent que l'environnement de l'enfant a un impact direct sur l'évolution de sa pathologie. Ils nomment ainsi les écrans, l'un y songeant comme la cause des troubles et l'autre comme un facteur aggravant.

Le Rapport Mission bien être et santé jeunes (13) note à ce sujet que « *Les risques de ne posséder aucun diplôme de l'enseignement secondaire sont plus élevés pour les descendants de migrants originaires du Maghreb, de Turquie ou d'Afrique subsaharienne.* » et ce, plus pour les garçons que les filles, ainsi que « *Les difficultés des garçons dans le système scolaire apparaissent très tôt et à tous les niveaux.* », soulignant l'impact environnemental sur les apprentissages des enfants de migrants.

D'autre part, les MG interrogés évoquent des difficultés liées à l'école.

Principalement, ces dernières sont dues à une mauvaise communication avec le corps enseignant, le seul lien passant par les parents. Ceci amène les MG à se retrouver dans des situations problématiques où des difficultés ont été soulignées par les membres de l'école auprès des parents avec, pour eux, la nécessité de débiter une rééducation, le plus souvent orthophonique. La famille se retrouve alors en état d'alerte et exerce une pression sur le MG pour obtenir l'ordonnance leur permettant de réaliser un bilan, le plus souvent sans que le MG puisse évaluer l'enfant et sans avoir été mis au courant par l'école. Parfois, les parents viennent demander la prescription après être allés auprès des spécialistes paramédicaux, ce qui crée un non-sens. Il existe donc un réel manque de coordination, que souligne une MG interrogée en particulier. Cette coordination école-professionnels de santé est primordiale comme le souligne le rapport Mission bien être et santé des jeunes (13). Il note également la pénurie de médecins scolaires, dont le nombre est passé de 2150 en 2005 à 1000 en 2016, ce qui complique encore plus la situation.

De plus, l'alerte donnée par l'école ne semble pas toujours appropriée pour deux des MG interrogés, souvent trop précoce ou au contraire trop tardive. Selon une enquête Ipsos en lien avec la Fondation Pierre Deniker, 80% des enseignants se disent mal informés sur les symptômes des principales maladies mentales chez les jeunes et 92% concernant leur prévention ; 88% aimeraient être mieux informés (82). Des documents ont été créés afin d'aider le corps enseignant, tel qu'un guide élaboré en 2013 par le Ministère des affaires sociales et de la santé pour permettre une meilleure

reconnaissance de la souffrance psychologique de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire (83).

c. Les attentes d'un dispositif de coordination et d'orientation

Une des attentes exprimées par les MG concernant le DCO-TND est l'amélioration de l'accès aux soins. En effet, l'accès aux soins représente une difficulté majeure dans la pratique, comme évoqué plus haut. Et c'est donc en cela que cet aspect représente une attente importante, afin de ne plus suivre la règle de l'*inverse care law*.

Par ailleurs, trois MG ont souligné le fait qu'ils attendaient du DCO-TND d'être une réelle aide dans l'orientation du patient, afin de permettre une meilleure coordination des soins. Cela fait écho également aux difficultés rencontrées par les médecins. Pour un des médecins, cela se matérialise par la mise en place de moyens suffisants pour répondre à la demande croissante.

Une autre attente énoncée par trois MG réside dans la facilité d'utilisation du DCO-TND, sous-tendue par une structure bien organisée. La complexité que peut revêtir le parcours d'un patient avec TND dans leur pratique actuelle, tant par la méconnaissance des interlocuteurs que les démarches à faire, leur fait souhaiter a contrario un dispositif simple et facile.

Un des médecins a, quant à lui, formulé l'attente que le DCO-TND soit évalué afin de se rendre compte de sa faisabilité en pratique.

Pour finir, la dernière attente émise concernait la formation continue, grâce à des conseils des professionnels du dispositif, permettant de sensibiliser le médecin à certains aspects cliniques en particulier. Cela fait également écho au manque de formation énoncé par les MG.

Il a été montré par une méta-analyse Cochrane de 2003 que les actions organisationnelles de formation ont une efficacité supérieure aux actions de formation

isolées (84). C'est également en ce sens que le plus récent article de Seierstad et al. s'inscrit (85).

Au total, les attentes des MG interrogés sont liées aux difficultés rencontrées au cours de leur exercice et portent sur des aspects pratiques de celui-ci, toujours dans l'esprit de fluidifier le parcours des patients.

d. Des motivations nombreuses à devenir partenaires

La principale motivation des MG interrogés est l'amélioration des soins que semble permettre le DCO-TND. Elle revêt pour eux différents aspects.

En premier lieu, ils sont motivés par l'amélioration des délais de prise en charge qui étaient, en miroir, leur principale difficulté. Ceci est constaté en pratique comme l'écrit le Projet Régional de Santé Occitanie 2018-2022 (14) : *« il est aujourd'hui démontré que l'exercice coordonné permet d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, notamment pour les maladies chroniques. Cela raccourcit notamment les délais de prise en charge. »*.

