



HAL
open science

Quels sont les facteurs déterminants au choix du généraliste pour les suivis de l'enfant de moins de 2 ans : une étude qualitative en Haute-Normandie

Marie Alfroy

► To cite this version:

Marie Alfroy. Quels sont les facteurs déterminants au choix du généraliste pour les suivis de l'enfant de moins de 2 ans : une étude qualitative en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03341409

HAL Id: dumas-03341409

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03341409>

Submitted on 10 Sep 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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2021

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marie ALFROY

née le 28 JANVIER 1992 à RENNES (35)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUIN 2021

QUELS SONT LES FACTEURS DÉTERMINANTS AU CHOIX DU GÉNÉRALISTE POUR LE SUIVI DE L'ENFANT DE MOINS DE 2 ANS, une étude qualitative en Haute-Normandie.

Président du jury : Monsieur le Professeur Stéphane MARRET

Assesseurs : Monsieur le Docteur Joël LADNER

Madame le Docteur Laëtitia BOURDON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Hugo GUIHARD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques

Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive

Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie

M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSSONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Table des matières

Remerciements.....	16
Abréviations.....	20
Introduction.....	21
1/ Le suivi de l'enfant en France.....	21
A - Les naissances en France.....	21
B – Evolution du suivi de l'enfant en France.....	21
1/ Contexte historique.....	21
2/ La législation.....	22
C - Les acteurs de la santé de l'enfant.....	23
1/ Le médecin généraliste.....	23
2/ Le pédiatre.....	26
3/ Le médecin de PMI.....	26
D - Démographie médicale.....	27
2/ Le choix du praticien pour le suivi.....	28
3/ La question.....	29
Méthodologie.....	30
1/ Généralités sur les études qualitatives.....	30
A - Définitions.....	30
B - Choix du type d'étude adapté.....	31
C - Echantillonnage.....	32
D - Recueil de données.....	32
E - Analyse des données.....	32
2/ Les choix pour cette étude.....	33
A - Caractéristiques de l'étude.....	33
B - Recrutement.....	33
3/ Recueil de données.....	34
A - Déroulement de l'entretien.....	34
B - Guide d'entretien.....	35
C - Enregistrement.....	35
4/ Méthode d'analyse.....	35
A - Retranscription.....	35
B - Analyse d'entretiens.....	36
Résultats.....	37
1/ Caractéristiques des entretiens.....	37
2/ Tableau d'échantillonnage des familles incluses.....	38
3/ Tableau d'échantillonnage des médecins généralistes des familles incluses.....	38
4/ Analyse des verbatims.....	39
A - Le profil du médecin généraliste.....	39
1/ Les qualités intrinsèques.....	40
a) Age du médecin.....	40
b) Sexe du médecin.....	40
c) Parentalité du médecin.....	41
d) Autres.....	42
2/ Les qualités extrinsèques.....	43
a) Pratiques habituelles au cabinet.....	43

b) Réputation du médecin.....	43
3/ Les aptitudes de communication.....	43
4/ Les compétences exigibles du médecin généraliste.....	44
a) Premiers recours / Urgence.....	44
1. Médecin de premier recours.....	44
2. Déroulement de la consultation.....	45
3. Disponibilité.....	46
4. Gestion des urgences.....	47
b) Approche globale / Complexité.....	48
1. Approche globale.....	48
2. Trajectoire de vie.....	48
3. Implication du parent.....	49
c) Education en santé / Dépistage / Prévention.....	51
1. Education en santé du parent, un outil de prévention.....	51
2. Suivi au long cours.....	53
3. Partager le suivi.....	54
4. Alliance thérapeutique.....	55
d) Continuité / Suivi / Coordination des soins.....	56
1. Suivi / Continuité / Évolution.....	56
2. Coordination des soins.....	57
3. Organisation de l'activité.....	58
e) Approche centrée-patient / Relation médecin-malade / Communication.....	59
1. Relation médecin-malade et confiance.....	59
2. L'approche centrée-patient.....	60
3. Communication.....	62
4. Vérifier la compréhension des parents.....	64
f) Professionnalisme.....	64
1. Affects du patient.....	64
2. Connaître ses limites.....	65
3. Amélioration des compétences professionnelles.....	67
4. Réflexion éthique / Libre choix / Informations à la famille.....	68
5. Altruisme / Accès équitable aux soins.....	68
B - Le profil de la famille.....	69
1/ Les critères de choix du médecin généraliste.....	69
a) Rester dans sa zone de confort.....	69
b) Suivre les conseils de l'entourage.....	70
c) Présence de raisons motivant la consultation avec un praticien plus qualifié.....	71
d) Absence de raisons motivant la consultation avec un praticien plus qualifié.....	72
2/ Critères confortant le choix des parents.....	72
a) Comportement des enfants en consultation.....	72
b) Preuves de confiance mutuelle.....	73
c) Exigences concernant le suivi.....	74
d) Savoir quand consulter.....	74
3/ Critères motivant l'arrêt du suivi.....	75
a) Motifs d'arrêt du suivi par le généraliste.....	75
1. Comportement inadapté du généraliste.....	75
2. Échecs dans la prise en charge de l'enfant.....	76

3. Changement des attentes des parents en matière de suivi.....	76
b) Motifs d'arrêt du suivi par la PMI.....	76
c) Motifs d'arrêt du suivi par le pédiatre.....	77
1. Arrêt proposé par le pédiatre.....	77
2. Déménagement de la famille.....	77
3. Refus du suivi du 2ème enfant de la fratrie par le praticien.....	77
4/ Expérience personnelle des différents modes de suivi.....	78
a) Concernant son suivi personnel.....	78
b) Concernant celui de ses enfants.....	79
5/ Organisation du suivi dans la famille.....	80
C - L'organisation du cabinet médical.....	81
D – Les acteurs de la santé de l'enfant en Haute-Normandie.....	83
1/ Le pédiatre de ville.....	84
a) Critères de choix du pédiatre.....	84
b) Freins au choix du pédiatre.....	85
1. Prix de la consultations.....	85
2. Intérêt du suivi par un pédiatre.....	85
3. Démographie médicale en Haute-Normandie.....	85
4. Disponibilité.....	86
5. Contact du pédiatre avec la famille.....	86
c) Qualités intrinsèques : la parentalité.....	87
d) Qualités extrinsèques : la réputation.....	88
e) Définir le rôle du pédiatre dans le suivi.....	88
2/ La PMI.....	89
a) Représentation auprès des parents.....	89
b) Freins à la consultation.....	90
c) Atouts de la PMI.....	91
d) Missions extérieures au suivi des enfants.....	91
3/ La sage-femme.....	92
a) Suivi de grossesse.....	92
b) Suivi du poids du nouveau-né.....	92
Discussion.....	93
Conclusion.....	102
Bibliographie.....	104
Annexe 1 : Calendrier des examens obligatoires pris en charge à 100 % par la CPAM avant 2 ans.....	107
Annexe 2 : Guide d'entretien	108
Annexe 3 : Accord de participation à l'étude.....	111
Résumé.....	112

Abréviations

PMI : Protection Maternelle Infantile

J8 M9 M24 : 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CSP : Code de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ECN : Examen Classant National

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

UTAS : Unité Territoriale d'Action Sociale

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ETP : Equivalent Temps Plein (emploi)

SNMPMI : Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle Infantile

MG : Médecin Généraliste

RMM : Relation Médecin-Malade

Px : parent n°x, identifiant les entretiens

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

CNGE : Conseil National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile

IP : Information Préoccupante

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

Introduction

1/ Le suivi de l'enfant en France

A - Les naissances en France

Le taux de fécondité est le rapport entre le nombre de naissances vivantes et l'effectif de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) selon le Larousse (1). La France a une fécondité de 1,84 enfant par femme en 2020 soit 740 000 naissances. Cela fait 6 années consécutives que la fécondité des françaises baisse, ce qui n'empêche pas la France de rester le pays le plus fécond d'Europe en 2018. La diminution des naissances s'était pourtant stabilisée en 2019 avec une fécondité à 1,86 enfant par femme (2).