Ensuite vient l'amélioration des échanges avec les interlocuteurs spécialisés. La possibilité de pouvoir contacter un professionnel, qui sera alors bien identifié, pour bénéficier d'une orientation adéquate rapidement leur paraît être un gain important. Cette centralisation, qui est soulignée par un des médecins interrogés, permet également une bonne coordination des soins et donc une meilleure orientation du patient. Ce dernier point est pour eux une amélioration majeure pour la pertinence de la prise en charge.

Pour finir, la possibilité de faire bénéficier leurs patients de prises en charge jusqu'à présent non remboursées et d'ainsi améliorer le coût des soins. Cela représente, pour une des médecins, le plus gros frein dans la prise en charge actuellement en pratique.

Une autre source de motivation des MG tient dans la valorisation de leur rôle dans la prise en charge d'un enfant avec un TND. Cela tient autant dans l'implication qu'il leur

sera demandée pour le suivi de l'enfant que dans la valorisation financière du partenariat avec le dispositif, qui permettra d'améliorer la faisabilité de ces consultations longues et complexes. Ceci permet d'améliorer un aspect que constate la HAS dans un de ses rapports (24), à savoir que l'absence de remboursement de l'activité de coordination, qui est chronophage et mal rémunérée, équivaut à un frein à cette mission.

De plus, la prise en charge pluri professionnelle des enfants avec TND est un autre élément motivant les MG interrogés. La concertation avec différents professionnels aux compétences variées et spécifiques contribue également à améliorer la pertinence des soins.

Egalement, les MG sont motivés à l'idée de bénéficier de formations proposées par le dispositif afin d'enrichir leur pratique, la plupart d'entre eux s'étant déjà formés en formation continue.

En effet, deux des MG interrogés en particulier ont fait part de leur intérêt pour les TND, qui constitue en soi, pour eux, une motivation suffisante pour s'impliquer dans un tel projet.

Toutes les motivations énoncées ci-dessus rejoignent ce que note le WONCA (52) : « *La littérature internationale démontre que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaire efficaces, avec des médecins généralistes (médecins de famille) qui ont un niveau de formation élevé et qui pratiquent au sein de la communauté, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaire.* ». Cela appuie donc l'importance et la pertinence d'une gradation des soins avec des MG formés.

Enfin, une dernière motivation réside dans le fait que les familles sont en demande d'accompagnement dans la prise en charge et donc, de par le dispositif, cela permettrait de leur faire bénéficier de cette aide à la prise en charge. Le dispositif pourrait permettre un réel soutien.

e. Certains freins au partenariat restent présents

Le principal frein énoncé par les MG interrogés est la contrainte de temps. Ils sont nombreux à redouter un caractère trop chronophage du dispositif alors que, comme le souligne un des médecins, dans leur pratique « *on court après le temps* ». Ce manque de temps a déjà été relevé comme une difficulté à la prise en charge des TND, laquelle prend considérablement de temps. Ceci est paradoxal avec le fait qu'ils soient en demande de formation, laquelle nécessite inéluctablement du temps.

A l'instar du temps, un autre frein est la charge de travail supplémentaire que le dispositif pourrait représenter. Cela revêt différents aspects. Pour une des médecins, cela tient dans le fait d'être identifiée par les patients comme « médecin partenaire » ce qui entraînera un recrutement de patients et augmentera donc les prises en charge. De plus, elle se pose la question des médecins généralistes non partenaires qui pourront être amenés à solliciter quand même le dispositif sans s'impliquer pour autant dans le suivi a posteriori des enfants avec TND. Une autre médecin redoute une charge administrative qui alourdirait la prise en charge. Un autre doute du gain apporté par le dispositif et pense que cela contribuera à surcharger les professionnels spécialisés déjà débordés de travail.

Certains médecins redoutent une complexité d'utilisation du dispositif qui entraînerait une mauvaise visibilité du parcours du patient et qui finirait par ne plus représenter un gain dans la pratique des soins. Cela rejoint les difficultés d'échange avec les professionnels spécialisés et donc la crainte que cela se répète avec le dispositif.

Un autre frein est relatif à la pertinence du dispositif en pratique. Un des médecins bénéficie d'un réseau suffisant de partenaires spécialisés pour la prise en charge des TND et ne se sent pas concerné par le gain apporté par le dispositif.

Un autre MG doute de la pertinence du dispositif dans sa mise en œuvre. Il pense que l'adressage éventuel de patients par les MG partenaires aux professionnels spécialisés entraînera un retard de prise en charge pour d'autres patients non priorités. Il pense également que les familles n'adhéreront pas en pratique à l'organisation graduelle des

soins avec une évaluation en premier lieu en soins primaires et continueront à vouloir un avis spécialisé de deuxième ou troisième ligne en première intention.

Enfin, une autre médecin se pose la question de la pertinence du dispositif pour des médecins qui ne voient que peu d'enfants et ne sont donc que peu confrontés aux TND.

Pour finir, le dernier frein relevé concerne l'aspect financier de l'implication dans le dispositif. Un des médecins évoque comme frein un ratio défavorable temps dédié à la prise en charge des enfants avec TND et relatif à l'implication dans le dispositif/gain financier d'une telle implication. Cela n'inciterait donc pas les MG à devenir partenaire.

2. Vers une coordination des différents dispositifs ?

Cette étude a permis de souligner l'intérêt que portent les MG pour les TND. L'organisation de partenariat présentée, le suivi partagé avec les spécialistes et apprenant de par les formations prodiguées et les retours des spécialistes, a contribué pour beaucoup aux motivations des MG interrogés à devenir partenaire du DCO-TND. Cela montre leur volonté de participer aux dispositifs d'orientation et de coordination de manière générale.

Plusieurs dispositifs ont vu le jour sur Montpellier, comme cité plus haut. Chacun de ces dispositifs a le mérite de cibler un groupe de pathologies en particulier. Cette spécificité leur permet une organisation propre aux pathologies concernées, en laissant plus ou moins d'autonomie aux médecins de première ligne dans la prise en charge. Cela fait sens compte tenu de la complexité de certaines pathologies tels que les TSA.

Cependant, la multiplicité des dispositifs amène une nouvelle difficulté dans l'identification des interlocuteurs adéquats à la prise en charge des TND. Ces dispositifs se sont créés en parallèle et cela contribue à une perte de repère pour les MG. La question qui se pose est celle de la coordination entre ces différents dispositifs pour pallier à cette complexité.

Un autre questionnement concerne les difficultés éventuellement engendrées par la création de filières de soins. Chacun des dispositifs présente des critères précis d'inclusion qui peuvent in fine contribuer à exclure une certaine part des enfants avec

TND, qui ne répondraient pas tout à fait aux différents critères de chaque dispositif. Ainsi, les plateformes de coordination et d'orientation telles que présentées par la circulaire gouvernementale (28) ne concerne que les enfants de 0 à 6 ans 11 mois. Or, la tranche d'âge après 7 ans est connue pour être problématique puisqu'elle n'est déjà plus concernée par certaines structures de deuxième ligne comme le CAMSP.

3. Critiques

a. Points forts

Le premier point fort de cette étude est son sujet. Les TND sont au cœur des préoccupations politiques nationales et bon nombre des MG interrogés leur porte un intérêt.

De plus, il est intéressant d'interroger les MG de l'agglomération montpelliéraine sur les dispositifs d'orientation et de coordination puisque plusieurs se sont créés à Montpellier. Ainsi, relever les différentes réactions des MG interrogés au partenariat de tels dispositifs est novateur, actuel et permet de sonder leurs besoins à ce sujet.

Egalement, le recrutement des MG interrogés est un autre point fort. Ils sont variés tant par leur patientèle et la part pédiatrique de celle-ci que leurs motivations à participer à l'étude.

Pour finir, la méthode qualitative utilisée a permis une liberté d'expression des participants et de s'intéresser à l'expérience et au vécu de ces derniers. Cette méthode était adéquate pour recueillir leurs attentes et réactions à la présentation du projet.

b. Limites

Il s'agissait de la première étude de l'enquêtrice. L'étude qualitative étant peu enseignée dans le cursus des études médicales, sa mise en pratique a pu se révéler difficile. De plus, la modification du guide d'entretien au cours du recueil des données a pu entraîner une modification des réponses des participants.

Egalement, l'enquêtrice a pu influencer sur les réponses des participants lors des relances. Ainsi, certaines informations pertinentes ont pu ne pas être relevées et, au contraire, d'autres ont pu être soulignées trop rapidement par l'enquêtrice. Cette dernière a pu également interpréter les réponses des participants, malgré le fait

qu'elle reformulait les dires des participants, quand cela le nécessitait, afin de saisir le plus fidèlement possible leur pensée (86).

Un biais de mémorisation a pu être présent dans les réponses durant les entretiens, les MG se basant sur le dernier patient qu'ils avaient été amenés à voir en consultation ou celui les ayant le plus marqués. Ainsi, du fait des questions ouvertes, les MG sont amenés à dire ce à quoi ils pensent au moment de l'entretien, qui ne correspond peut être pas entièrement à ce qu'ils pensent du sujet.

Par ailleurs, il existe forcément un biais de sélection. Mis à part deux médecins ayant noté que leur principale motivation à participer à cette étude était le soutien pour la réalisation de la thèse, les autres ont tous souligné un attrait pour le sujet et/ou la volonté de découvrir le projet.

Enfin, les conditions dans lesquelles se sont déroulés les entretiens ont pu directement influencer leur contenu. Ces derniers se sont déroulés le plus souvent sur un créneau de consultation, donc forcément limité en temps, douze d'entre eux au cabinet du MG. Des interruptions humaines et téléphoniques ont pu avoir lieu, ayant pour conséquence une rupture brève de l'échange et possiblement de certaines idées. Les deux derniers ont été réalisés par téléphone avec, dans un des cas, une brève interruption de l'appel. Le fait que l'échange se passe sous forme d'entretien peut également être en soi une limite à la libre expression des médecins, selon leur aisance à réaliser cet exercice.