Afin de maintenir ce taux de naissances, il a fallu créer un climat sécurisant pour les parents concernant le suivi et le soin des enfants. En effet, la santé des enfants est de la responsabilité de leurs parents.

B – Evolution du suivi de l'enfant en France

1/ Contexte historique

Le suivi et la protection de l'enfant sont devenus une priorité après la Seconde Guerre mondiale. Afin de maintenir et de promouvoir une augmentation des naissances dans un

contexte de reconstruction et de baisse de démographie importante, l'État crée la Protection maternelle infantile ou PMI. Son rôle est de faire reculer la mortalité infantile en organisant un suivi de toutes les femmes enceintes et de leurs enfants jusqu'à l'âge de 6 ans (3).

2/ La législation

Le suivi obligatoire de l'enfant a été mis en place par une ordonnance du 17 juillet 1970, qui rend obligatoire la délivrance de certificats de bonne santé à J8, M9 et M24 (4). Ces certificats ont un intérêt médical de prévention avec le dépistage de pathologies du développement, mais également un intérêt de santé publique en permettant d'étudier la santé des enfants. Ils sont transmis à la PMI. L'établissement de ces certificats permet aux parents de bénéficier de l'allocation familiale.

Depuis 1970, ce texte référence 20 examens obligatoires prévus entre 0 et 6 ans pour évaluer le développement psychomoteur de l'enfant. Une modification de ce calendrier a été imposée en février 2019 avec un nouvel échelonnage des rendez-vous obligatoires (5) (*annexe 1*). On retrouve alors 13 examens obligatoires avant l'âge de 1 an puis 2 examens obligatoires entre 1 et 2 ans. Ces examens sont remboursés à 100 % par la CPAM.

Un dépistage des troubles de l'expression orale, visuels et auditifs est également prévu entre 3 et 5 ans.

Au début des années 1970 est lancé le premier Plan de périnatalité, dans le but de sécuriser les naissances et d'améliorer la prévention au sein des établissements de santé français. Depuis, 2 autres plans ont été lancés de 1995 à 2000 puis entre 2005 et 2007. Ils ont permis de baisser la morbi-mortalité périnatale de façon significative grâce à des décrets imposant des normes d'équipements dans les maternités et en créant des niveaux de soin néonatal pour améliorer la prise en charge des enfants et des mères (6).

C - Les acteurs de la santé de l'enfant

Les différents acteurs de la santé de l'enfant sont : le médecin généraliste, le pédiatre et le médecin de PMI.

1/ Le médecin généraliste

C'est un médecin spécialiste des soins primaires. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les soins primaires sont *« des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent supporter à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national dont ils constituent la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement socio-économique général de la communauté. Ils représentent le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »*(7).

Cette première définition de 1978 a par la suite été affinée et introduite dans le Code de santé publique en 2009 (8) sous la forme d'une liste de missions devant être remplies par les médecins généralistes dits « de premiers recours ».

Cette liste comprend :

- une contribution à l'offre de soins ambulatoires
- l'orientation des patients dans le système de soins
- la coordination des soins
- l'application des recommandations et du suivi des maladies chroniques en coopération avec les autres professionnels de santé
- la synthèse des informations transmises aux différents acteurs
- les missions de prévention et dépistage

- la permanence des soins
- l'accueil et la formation des stagiaires en études médicales.

L'objectif de sa formation est d'avoir des notions dans tous les domaines de la médecine. C'est un omnipraticien et un interlocuteur privilégié dans les soins et la prévention auprès de la population. Il adresse ses patients à d'autres médecins et sait évaluer le degré de gravité d'une situation.

Il est souvent médecin traitant de ses patients, c'est-à-dire le coordinateur principal de leurs soins. Il est le médecin de premier recours et les adresse à des confrères quand il le juge nécessaire, gère leur dossier médical et assure une prévention personnalisée.

Le choix d'un médecin traitant est obligatoire depuis 2006. La loi a été modifiée en 2019 (9).

La base de son travail est de créer une relation médecin-malade de confiance afin d'accompagner le patient dans toutes les étapes de sa vie, et ce dès son plus jeune âge.

Sa formation s'étend sur 6 semestres obligatoires. Suite à la réforme du 3ème cycle d'études médicales votée en avril 2017, la formation est la suivante : elle débute par une phase dite socle, composée de 2 semestres obligatoires en médecine d'urgence et en médecine générale. La seconde phase est dite d'approfondissement et se compose de 4 semestres obligatoires : médecine polyvalente, santé de l'enfant, santé de la femme, Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) (10).

La réforme de 2017 a également rendu obligatoire un stage en Santé de l'enfant, alors qu'auparavant l'étudiant devait choisir entre Santé de la femme et Santé de l'enfant.

Les compétences nécessaires au médecin généraliste ont été listées dans un article du magazine *Exercer* en 2013 (11), et présentées sous forme d'une marguerite des compétences (*Figure 1*). Les 6 points-clés ont été définis comme des points essentiels et transversaux permettant à l'étudiant « *de mobiliser et de combiner ses ressources de façon appropriée* » et « *de résoudre la majorité des situations de santé auxquelles il risque d'être confronté dans son futur cadre d'exercice* ».

Les compétences exigibles lors de la formation en médecine générale sont les suivantes :

- l'approche globale et la prise en compte de la complexité
- l'éducation, la prévention, la santé individuelle et communautaire
- le premier recours, les urgences
- la continuité, le suivi, la coordination des soins autour du patient
- la relation, la communication, l'approche centrée-patient
- le professionnalisme

Elles ont permis une certaine uniformisation des formations des différentes facultés de médecine générale en France.

Actuellement, le nombre d'internes acceptés en médecine générale sur Rouen est de 106 pour l'année universitaire 2020-2021 (12).

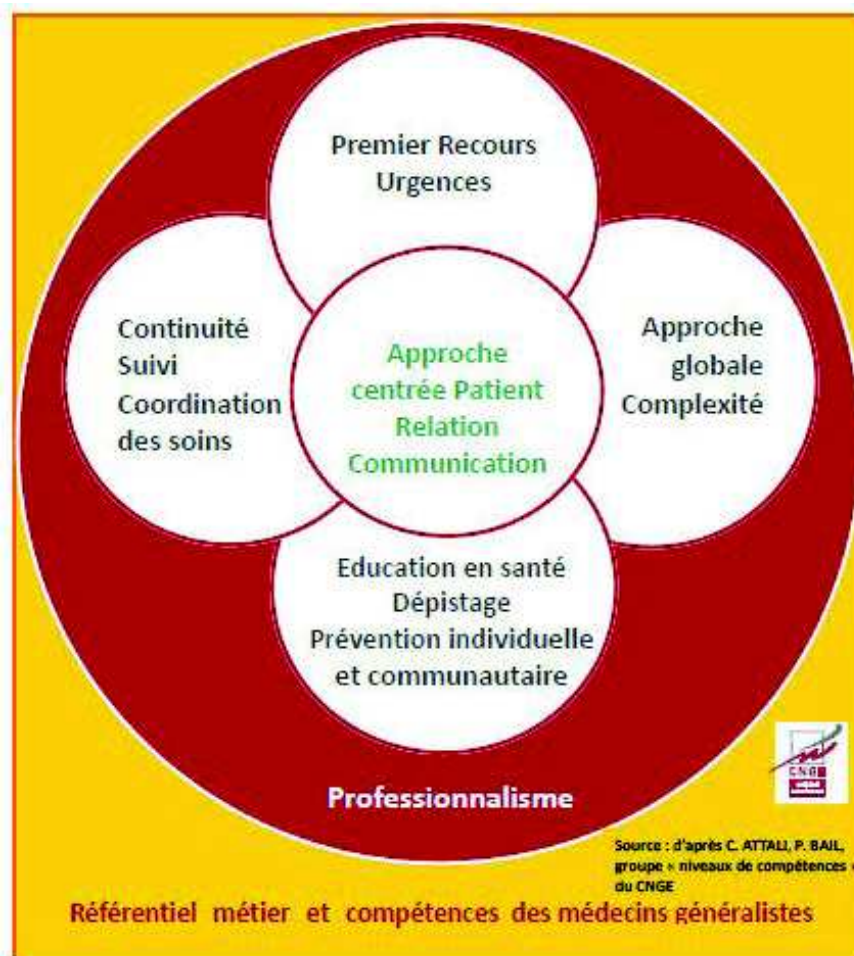


Figure 1: Marguerite des compétences du médecin généraliste

2/ Le pédiatre

C'est un médecin spécialisé dans le soin et le développement de l'enfant.

Il bénéficie d'une formation de 10 semestres en pédiatrie générale, néonatalogie, urgences-réanimation et pathologie du développement. Ces stages s'effectuent majoritairement en CHU. Un stage de pédiatrie ambulatoire est proposé pendant le cursus afin de se familiariser avec la pédiatrie dite "de ville" (13).

Actuellement, le nombre de places disponibles pour l'ECN de 2021 est de 328 sur l'ensemble de la France, dont 10 en Haute-Normandie, au CHU de Rouen (12).

-

3/ Le médecin de PMI

Il travaille pour le Conseil départemental, dans une structure pluridisciplinaire regroupant des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices, des assistantes sociales et des psychologues. Ils ont pour mission un rôle de prévention et de santé publique pour les mères et les enfants de moins de 6 ans. Ils ont également un rôle de surveillance et d'évaluation des structures d'accueil d'enfants de moins de 6 ans ainsi que des assistantes maternelles (14).

Le médecin de PMI effectue un suivi des mères et des enfants jusqu'à 6 ans. Il effectue des missions de vaccination, de planning familial. Il a également un rôle dans la protection de l'enfance puisqu'il peut être amené à évaluer certaines situations familiales requérant le placement d'un enfant. Il suit les enfants de l'ASE et évalue les familles d'accueil. Le cadre de ses missions est régi par le Code de santé publique (3).

Généralement, on retrouve en poste des médecins généralistes ou des pédiatres.

Ils sont responsables du suivi pour un territoire donné, que l'on appelle une Unité territoriale d'action sociale (UTAS). Il existe environ 5.100 points d'accueil dans l'ensemble des territoires français en 2012 (15).

D - Démographie médicale

L'atlas du CNOM permet d'évaluer le nombre de médecins répartis sur tout le territoire. Le dernier sorti date de janvier 2021, pour l'année 2020 (16).

Le nombre de médecins généralistes a baissé de 1% par rapport à 2019 pour atteindre un nombre de 86.102, tous modes d'exercice confondus en 2020. Depuis 2010, cette baisse est estimée à 9%.

La Normandie a enregistré une baisse d'effectif de 1,8% entre 2019 et 2020. La plus grande variation du nombre des médecins généralistes en activité revient à l'Orne en Basse-Normandie, avec une diminution d'effectif de 4,3%. L'Eure a par ailleurs enregistré une diminution de 3 % de ses effectifs cette année. Cette diminution est moins importante qu'en 2019. Les départements de la Haute-Normandie se situent tous les deux en-dessous de la médiane en terme de densité médicale pour les généralistes, c'est-à-dire moins de 123 médecins pour 100.000 habitants (16) soit une baisse régionale de -2,4 % des effectifs de généralistes.

Le nombre de pédiatres recensé dans le CNOM 2019 est de 154 en Haute-Normandie : 141 en Seine-Maritime et 13 dans l'Eure. On y retrouve également la densité médicale des pédiatres soit le nombre de pédiatres pour 100.000 habitants. Elle est de 2,2 dans l'Eure et 11,2 en Seine-Maritime, la moyenne nationale se situant à 8,46 (17).

Selon ce même atlas, on retrouve uniquement 22% de pédiatres libéraux en France, les autres ayant une activité mixte ou exclusivement hospitalière.

Le nombre de médecins de PMI, lui, est en chute libre en France depuis de nombreuses années. Il est passé entre 2009 et 2015 de 1.936 à 1.724 en équivalent taux plein (ETP), soit une baisse de 11% selon un rapport de la SNMPMI de novembre 2011 (18).

En Haute-Normandie, le dernier rapport d'effectifs pour la période 2007-2017 recense 4,8 médecins en ETP dans l'Eure, et 40,6 en Seine-Maritime (19).

2/ Le choix du praticien pour le suivi

Le choix du praticien effectuant le suivi de l'enfant est laissé à ses parents.

Quelques thèses se sont intéressées au suivi des jeunes enfants, et aux raisons ayant amené les parents à choisir un médecin plus qu'un autre.

La thèse de M. MICHEL (2013) (20) a permis de hiérarchiser les raisons pour lesquelles les parents avaient choisi un spécialiste plutôt qu'un autre. La proximité et le relationnel sont des critères importants pour eux. Selon elle, le choix du généraliste par les parents est conditionné par sa disponibilité, sa proximité et par l'âge de l'enfant (plus ou moins 2 ans). L'accent est mis sur l'importance de la formation des généralistes en pédiatrie en réaction à la diminution du nombre de pédiatres de ville.

La thèse de E. CASSOL (2015) (21) a donné la parole aux généralistes sur leur ressenti concernant les attentes des parents en matière de suivi de leur enfant. Il en ressort que les généralistes se sentent légitimes et suffisamment compétents pour remplir cette mission en l'intégrant dans la prise en charge globale de la famille. Une disparité des pratiques a cependant été relevée entre les différents praticiens.

La thèse de A. GASPAR (2014) (22) s'est plus intéressée au ressenti et à l'expérience des parents concernant le suivi de leurs enfants par les professionnels de la petite enfance, toutes catégories confondues. Ils attendent une relation de confiance, des compétences en pédiatrie et une grande disponibilité. Ils relèvent parfois des connaissances insuffisantes sur certains sujets et un examen moins approfondi qu'un pédiatre. Les parents semblent également ne pas bien connaître la hiérarchie des différents acteurs du suivi de l'enfant.

Toutes ces thèses ont permis d'isoler certains éléments, tout en rappelant la chute du nombre de pédiatres de ville et la nécessité de la formation des généralistes en pédiatrie en vue de répondre à la demande de suivi qui est, elle, croissante.

Aucun de ces travaux de recherche n'a été mené en Haute-Normandie.

3/ La question

Quels sont les déterminants du choix du généraliste dans le suivi des enfants de moins de 2 ans en Haute-Normandie ?

Méthodologie

1/ Généralités sur les études qualitatives

A - Définitions

La méthode qualitative correspond à l'étude et la compréhension du comportement humain sans l'extraire de son milieu.

La définition proposée par la revue *Exercer* dans son article « Introduction à la recherche qualitative » publiée en janvier 2008 est la suivante : « *la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative (...) de façon plus générale, la recherche qualitative permet de répondre aux questions de type +pourquoi ?+ ou + comment ?+ (...) Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des patients ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles (...) elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soins* » (11).

C'est une approche dite humaniste, c'est-à-dire qui s'intéresse au sens que les individus attribuent à leurs actions.

L'étude qualitative permet une analyse du contenu. Elle ne donne pas de preuve en matière de prévalence, prédiction ou causes/effets.

Elle étudie le processus de décision pour un phénomène précis.

La qualité d'une étude qualitative est directement corrélée à une méthode rigoureuse afin que sa validité interne et externe soit respectée.

La **validité interne** correspond à la fiabilité méthodologique des résultats, c'est-à-dire à l'absence de biais, la qualité de la méthodologie utilisée et de la présentation des résultats.