V) Conclusion

Compte tenu du rôle primordial du MG au sein des soins primaires, de la confiance qui lui est accordée par les familles et de sa volonté de s'impliquer dans les TND, il semble intéressant de l'intégrer dans la prise en charge, et non juste le dépistage, des TND.

Cela ne peut se faire sans un soutien et un accompagnement par des professionnels spécialisés des TND. Les MG interrogés se sentent plus concernés par le dépistage que le suivi spécifique des TND au vu du nombre de difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans le cadre de leur pratique au cabinet. Il est donc intéressant de leur permettre, grâce à un dispositif d'aide à l'orientation et au suivi, de réaliser non plus un simple dépistage mais un réel suivi partagé avec les différents interlocuteurs des TND. Il serait pertinent d'adapter leur implication dans le suivi selon la pathologie concernée, la complexité de certaines rendant compliqué un suivi au long cours uniquement en première ligne.

C'est pourquoi, il paraît attrayant qu'ils aient plusieurs dispositifs spécifiques pour chacune des pathologies afin de mieux orienter leur demande.

Ainsi, un dispositif de coordination et d'orientation incluant les médecins généralistes paraît tout à fait pertinent, permettant à la fois de rétablir le rôle central du MG et de lui permettre de disposer des ressources nécessaires afin de l'aiguiller dans la prise en charge au besoin.

VI) Références bibliographiques

1. Bec É, Cayla DF, Bel N. Santé mentale et organisation des soins. :65.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). In: American Psychiatric Publication. Washington D.C.; 2013.
3. Haute Autorité de Santé. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? [Internet]. 2017 déc [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/synthese_troubles_dys_v4.pdf
4. Getahun D, Jacobsen S, Fassett M. Recent Trends in Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder | Attention Deficit/Hyperactivity Disorders | JAMA Pediatrics | JAMA Network. JAMA Pediatr. mars 2013;282–288.
5. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Les troubles du langage et des apprentissages [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-troubles-du-langage-et-des-apprentissages>
6. Inserm. Synthèse et recommandations - Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie [Internet]. EDP Science; 2019 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2019-12/Inserm_EC_2019_Dyspraxie_Synthese_0.pdf
7. Cour des comptes. Evaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme. 2017 déc.
8. Définitions, repérage et diagnostic de la déficience intellectuelle. In 2016 [cité 16 juill 2019]. (Expertise collective). Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/Chapitre_4.html
9. Giedd JN, Keshavan M, Paus T. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? Nat Rev Neurosci. déc 2008;9(12):947-57.
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 1 juin 2005;62(6):593.
11. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. 2013.
12. Commissione delle comunità europee. The state of mental health in the European Union. Luxembourg: European Commission; 2004.
13. Moro M-R, Brison J-L. Mission bien être et santé des jeunes. 2016 nov.
14. Projet régional de santé Occitanie 2018-2022. Agence Régionale de Santé; 2018 mai.
15. Haute Autorité de Santé. Troubles du neuro développement : repérage et orientation des enfants à risque. 2020 févr.

16. Créalis DM médias. Les CAMSP accueillent et suivent des enfants de 0 à 6 ans en situation de handicap [Internet]. Anecamsp. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://anecamsp.org/vous-aider-les-camsp/>
17. Inovagora. Centre médico-psychologique (CMP) - Glossaire des structures - Psycom [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Glossaire-des-structures/Centre-medico-psychologique-CMP>
18. Inovagora. Centre médico-psychologique pédagogique (CMPP) - Glossaire des structures - Psycom [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Glossaire-des-structures/Centre-medico-psychologique-pedagogique-CMPP>
19. Conseil Economique, Social et Environnemental. La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge [Internet]. 2010 févr [cité 30 juill 2020]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Fiches/2010/NI_2010_04_jean_rene_buisson.pdf
20. Ruiz I, Clerget F. Etude portant sur les principales filières de santé mentale chez les adolescents dans le département de l'Hérault - CREA-ORS LR. ARS Languedoc-Roussillon; 2013 p. 139.
21. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. Br J Psychiatry. avr 2013;202(4):246-8.
22. Acef S. Réseaux de sante et territoires. Cairn. 2008;3(147):72.
23. Collège de médecine générale. Manifeste pour un système de santé organisé. 2019 mars.
24. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux Rapport méthodologique d'élaboration [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2018 sept p. 146. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf
25. Haut Conseil de Santé Publique. Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 [Internet]. 2011 oct [cité 16 avr 2020]. (Evaluation). Disponible sur: https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20111006_evalplapsysantementale.pdf
26. Vallée L, Delion P. La culture professionnelle de l'action médico-sociale précoce. Contraste. 2007;N° 27(2):149-60.
27. HCAAM. Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé. HCAAM; 2018 mai.
28. Ministère des solidarités et de la santé. Circulaire no SG2018256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement. nov, 2018.
29. Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. Carte des plateformes de coordination et d'orientation en France. 2020.
30. Passerieux C. Propositions d'amélioration de la coopération médecins généralistes – psychiatres : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette

coopération - DREES [Internet]. 2012 mai. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/srp_s3_passerieux_310512.pdf

31. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? « Inf Psychiatr ». 2014;90:359-71.
32. Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2007;165(10):741-5.
33. Robel L. Organisation des soins dans la prise en charge de l'autisme en France. Rev Prat. mars 2010;17.
34. Dispositif de Soins Partagés (DSP 94) [Internet]. Pôle de psychiatrie et d'addictologie des Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <http://psymondor.aphp.fr/dispositif-de-soins-partages-dsp-94/>
35. Le DSPP [Internet]. Médecin d'Occitanie. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/le-dspp/>
36. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 18 sept 2015 [cité 15 oct 2019];2015(9). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6463953/>
37. CHU de Montpellier, URPS. Cahier des charges relatif au projet de Dispositif de soins partagés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hérault. 2020.
38. Description générale DicoO. 2019.
39. Agence Régionale de Santé Occitanie. Arrêté ARS Occitanie 2020-2009 relatif au projet régional Parcours de santé TSLA Occitanie. 2020 juill.
40. Haute Autorité de Santé. Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. 2018 p. 257.
41. Kertous R. Suivi et coordination du suivi des enfants et adolescents ayant un trouble du spectre autistique : enquête de pratiques auprès des médecins généralistes de l'Hérault. 2019.
42. Depoix A. La place du médecin généraliste dans l'accompagnement des enfants atteints d'un trouble du spectre autistique. 2014.
43. Pimpaud L. Repérage précoce des troubles envahissants du développement en médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. 2014.
44. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. mai 2002;3(2):81-90.
45. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
46. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11. L'analyse thématique. U. 2016;4e éd.:235-312.

47. Sommelet PD. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. :950.
48. Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Bull Académie Natl Médecine. juin 2013;197(6):1143-52.
49. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Portrait des professionnels de santé [Internet]. 2016 [cité 1 avr 2020]. (Panoramas de la DREES santé). Disponible sur:
https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62022/1/panoramasante_prof_2016.pdf
50. Artis A-S. Accueil de l'enfant en médecine générale: la relation médecin-enfant malade, à propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes lorrains. :114.
51. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
52. World family doctors caring for people Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.
53. Haute Autorité de Santé. Accès aux soins des personnes en situation de handicap [Internet]. 2008 oct [cité 26 sept 2019]. (Audition publique). Disponible sur: http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap_acces_aux_soins_handicap_textes_t2.pdf#xd_co_f=YzY5Mjc5MmYtZTUzNS00YzQzLWI4OTctMWY1ZmExNzgyMTk1~
54. Simion E. Rôle du médecin généraliste dans le suivi du patient autiste et le soutien des familles : point de vue des aidants familiaux. 2016.
55. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
56. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». Inf Psychiatr. 12 juin 2014;Volume 90(5):311-7.
57. Commission nationale de la naissance, et de la santé de l'enfant. Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques. J Pédiatrie Puériculture. nov 2015;28(5):260-5.
58. Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012. mai 2018;(1061):1-4.
59. UNAPEI. Livre blanc : pour une santé accessible aux personnes handicapées mentales [Internet]. 2013 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/livreblancfalc07_14.pdf
60. Darthayette B, Lavenir C. « Quel rôle peut jouer le médecin généraliste pour l'aidant principal d'un enfant en situation de handicap? Enquête qualitative auprès de 24 aidants familiaux dans le département de la Sarthe. ».
61. Baghdadli A, Beuzon S, Bursztejn C, Constant J, Desguerre I, Rogé B, et al. Recommandations pour la pratique clinique du dépistage et du diagnostic de l'autisme et des troubles envahissants du développement. Arch Pédiatrie. avr 2006;13(4):373-8.

62. Trivette CM, Dunst CJ, Hamby DW. Factors Associated With Perceived Control Appraisals in a Family-Centered Early Intervention Program. *J Early Interv.* avr 1996;20(2):165-78.
63. Dempsey I, Dunst CJ. Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *J Intellect Dev Disabil.* mars 2004;29(1):40-51.
64. Krieger A-E, Saïas T, Adrien J-L. Promouvoir le partenariat parents-professionnels dans la prise en charge des enfants atteints d'autisme. *L'Encéphale.* 39^e éd. 2013;130-6.
65. Dunst CJ, Dempsey I. Family–Professional Partnerships and Parenting Competence, Confidence, and Enjoyment. *Int J Disabil Dev Educ.* 2007;54(3):305-18.
66. Fombonne E, Heavey L, Smeeth L, Rodrigues LC, Cook C, Smith PG, et al. Validation of the diagnosis of autism in general practitioner records. *BMC Public Health.* déc 2004;4(1):5.
67. Bazouin F. Accès aux soins des patients handicapés en médecine générale. 2017.
68. Unigwe S, Buckley C, Crane L, Kenny L, Remington A, Pellicano E. GPs' confidence in caring for their patients on the autism spectrum: an online self-report study. *Br J Gen Pract.* juin 2017;67(659):e445-52.
69. Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. Dossier de presse - Stratégie nationale pour l'autisme [Internet]. 2018 avr [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/04/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_pour_lautisme_-_vendredi_6_avril_2018_2.pdf
70. Martin CA. Les difficultés du repérage précoce de l'autisme en médecine générale. 2018.
71. Charrier C. Etat des lieux de la formation initiale du trouble du spectre autistique durant le DES de médecine générale en France en 2019 [Internet]. 2019 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2840/1/2019TOU31149.pdf>
72. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis PA, et al. Early Screening of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics.* 1 oct 2015;136(Supplement 1):S41-59.
73. Geoffray M-M. Dépistage des troubles envahissants du développement : quels outils ? *Réal Pédiatriques.* avr 2016;6.
74. Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans [Internet]. 2020 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_reperage_tnd_2020.janv.pdf
75. Haute Autorité de Santé. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [Internet]. 2014 déc [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_synthese.pdf
76. Jacob P. Synthèse du Rapport sur l'accès aux soins et à la Santé des Personnes handicapées [Internet]. 2013 avr [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/06_06_13_synthese_Rapport_Jacob.pdf