La **validité externe** permet une généralisation des données ou l'applicabilité des résultats, d'où l'importance du mode de recrutement et des critères d'inclusion d'une population ciblée. Elle étudie également la cohérence externe, c'est-à-dire la concordance des résultats de l'étude à ceux de la littérature existante.

Historiquement, la méthode qualitative a d'abord été utilisée en sociologie et dans les sciences humaines. Elle permet alors d'étudier comment les personnes en arrivent à faire certains choix.

L'application dans le monde médical ne s'est faite que plus tard, dans les années 1990, quand les chercheurs ont commencé à s'intéresser aux motivations des patients ou des médecins dans leurs prises de décision. (23)

B - Choix du type d'étude adapté

Il existe différents types d'étude qualitative. (24)

- La phénoménologie s'intéresse au sens des expériences vécues par l'individu sur un sujet précis.
- L'étude de cas correspond à l'investigation de phénomènes contemporains dans leur contexte de vie.
- L'ethnographie est une immersion de l'investigateur dans la vie des sujets étudiés pour mieux comprendre la place du phénomène étudié dans leur groupe social.
- L'ethnométhodologie est une analyse du discours.
- La biographie est une chronologie d'expériences de vie.

Ce choix dépend donc de la question étudiée ainsi que du libre arbitre de l'enquêteur.

C - Echantillonnage

L'échantillonnage qualitatif est dit raisonné. Cela signifie qu'il est « ciblé », selon le jugement du chercheur.

Il n'est pas probabiliste et se fait au fur et à mesure de l'étude.

Il n'est pas représentatif car il recherche la diversité des opinions et des comportements.

La taille de l'échantillon dépend de la saturation des données, qui est atteinte dès qu'aucun nouveau nœud ou thème n'est retrouvé dans les derniers entretiens effectués.

La saturation des données est alors permise par la diversité de l'échantillon.

D - Recueil de données

Les données peuvent être recueillies lors d'entretiens ou d'observations de situations.

Les entretiens sont généralement individuels et impliquent une démarche active de l'enquêteur lors de l'échange. Parfois, on effectue des focus group, qui sont des groupes de 8 à 10 personnes rassemblées autour d'un sujet avec un animateur et un observateur.

L'observation peut être directe et passive pour l'enquêteur, ou bien indirecte via des enregistrements.

E - Analyse des données

L'analyse des données suit généralement ce qu'on appelle la « grounded theory » ou théorie ancrée, qui se traduit par la construction théorique faite à partir de l'analyse des données qualitatives.

Les entretiens participent à une démarche inductive, qui consiste à trouver des hypothèses à partir des faits observés dans le temps. On peut également la qualifier d'interprétative. C'est un processus continu et ininterrompu entre l'analyse et le recueil de données.

Selon l'analyse inductive des résultats, l'hypothèse initiale peut également être modifiée. Une analyse inductive implique alors une probabilité de résultats plus qu'une affirmation.

2/ Les choix pour cette étude

A - Caractéristiques de l'étude

L'étude qualitative sélectionnée pour cette étude est de type phénoménologique.

L'analyse est basée sur la théorie ancrée.

Les données ont ici été recueillies lors d'entretiens individuels et semi-dirigés. L'entretien semi-dirigé se fonde sur un guide d'entretien ou canevas, qui contient les grands thèmes à évoquer lors de l'entretien, avec des questions de relance.

Les questions sont dites ouvertes afin de permettre une plus grande liberté de réponse aux parents. Cela permet d'aborder des thèmes nouveaux, qui apportent de nouvelles pistes de réflexion.

B - Recrutement

Pour permettre une diversité de population selon des critères précis, cette étude recourt à la méthode de variation maximale. Elle permet de faire varier le profil des participants selon quelques critères préétablis afin de garantir une hétérogénéité dans la population ciblée.

Les familles ont donc été sélectionnées car considérées comme « typiques » de la population cible, celle des parents faisant suivre leurs enfants par un généraliste.

Les critères permettant la variation retenus sont la localisation géographique du lieu de vie et la structure familiale des participants (famille monoparentale, divorcés, en couple, recomposée, nombre d'enfants), évoquée lors de consultations antérieures à l'inclusion ou notées dans le dossier médical.

Le profil des médecins généralistes effectuant les suivis a également été pris en compte : sexe, années d'installation...

3/ Recueil de données

A - Déroulement de l'entretien

Un entretien est fondé sur une démarche participative des deux côtés. En effet, le déroulement de l'entretien est directement lié à l'interaction entre le chercheur et le patient.

La posture du chercheur doit être sans a priori, neutre et permettre l'installation d'une relation de confiance avec l'enquêté, ceci dans le respect de l'éthique.

Après une présentation de l'étude et la signature d'un accord de participation, l'entretien peut débuter, enregistré à l'aide d'un magnétophone afin de pouvoir réécouter et retranscrire fidèlement les paroles du patient.

Sa durée est variable, selon le degré de participation des deux parties.

B - Guide d'entretien

Pour faciliter ses entretiens, le chercheur peut s'aider d'un guide, contenant des questions ouvertes ou alors des thèmes à évoquer afin de balayer le plus d'informations susceptibles d'entrer dans le cadre de son enquête.

Utiliser des questions ouvertes permet de laisser plus de liberté d'expression au patient, tout en conservant une neutralité nécessaire à la confiance et donc à la confiance.

Ce guide (*annexe 2*) a été modifié tout au long de l'inclusion des patients afin de prendre en compte toutes les nouvelles données dégagées au fur et à mesure des analyses.

Ce guide d'entretien a été relu par le directeur de thèse afin d'avoir un avis extérieur ainsi que par un journaliste afin d'avoir les questions les plus simples et les plus ouvertes possibles.

C - Enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés via un logiciel type magnétophone sur le téléphone portable de l'enquêteur, après accord écrit et oral du parent (*annexe 3*).

4/ Méthode d'analyse

A - Retranscription

La retranscription des entretiens a été effectuée manuellement grâce au logiciel Libre

Office. Elle a été exclusivement réalisée par l'enquêteur. La retranscription a été anonymisée.

B - Analyse d'entretiens

L'analyse des entretiens s'est effectuée sur le logiciel Nvivo, spécialisé dans les analyses qualitatives. Les données ont été codées uniquement par l'enquêteur.

Elle est fondée sur la recherche des verbatims, soit des extraits d'entretiens retranscrits le plus fidèlement possible et correspondants à des idées/thèmes abordés.

Le choix s'est porté sur un codage de type axial, c'est-à-dire qu'une idée correspond à un verbatim. Ensuite ces verbatims ont été regroupés selon un arbre de concepts ascendant, sauf dans le cas des compétences exigibles du médecin généraliste pour lesquelles nous avons utilisé un codage descendant en suivant la marguerite des compétences du CNGE (25) (*schéma 1*).

Résultats

1/ Caractéristiques des entretiens

La réalisation des entretiens a eu lieu du 16 janvier 2020 au 31 décembre 2020.

11 familles ont été incluses dans l'étude.

Chaque famille a été sélectionnée à la suite d'une consultation effectuée pour son enfant dans le cabinet où l'enquêteur remplaçait, et recontactée afin de proposer la participation à l'étude. Seuls 2 participants ont été intégrés après avoir été proposés par des patients, P8 et P9. Ils ont donc été rencontrés pour la première fois au moment de l'entretien.

Les familles dont au moins un des enfants était âgé de moins de 2 ans ont été majoritairement incluses, excepté P9 et P11 dont l'enfant le plus jeune avait respectivement 8 et 3 ans.

Les critères secondaires d'inclusion retenus étaient :

- le lieu de résidence de la famille
- la structure familiale: mariés, séparés, famille recomposée
- le salaire mensuel du foyer
- le profil du médecin généraliste effectuant le suivi : nombre d'années d'installation, sexe, parentalité

Les entretiens ont été effectués au cabinet médical du médecin traitant des familles

incluses.

6 familles étaient originaires de l'Eure (27) et 5 de Seine-Maritime (76), et toutes avaient un médecin généraliste exerçant dans le même département, à l'exception de P5, qui vit en Seine-Maritime et dont le généraliste exerce dans l'Eure, près de chez ses parents.

Les entretiens ont duré en moyenne 21 minutes et 2 secondes. L'entretien le plus court a duré 9 minutes et 12 secondes, le plus long 48 minutes et 32 secondes.

2/ Tableau d'échantillonnage des familles incluses

	Profil de l'interviewé						
	Sexe	Age	Lieu de vie	Département	Statut familial	Nombre d'enfants	Salaire mensuel du foyer
P1	Femme	18	Rural	Eure (27)	Monoparentale	1	< 1000
P2	Femme	28	Semi rural	Eure (27)	Concubinage	2	> 2000
P3	Femme	29	Rural	Seine-Maritime (76)	Concubinage	1	> 2000
P4	Femme	29	Semi Rural	Eure (27)	Mariée	2	> 2000
P5	Femme	28	Urbain	Seine-Maritime (76)	Séparée	4	2000
P6	Femme	31	Rural	Seine-Maritime (76)	Concubinage	2	> 2000
P7	Femme	43	Rural	Seine-Maritime (76)	Recomposée	6	1000 < - < 2000
P8	Homme	35	Urbain	Seine-Maritime (76)	Divorcé	1	1000 < - < 2000
P9	Femme	45	Urbain	Seine-Maritime (76)	Mariée	3	> 2000
P10	Femme	23	Semi rural	Eure (27)	Concubinage	2	1000 < - < 2000
P11	Femme	26	Rural	Eure (27)	Mariée	2	> 2000

Tableau 1 : Tableau d'échantillonnage des familles

3/ Tableau d'échantillonnage des médecins généralistes des familles incluses

	Profil du médecin généraliste			
	Sexe	Nombre d'années d'installation	Parent	Lieu d'exercice
P1	Femme	5 ans	Oui	Eure (27)
P2	Femme	5 ans	Oui	Eure (27)
P3	Femme	6 ans	Non	Seine-Maritime (76)
P4	Homme	3 ans	Oui	Eure (27)
P5	Homme	8 ans	Oui	Eure (27)
P6	Homme	23 ans	Oui	Seine-Maritime (76)
P7	Femme	8 ans	Oui	Seine-Maritime (76)
P8	Homme	22 ans	Non	Seine-Maritime (76)
P9	Homme	36 ans	Oui	Seine-Maritime (76)
P10	Femme	9 ans	Oui	Eure (27)
P11	Homme	21 ans	Oui	Eure (27)

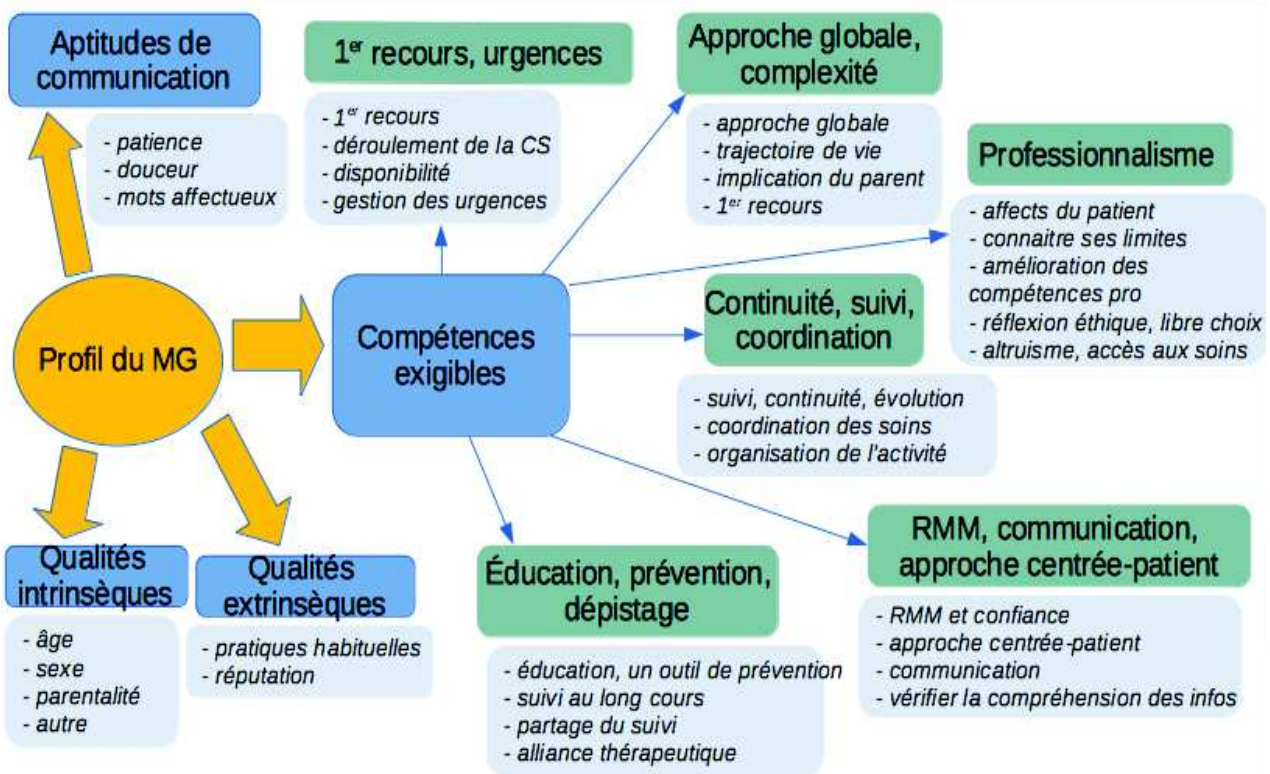
Tableau 2 : Tableau d'échantillonnage des médecins généralistes

4/ Analyse des verbatims

Les verbatims ont pu être classés en 5 thèmes, eux-mêmes divisés en différents sous-thèmes afin d'organiser au mieux les idées dégagées lors des entretiens avec les familles. Au total, 199 verbatims ont été retrouvés sur les 11 entretiens effectués.

A - Le profil du médecin généraliste

Le profil du médecin généraliste a souvent été cité dans les entretiens comme un des critères ayant initié le suivi de l'enfant après sa naissance.



1/ Les qualités intrinsèques

a) Age du médecin

L'âge du médecin a été évoqué par les patients 8 et 9.

P8 l'associe à « l'expérience », tandis que P9 explique « Donc l'âge, la compétence ça s'acquiert. Et il faut laisser le temps au médecin de les avoir (...) Donc l'âge n'est pas un problème. Parce qu'il y en a qui sont vieux et qui sont persuadés d'avoir toujours raison ».

b) Sexe du médecin

Lors du premier entretien, P1 a déclaré vouloir uniquement un médecin de sexe féminin : « Je préfère que ça soit une femme qui s'occupe de mon fils. Les femmes ont plus l'instinct. Après je dis pas que les hommes n'ont pas d'instinct. Je veux dire que la femme est plus... ». Pour elle, une femme possède un instinct maternel lui permettant de mieux comprendre et interagir avec les enfants, ce que ne possèdent pas les hommes médecins.

Suite à ces déclarations, la question du sexe du médecin généraliste a été évoquée dans chaque entretien de l'étude. Les autres parents interrogés se sont tous accordés à dire que le sexe du praticien n'influeait en rien sur la qualité de la relation médecin-malade lors du suivi de leur enfant : P7 « *Moi c'est ce que je dis, tant que c'est un médecin et qu'il sache son travail, voilà, après...* », P8 « *Mais pour moi ça ne laisse rien présager de la qualité du suivi ou de la relation entre mon fils et son médecin. Et de nous parents avec ce médecin* » ou encore P11 « *moi je pense que pour un médecin, que ce soit une femme ou un homme, peu importe !* ».