77. Laurent C. Pratique clinique en pédiatrie des internes en médecine générale lors du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie en cabinet de médecine générale en Midi-Pyrénées [Internet]. 2013 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/72/1/2013TOU31013.pdf>
78. Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2020 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/maison-departementale-du-handicap/article/maison-departementale-des-personnes-handicapees-mdph>
79. Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. Engagement 5 : soutenir les familles [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2020 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/la-strategie-2018-2022/la-strategie-nationale/article/engagement-5-soutenir-les-familles>
80. Hart JT. The inverse care law. *The Lancet*. 27 févr 1971;297(7696):405-12.
81. Schappert SM, Rechtsteiner EA. Ambulatory Medical Care Utilization Estimates for 2006: (587152010-001) [Internet]. American Psychological Association; 2008 [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e587152010-001>
82. IPSOS, Fondation Pierre Deniker. La santé mentale des jeunes [Internet]. 2016 [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ipsos.com/sites/default/files/files-fr-fr/doc_associe/la_sante_mentale_des_jeunes.pdf
83. Ministère des affaires sociales et de la santé. Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent : guide de repérage [Internet]. 2013 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf
84. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003;(289):3145-51.
85. Seierstad TG, Brekke M, Toftemo I, Haavet OR. GPs' and child and adolescent psychiatry specialists' experiences of joint consultations in the GP's office: a qualitative study. *BMC Res Notes* [Internet]. 7 sept 2017 [cité 9 sept 2020];10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5590163/>
86. Université Joseph Fourier. Guide pour la conduite d'entretien [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: http://www.suristat.org/document/documentArticle/guide_entretien_fourier_1.pdf

VII) Annexes

Annexe 1 : « Equipe de recherche »

L'enquêtrice était Fanny Charnaux (FC), de sexe féminin, son titre académique au moment de l'enquête était interne en DES3 de Médecine Générale à la faculté de Montpellier-Nîmes.

Concernant la problématique étudiée, sa formation dans le domaine était des stages d'externat et d'internat, notamment en cabinet libéral chez Dr C. Rouquette-Ramond dont la patientèle est représentée en partie par des enfants avec troubles du neuro-développement et en PMI dont le travail de coordination, notamment pour les soins et le suivi des enfants avec troubles du neuro-développement, est important.

FC n'a jamais été enquêtrice auparavant.

Son intérêt pour la question était motivé, d'une part par la soutenance d'une thèse pour l'obtention de son doctorat et l'acquisition d'une méthode et d'une expérience en recherche qualitative, d'autre part pour mener une réflexion sur les pratiques de médecins généralistes concernant la prise en charge des troubles du neuro-développement de l'enfant et l'apport des dispositifs de coordination et d'orientation, mais également sur l'émergence de ces dispositifs et de l'enjeu qu'ils représentent pour la pertinence des soins. Toutes ces questionnements participent à une réflexion plus large en vue de son activité future.

L'étude était encadrée par le docteur Caroline Rouquette-Ramond, directrice de la thèse ayant motivée l'étude, de sexe féminin, ses titres académiques au moment de l'étude étaient pédiatre Maître de Stage Universitaire, elle exerçait dans un cabinet libéral en association.

Elle était titulaire de plusieurs diplômes universitaires dont les DU Autisme et Troubles du neuro-développement et avait plusieurs expériences antérieures en recherche clinique et qualitative.

Son intérêt pour la question était motivé par le constat, dans son activité clinique, de la nécessité d'une meilleure coordination des soins pour les enfants avec troubles du neuro-développement.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Présentation de l'enquêtrice et de l'enquête

Je suis Fanny Charnaux, interne en DES3 de Médecine Générale.

Ma thèse porte sur le projet de dispositif de coordination et d'orientation, que je vous présenterai plus loin. Ainsi, je souhaite évaluer les freins et les motivations des médecins généralistes exerçant sur l'agglomération montpelliéraine à participer à ce dispositif, concernant plus précisément les troubles du neuro développement de l'enfant.

Il est important de souligner qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui m'intéresse c'est l'authenticité de vos réponses.