Par contre, les parents P7 et P9 ont nuancé leur propos en évoquant leurs enfants adolescents : P9 « *Là par exemple A. se sent plus à l'aise avec le Dr C. parce que c'est un homme, maintenant qu'il est grand* », P7 « *Après pour mes filles, je pense que c'est plus facile qu'elles aient une femme, que un homme euuuh...(...) c'est plus facile de parler entre femmes de problèmes féminins que avec un homme* ».

c) Parentalité du médecin

L'entretien N°1 a également permis de dégager la notion de parentalité du médecin, puisqu'elle considère qu'elle pourrait lui apporter des compétences en pédiatrie: « *Déjà qu'il ait... Clairement les pieds dans le plat quoi ! (...) Moi je sais que Mme C. elle connaît les bébés (...) elle est maman* ».

Cette notion a également été rapportée par P6, P9, P10 et P11. P6 et P9 font le lien avec des situations que le praticien aurait pu croiser en tant que parent : P6 « *Parce qu'il a vécu ça j'imagine. Voilà c'est ça, et du coup il, il m'a toujours appelé à m'écouter.* », P9 « *Mais il m'expliquait que ça allait passer, et on sentait qu'il réfléchissait dans sa tête sur ce que lui avait pu vivre avec ses enfants* ».

P9 parle aussi d'expérience et de comportement réflexe face à un enfant « *Non mais parce que c'est un comportement, au niveau de la gestuelle... Tout bête mais je laisse l'enfant sur la table d'examen, et il met toujours la main sur le ventre de l'enfant pour qu'il ne roule pas. Petit détail mais qui me paraît quand même essentiel* ».

P10 évoque également « *Après il y en a qui ont jamais eu d'enfants et qui sont super bien hein. Mais y en a qui ont pas eu d'enfants et qui sont un peu... Pas ... Enfin ils vont moins faire attention aux choses, ils vont... (...) plus à hésiter dans son... Enfin voilà, comment le prendre, le déplacer* ».

P11 parle d'une interaction facilitée chez les médecins ayant déjà eu des enfants « *Enfin, un médecin qui n'a pas d'enfant, il va réagir différemment avec les enfants qu'un médecin qui a des enfants en fait* ».

Enfin, P4 et P5 estiment que la parentalité n'a pas d'impact sur la qualité du suivi de leur enfant : P4 « *Oh ben je trouve qu'il était déjà bien avec les enfants* », P5 « *Après je ne connais pas sa vie, donc je ne sais pas s'il a des enfants ou quoi mais il est à l'aise* ».

d) Autres

Le caractère du médecin est un facteur important selon P6 « *Bah forcément son caractère ! C'est... Voilà il est attentif et il échange avec eux, dès qu'ils sont bébés, donc forcément E. et A. ils sont réceptifs à ça* ».

P9 explique que travailler avec des enfants nécessite une certaine facilité « *Oui pour travailler dans la petite enfance, c'est pas quelque chose de forcément... Qu'on apprend, c'est plus inné en fait. Avoir cette sensibilité...* ».

P1, P7 et P9 évoquent également l'impression générale laissée par le médecin comme critère ayant motivé leur choix. P9 dit « *Et puis voilà c'est ça : quand on le sent bien le médecin, ça ne génère pas d'angoisse chez la maman. C'est apaisant* », P7 « *Je sais que si les enfants vont être à l'aise avec le médecin ou n'importe quelle autre personne, je le ressens direct* », P1 « *c'est aux vues de la personne aussi que je me dis si ça va être bien ou pas* ».

2/ Les qualités extrinsèques

a) Pratiques habituelles au cabinet

Différents parents ont choisi leur médecin selon son habitude de suivre des enfants en bas âge. Cette habitude dans leur pratique a été soulignée par 8 parents : par exemple P1 « *s'il a pas l'habitude de travailler avec les bébés entre autre, moi j'irais pas vers ce médecin-là* », P4 « *pas tout le monde peut suivre des enfants, chacun a ses préférences. C'est pas facile non plus, un enfant à comprendre, c'est pas évident* », ou encore P7 « *C'est vrai qu'il y a des bébés qui ne sont pas faciles alors c'est vrai que si le médecin est en stress parce qu'il doit l'examiner parce que c'est une boule de nerfs... Ça va pas aider* ».

Enfin, P8 évoque le choix du généraliste de faire du suivi d'enfant « *Certains pourraient refuser parce que c'est pas leur domaine de compétences ou qu'ils ont moins d'affinités avec les enfants, ou qu'ils sont moins à l'aise. Je pense que c'est particulier de suivre un enfant, il faut s'en sentir capable* ».

P5 a déjà fait face à un médecin qui n'avait aucun intérêt en pédiatrie et qui ne s'en était pas caché lors de la consultation : « *On avait clairement l'impression que ça le saoulait quoi !* ».

b) Réputation du médecin

P9 a choisi son généraliste en fonction de sa réputation, expliquant que c'était rassurant mais que « *ça ne fait pas tout mais c'est mieux.* ».

3/ Les aptitudes de communication

Les aptitudes de communication du généraliste en consultation permettent de faciliter la relation avec l'enfant et donc de rassurer le parent, tout en participant à la création d'une

relation médecin-malade solide avec l'enfant et le parent.

Pour interagir avec l'enfant, surtout avant 2 ans, les parents ont souligné la patience de leur généraliste dans 5 entretiens, comme P7 « *Les qualités nécessaires ? Euh on va dire que la patience déjà (rires). Surtout pour les bébés parce qu'ils réagissent pas tous pareil* ».

La douceur du comportement permet de rassurer l'enfant lors de l'examen : P5 « *il faut être doux déjà* », P11 « *je sais que ma fille avait peur de tout ce qui était brusque* ».

Enfin, la communication avec l'enfant est facilitée par l'utilisation de mots affectueux selon P2 « *elle l'appelle +mon loulou+ et ça je pense que ça les met quand même en confiance* », ou encore de l'humour comme remarqué par P11 « *Il a toujours cette petite note d'humour en fait qui passe bien avec les enfants donc...* ».

4/ Les compétences exigibles du médecin généraliste

a) Premiers recours / Urgence

1. Médecin de premier recours

Le médecin généraliste est défini comme médecin de premier recours, c'est-à-dire que c'est l'un des premiers interlocuteurs du patient lors de son entrée dans le parcours de soins.

Ce rôle semble bien compris de P11 qui explique « *Après pour moi un généraliste il doit juste pouvoir répondre aux questions... Primaires... au pire de toutes ces spécialités. Il doit pas tout savoir faire (...) Enfin du coup moi si j'ai une question, ou si je m'interroge sur quelque chose, en premier lieu je vais prendre rendez-vous avec le Dr L. et puis bah si lui il ne peut pas, enfin s'il ne peut pas résoudre mon problème entre guillemets, il m'enverra vers et voilà* ».

P8 déclare avoir consulté son généraliste habituel sans se demander s'il avait l'habitude

de voir en consultation des nouveaux-nés, sous entendant qu'il était pour lui évident qu'il saurait prendre en charge son fils « *J'en avais déjà vu quelques-uns en salle d'attente de temps en temps, mais pas plus que ça. On ne s'est pas posé de question* ».

Les compétences en pédiatrie sont ensuite évaluées par les parents selon la réussite des prises en charges instaurées par le généraliste, pour des problèmes aigus ou des gestions de pathologies chroniques comme l'asthme du 3ème enfant de P5 « *Ça s'est bien passé pour son asthme tout ça donc je l'ai gardé comme médecin* », contrairement à son précédent généraliste qui lui semblait incompetent « *Pour vous finir à l'hôpital suite à un traitement pour une maladie, c'est un signe d'échec ? - Oui. - D'accord. Est-ce que c'est signe d'incompétence ? Euuuh bah après pour lui oui je trouve !* ».