Vous êtes libre à tout moment d'interrompre l'entretien.

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à ma thèse, votre contribution m'est d'une grande aide.

Demande d'autorisation d'enregistrer

Etat des lieux

- **Question 1** : Que représentent pour vous les troubles du neuro-développement ?

- **Question 2** : Quel(s) trouble(s) du neuro-développement suivez-vous en consultation ?
Si trop vague : pouvez-vous me donner un exemple ? pour tel trouble ?
Question de relance : Comment se déroule le suivi des enfants ?

- **Question 3** : Quels sont les éléments facilitateurs ?

- **Question 4** : Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées ?

Le dispositif : présentation

Le projet vient d'un double constat.

D'une part, le fait que les troubles mentaux chez l'enfant, représentés en majorité par les troubles du neuro développement, sont fréquents, graves et sont des facteurs de risque d'autres pathologies psychiatriques. D'autre part la difficulté d'accès aux soins, du fait d'une démographie médicale limitée et/ou de la précarité socio-économique des familles, et de coordination des soins entraîne un retard de prise en charge.

Ainsi, ce projet a pour but une meilleure articulation entre la médecine générale et la pédopsychiatrie. Il concerne les enfants de 6 à 12 ans.

Le médecin généraliste pourra solliciter **le coordonnateur** (sûrement personnel para médical) par téléphone pour un avis. Cet échange aboutira soit à une poursuite de la prise en charge en ambulatoire par le médecin généraliste, soit une consultation rapide par un pédopsychiatre partenaire du projet, soit une prise en charge plus spécialisée en équipe pluridisciplinaire (consultation, hospitalisation de jour ...).

Il existe une volonté de **gradation des soins**.

Le parcours de soins s'adaptera par la suite en fonction de l'évolution du patient.

Il existe une volonté d'échange. Ainsi, **des outils** seront mis en place tel qu'un **chat** entre professionnels ou la possibilité **d'échanges pluriprofessionnels à distance**. Egalement, les médecins généralistes seront invités à des **réunions de concertation pluriprofessionnelle** pour discuter des patients.

Il sera demandé aux médecins généralistes partenaires de suivre des formations, probablement sous forme **d'e-learning**.

Une prise en charge financière par l'assurance maladie de bilans réalisés par des professionnels de santé libéraux partenaires sera assurée, facilitant l'accès aux soins des plus précaires.

Une rémunération des collaborations sera prévue, afin de valoriser le travail de chacun.

Le DSP en psychiatrie de l'adulte mis en place à Toulouse en 2017 a réuni un an plus tard 359 médecins généralistes. Le délai entre la demande du MG et la date d'entretien patient-IDE était en moyenne d' **1 jour** (min : le jour même, max: 2 jours) .

Celui d'accès à la consultation médicale depuis la demande du MG était en moyenne de **8 jours** (minimum 1 jour, maximum 24 jours : en adéquation à la demande du MG).

- **Question 5** : Quels éléments vous feraient adhérer ?
Si besoin : Quels sont les éléments qui diffèrent de votre prise en charge actuelle ?
Question de suivi si nécessaire : Pourquoi pensez-vous cela ?

- **Question 6** : Quels éléments vous dissuaderaient d'adhérer ?
Question de suivi si nécessaire : Pourquoi pensez-vous cela ?

- **Question finale** : Qu'avez-vous à ajouter ?

Passation du questionnaire quantitatif anonyme pour recueillir les caractéristiques des participants

Annexe 3 : Questionnaire quantitatif anonyme des caractéristiques des participants de l'étude

I/ Description :

Le questionnaire quantitatif permet de recueillir les caractéristiques des participants tels qu'âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle ainsi que d'autres caractéristiques ou questions fermées jugées importantes pour l'étude en question, en se basant sur une revue de la littérature. Il est court, neutre et anonyme. On peut également y inclure une question concernant la motivation et/ou la satisfaction de la participation.

II/ Items du questionnaire :

Nous vous invitons à entourer, remplir et, s'il existe plusieurs réponses, spécifier avec détails vos réponses. N'hésitez pas à poser vos questions à l'enquêteur.

- Êtes-vous : une femme /un homme ?
- Quel est votre âge ?
- Depuis combien de temps êtes-vous médecin ?.....
- Comment avez-vous eu connaissance de cette étude : bouche à oreille entre collègue / email / téléphone / face à face avec l'enquêtrice / autre :
- Connaissez-vous l'une des enquêtrices auparavant ? oui / non
- Concernant votre activité professionnelle :

a/ Lieu d'exercice : cabinet seul / avec associés / MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) / EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) / Mi-temps hospitalier

Autre :

b/ Secteur d'exercice : rural / urbain / semi rural

- Quelle est la part de pédiatrie au sein de votre patientèle ?

- Quel est le médecin spécialiste/centre de référence en troubles du neuro développement le plus proche de votre lieu d'exercice principal ?
.....
- Quel est le délai pour une consultation avec un médecin spécialiste ?
- Avez-vous une aptitude/formation universitaire ou DU des Troubles du neuro-développement ?.....
- Vous êtes-vous déjà penché sur la problématique de cette étude? Oui / non

Si oui : à titre professionnel ou personnel ?.....