Le généraliste est donc un omnipraticien puisque « *un médecin généraliste il peut faire pour tout le monde entre guillemets* » (P11), « *en fait il faut quasiment qu'il soit spécialiste partout, donc forcément il peut pas s'approfondir* » (P6).

2. Déroulement de la consultation

Dix familles sur les 11 incluses dans l'étude ont souligné l'importance d'un interrogatoire et d'un examen clinique complets, quel que soit le motif de consultation de l'enfant. P2 déclare « *Elle prend le temps de l'examiner, je sais qu'à chaque fois comme il a fait plusieurs bronchiolites, elle vérifie vraiment tout, elle le pèse, elle le mesure, c'est vraiment pas juste je regarde ce qui va pas...* ». Elle trouve que cette façon de procéder « *c'est quelque chose qui rassure aussi, oui* ».

Les parents apprécient le temps de consultation qui est dédié à l'enfant : P3 « *elle prend le temps, elle ne se dépêche pas pour prendre un autre patient...* », P5 « *Il l'examine bien, il prend le temps qu'il faut* », P7 « *Dr M. ou d'autres médecins, ils ont vraiment, ils prennent leur temps, ils regardent partout, le moindre symptôme* ».

Pour P9, ce temps de consultation n'a pas forcément besoin d'être plus long que pour un adulte « *Parce que j'estime que c'est comme pour un adulte, pour moi c'est un mini adulte, on a pas besoin d'y passer 2 plombes. Une consultation chez un médecin n'a pas*

besoin de durer 2 heures ».

L'examen clinique doit être minutieux selon P11 *« il faut être minutieux parce que bah, je sais que ma fille avait peur de tout ce qui était brusque »*, et effectué avec du matériel adapté aux enfants, et déjà en possession du médecin *« Tout ce qu'on a eu besoin, il l'avait quoi »* (P11).

La recherche d'un diagnostic par le biais d'examen complémentaire est également une possibilité chez l'enfant, et fait partie du rôle du généraliste comme décrit par P5 ou encore P2 *« Même là par exemple ma fille on lui fait des examens (...) Et on a eu des résultats négatifs, donc elle (la médecin généraliste) cherche encore à faire d'autres examens »*.

3. Disponibilité

La disponibilité est importante si on souhaite être un médecin de premier recours. Elle se traduit par la facilité d'accès du cabinet, sa proximité géographique ou encore la facilité de prise de rendez-vous pour tous les motifs et pour tous (voir C – L'organisation du cabinet médical).

P6 affirme : *« Donc la disponibilité, c'est vraiment le critère principal. Pour suivre un enfant il faut être disponible »*, que ce soit pour des urgences du jour, en termes d'horaires de consultation ou simplement pour un avis téléphonique comme pour P11 *« Et donc suite à la naissance (...) il est très disponible Mr L., si vous avez des questions, des interrogations (...) Je pouvais lui téléphoner et il n'y avait pas de souci en fait »*.

P11, P10 et P4 expliquent que leur médecin est également disponible pour un avis téléphonique : P11 *« Avec le Dr L. je n'ai pas forcément besoin de me déplacer en fait, je peux l'appeler et il me dit directement si je dois donner du Dafalgan si il a un petit peu de fièvre ou quoi... »*, P10 *« avant de l'amener ici je l'avais déjà appelée parce qu'elle était pas bien quand elle s'étouffait avec ses glaires, donc elle m'avait renseignée »*, ce qui peut éviter des consultations non-essentiels au cabinet.

La ponctualité du médecin est également évaluée par les parents, puisque plus le temps

d'attente est long, plus l'anxiété de l'enfant augmente selon P7 « *parce que je sais que parfois les rendez-vous sont pas pris à l'heure et tout... Pour qu'ils aient l'attente et qu'ils soient moins stressés* ».

Cette disponibilité permet donc de faciliter l'organisation du suivi des enfants par leurs parents, comme dit par P6 « *Voilà en termes d'organisation, c'est beaucoup plus simple et ça me convient* ». P5, P9, P10 et P11 abondent dans le même sens « *Et puis là, on habitait B. donc c'était le plus près, c'était plus simple si jamais il y avait un problème, je savais que je serais directement allée voir le Dr L.* » (P11).

4. Gestion des urgences

Un généraliste doit savoir gérer les urgences qui se présentent à son cabinet, quelles que soient ses habitudes de travail selon P8. Pour lui, la formation aux urgences pédiatriques doit être obligatoire « *même si dans l'idée on peut ne pas avoir envie de suivre des enfants tout le temps, je pense que s'il y a une urgence on doit être capable de faire le travail* ».

Selon P10, ce serait même une perte de chance pour l'enfant si le praticien n'en était pas capable « *Parce que je pense que un enfant c'est quand même assez malade, et que si bah le médecin il n'a pas les connaissances malheureusement sur l'enfant, bah c'est pas très bon quoi* ».

Pour pouvoir répondre à ces urgences, fréquentes en pédiatrie, on peut donc supposer que le planning du médecin doit permettre la prise de rendez-vous en urgence pour le jour-même, afin de faciliter l'accès aux soins (voir C – L'organisation du cabinet médical). Ce système était déjà installé dans les cabinets d'où sont issus les parents interrogés, et était largement plébiscité par nombre d'entre eux : P1 « *dès qu'on dit que c'est pour un bébé, il est pris direct en fait, il n'y a pas de temps d'attente avant d'être pris, par exemple 2 jours ou 3 jours* », P2 « *je sais que même quand ils ont pas forcément de place, à chaque fois que j'appelle le matin, quand mon enfant a de la fièvre, et je sais que Mme C elle me prend toujours entre 2* », P10 « *Quand j'ai besoin, aussitôt, limite ouais dans la journée j'ai rendez-vous* ».

b) Approche globale / Complexité

1. Approche globale

P7 explique son choix du généraliste car elle souhaitait « *une prise en charge très globale* » et centralisée par son généraliste, pour plus de simplicité puisqu'elle n'aurait qu'un seul interlocuteur : « *Mais non pour G. dès qu'il y a eu les vaccins après, j'ai voulu faire un suivi comment dire... direct. Ça lui permettait de tout voir par rapport à G. et même pour nous hum...* ».

Pour P3, une approche globale de la famille facilite la prise en charge de l'enfant. Elle explique « *Je trouve que le médecin c'est un médecin de famille, ce ressenti-là sur la famille...* », idée également exprimée par d'autres parents comme P7 « *suivre un enfant c'est aussi suivre tout le reste de la famille* ». P4 explique que son généraliste a accepté d'être son médecin traitant après avoir accepté de l'être pour ses deux enfants, son mari et finalement sa mère. Elle conclut en disant « *je pense qu'on a trouvé le bon médecin traitant pour toute la famille* ».

2. Trajectoire de vie

Avoir une approche globale sous-entend connaître la trajectoire de vie de son patient et son inclusion dans la démarche thérapeutique.

Le généraliste de P1 prenait de ses nouvelles lors de sa grossesse « *elle m'appelait pour me demander si ça allait bien, tout ça. Pareil, à la fin de ma grossesse j'avais un problème avec le père et elle a su m'indiquer vers qui aller...*» dans un contexte de violences conjugales chez une future mère de 18 ans, en sachant que cela pouvait avoir une incidence sur la grossesse et donc sur l'enfant à naître.

La généraliste de P7 a également suivi sa 6ème grossesse à 41 ans. Elle explique « *Je me souviens que pour la grossesse de G., les risques et tout elle a été là pour m'épauler. C'est vrai qu'elle appréhendait quand même, on a fait tous les tests, la trisomie et tout, et j'appréhendais aussi...* ». Elle demande des nouvelles des autres membres de la famille

lors des consultations de suivi des enfants « *Mais c'est vrai qu'elle demande beaucoup de nouvelles des autres personnes de la famille quoi. Surtout mon mari* », dans le cas de cet homme en invalidité dont la perte de salaire pèse sur la dynamique familiale.