- Quelle a été votre motivation principale de participation à cette étude :
découvrir le DCO-TND / apporter un témoignage personnel / intérêt pour les troubles du neuro développement / aucune des situations citées, si possible détaillez :.....
- Avez-vous déjà participé à un entretien semi dirigé individuel ? oui / non

Si oui, quelle a été votre satisfaction à y participer :
aucune / peu d'apport / bonne expérience / excellente.

III/ Retours des participants :

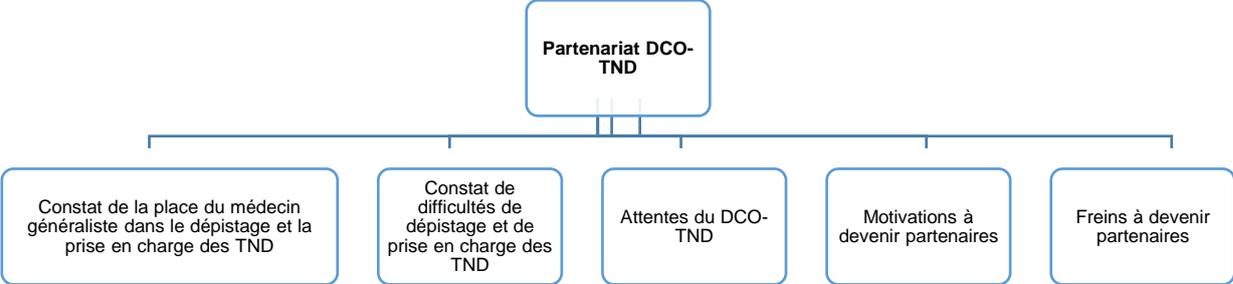
- Si vous deviez qualifier votre participation à l'étude que diriez – vous ?
.....
- Souhaitez-vous être informé des résultats de l'étude ? oui/non

Si oui, écrire l'e-mail :

Vous pourrez à ce moment-là émettre des retours sur les résultats.

TEMPS de l'entretien : Lieu :.....

Figure 1 : Arbre de codage



VIII) Abréviations

AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

COREQ : COnsolidating criteria for REporting Qualitative research

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CRA : Centre de Ressource Autisme

CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée

CRTLA : Centre de Ressource des Troubles du Langage et des Apprentissages

DCO : Dispositif de Coordination et d'Orientation

DCO-TND : Dispositif de Coordination et d'Orientation pour les Troubles du Neuro-Développement

DSP : Dispositif de Soins partagés de Psychiatrie

DSPP : Dispositif de Soins partagés en PédoPsychiatrie

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MDPH : Maison Des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPS : Plan Personnalisé de Scolarisation

TDA/H : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou non Hyperactivité

TND : Troubles du Neuro-Développement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

IX) Serment d'Hippocrate

- 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.

- Admise 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.

- Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Contexte : Les troubles du neuro-développement (TND) sont parmi les pathologies les plus fréquentes des enfants, leur prévalence est en augmentation. Ils représentent ainsi un enjeu majeur de prise en charge. Dans un contexte de difficulté d'accès aux soins, de nombreux dispositifs d'orientation et de coordination émergent.

Objectifs : Evaluer les freins, les motivations et les attentes des médecins généralistes (MG) à devenir partenaires d'un dispositif de coordination et d'orientation (DCO) concernant les TND de l'enfant.

Matériel et méthode : Etude qualitative avec analyse thématique, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG, analyse de contenu de verbatim en thèmes significatifs.

Résultats : Les MG se sentent concernés par le dépistage des TND, ce qu'ils considèrent être leur rôle, du fait de leur place centrale dans les soins primaires, de la relation de confiance avec les familles, de leur implication et de l'alerte par les écoles. Ils font part de difficultés en pratique liées aux spécialistes médicaux et para médicaux, aux TND, aux familles, à leur pratique, à l'environnement des patients et à l'école. Ils ont des attentes concernant l'accès aux soins et leur amélioration, la formation, la facilité d'utilisation du DCO et l'évaluation de sa faisabilité. Les MG sont motivés à devenir partenaires grâce à l'amélioration du parcours que le DCO leur permettrait, ainsi que pour le caractère pluri professionnel de la prise en charge, les formations proposées, leur intérêt pour les TND, la valorisation de leur rôle et la demande des familles. Leurs freins sont principalement la contrainte de temps mais aussi la charge de travail supplémentaire potentielle, un DCO non pertinent par rapport à leur pratique actuelle, une éventuelle complexité d'utilisation et l'aspect financier.

Conclusion : L'analyse thématique montre que les MG, interlocuteurs de premier plan, se sentent impliqués dans le dépistage des TND plus que dans le suivi du fait de nombreuses difficultés pratiques. Cependant, ils sont motivés par le projet d'un DCO pour les TND, qui leur semble pertinent.

Mots-clés en français : troubles du neuro-développement, pédiatrie, dispositif de coordination et d'orientation, freins, motivations, attentes, médecine générale.