L'histoire familiale a donc un impact sur les prises en charge, et un généraliste doit souvent se souvenir de tout et de tous, comme le souligne P11 « *Parce que mine de rien, il a beaucoup de patients, mais au final je pense qu'il les connaît les patients* », ou encore P6 « *je trouvais ça euuuh... Plus personnalisé (...) le Dr H. c'est pareil, il me connaît bien...* ».

Ces informations d'ordre psycho-socio-économiques permettent d'adapter les prises en charge à ce qui est réalisable et acceptable pour le patient. La prise en charge devient donc personnalisée.

Enfin P4 explique que le choix du généraliste permet aux enfants de poursuivre leur suivi avec le même médecin une fois devenus adultes : « *moi je trouve qu'un généraliste c'est bien pour plus tard, si jamais il veut continuer à être suivi par le Dr O.* ».

3. *Implication du parent*

L'implication du parent dans le suivi de son enfant est capitale puisque c'est lui qui consulte au nom de son enfant et transmet des informations et ses demandes au médecin.

On peut donc parler d'un travail en coopération du médecin et du parent dans l'intérêt de l'enfant. Leurs relations doivent donc être bonnes, baigner dans un climat de confiance, comme expliqué par P9 « *Le médecin et le parent sont là pour bosser ensemble pour le bien-être de l'enfant. Donc ça ne pourra bien marcher que si les deux s'entendent* ».

La consultation de l'enfant a donc une difficulté qui lui est propre, à savoir la double analyse du ressenti du parent et de celui du médecin vis-à-vis du comportement de l'enfant. Surtout quand celui-ci ne sait pas encore s'exprimer, soit avant 2 ans. P6 l'exprime ainsi « *il y a une double analyse finalement de ce que moi je dis et ce que je ressens en tant que maman et de ce qu'il voit d'A.* ».

Le généraliste doit donc être à l'écoute du parent puisque son ressenti est un élément clé de la consultation : P7 « *je sais que moi, par rapport au Dr M., la moindre question que j'ai à lui poser, elle va être là, elle va être attentive, elle va m'écouter* ». Parfois, quand cette écoute n'est pas présente, le parent ne va pas avoir l'impression d'avoir été considéré, ce qui va impacter la prise en charge de l'enfant : P9 « *j'étais complètement réfractaire aux deux, j'avais l'impression qu'on s'en fichait totalement de ce que je disais.* ».

La gestion de l'anxiété du parent, que ce soit lors de l'examen clinique ou bien en répondant à leurs interrogations, permet une meilleure adhérence thérapeutique et donc une meilleure prise en charge de l'enfant dans son intérêt premier.

Pour P8, la réassurance « *c'est ce que les parents cherchent quand ils viennent aussi* ». Il complète en disant « *j'ai beaucoup de questions donc il prend le temps d'y répondre* ». Pour P2, c'est au généraliste de « *demander si on a des conseils à vous demander* », afin de chercher ces angoisses, dont le parent peut ne pas avoir pleinement conscience. P6 a une expérience similaire avec son médecin : « *Et à chaque fois ça commençait par + Vous en pensez quoi ? Est-ce que vous êtes inquiète ? + et voilà* ».

P9 va plus loin dans la réflexion et explique : « *Ne pas se fier forcément que aux symptômes, il y a aussi la partie psychologique au niveau des parents. Il y a des parents qui sont très anxieux et qui vont en faire des tonnes chez le médecin...* », elle incite les médecins à creuser le sujet quand les parents sont inquiets « *Si les parents ont des angoisses, c'est qu'il y a quelque chose derrière, c'est pas pour le plaisir d'embêter le médecin ! (Rires)* ». Elle déplore l'attitude de certains médecins qui ne prennent pas cela en compte au moment des consultations des enfants : « *Il faut aussi quelque part gérer l'angoisse des parents, l'air de rien. Et il y a certains généralistes qui n'en ont rien à faire !* ».

Cette participation active du parent dans la relation médecin-malade a permis une amélioration de la prise en charge des enfants selon P9. Elle remarque un progrès par rapport à son enfance, tout en estimant que des efforts sont encore possibles : « *moi je me rends bien compte entre ma génération et la leur, ça n'a rien à voir, on se préoccupe plus du bien-être de l'enfant, on est plus à l'écoute. Même si c'est pas encore le top* ».

c) Education en santé / Dépistage / Prévention

1. Education en santé du parent, un outil de prévention

L'éducation des parents est un bon moyen de prévenir, de dépister ou encore de mieux prendre en charge certaines pathologies.

P7 explique le dépistage avec ses mots « *s'il y a des problèmes de santé ça permet aussi de savoir, pour éviter d'attendre... Que les âges ils passent et s'en apercevoir trop tard quoi* » (voir sous partie suivante 2. *Suivi au long cours*).

Les connaissances des parents se forment grâce à leurs expériences, que ce soit avec leurs autres enfants ou ceux de leur entourage, leur métier... P5 déclare : « *moi j'y connaissais RIEN (rires) parce que c'était la première* ». P11, a contrario, explique qu'avoir plusieurs enfants lui donne une certaine autonomie en cas de maladie de l'un d'entre eux : « *et puis je ne me déplace pas pour un rhume ou autre, donc on ne vient pas souvent* ». Pour P3, son métier d'auxiliaire de puériculture l'a aidée après la naissance de son premier enfant : « *moi, je suis AP donc j'ai quand même des connaissances (...)* Comme j'avais déjà des connaissances, j'ai fait à ma sauce. Mais c'est vrai qu'une maman qui n'est pas dans le métier, on n'a pas tant d'informations que ça sur l'alimentation, sur le sommeil ». Pour autant, elle explique avoir eu accès à des informations sur le développement normal du nouveau-né via sa sage-femme libérale, lors des cours de préparation à l'accouchement auxquels ont accès tous les futurs parents : « *j'ai fait les cours avec la sage-femme, elle nous donne des informations sur le sommeil d'un nouveau-né, je pense que c'était bien* ».

Lors de ces cours de préparation à l'accouchement, les parents sont également informés des modalités concernant le suivi de leur enfant. P5 et P10 expliquent ne pas avoir été informés de la personne à contacter pour faire suivre leur enfant : « *bah, on m'avait parlé d'un pédiatre, mais après on m'a dit +c'est pas obligatoire, on peut aller voir un médecin+, et puis moi j'y connaissais RIEN (rires) parce que c'était la première* » (P5), « *bah, j'ai jamais été... Enfin on m'en a jamais trop parlé du pédiatre... Du médecin oui, dans les alentours ils vont tous au médecin* » (P10). P8 et P9 ne connaissaient pas l'existence de la PMI après la naissance de leur enfant : « *à part le généraliste... J'ai toujours eu l'habitude de ça. Après, j'ai pas pensé, je vois pas ce qu'il y a dans le secteur... Et la*

PMI ? Vous en aviez entendu parler ? - Pas du tout » (P8), « pas du tout, on en parle un peu à la maternité mais on ne se demande pas si on en a une à côté de chez nous » (P9).

Au sujet des informations délivrées à l'hôpital, P11 affirme au contraire : *« et je sais qu'en maternité, ils parlent vachement de pédiatre ou de PMI en fait, donc ça n'incite pas forcément les parents à aller vers les généralistes en fait »*. P11 note aussi que le rôle des généralistes dans le suivi des nouveaux-nés n'est pas considéré. Enfin, P3 explique que c'est après la naissance prématurée de sa fille que les pédiatres de l'hôpital lui ont conseillé un suivi directement par le pédiatre lors des premiers mois : *« elle m'avait dit que pour ses un mois il fallait qu'elle soit vue par un pédiatre. Alors je lui avais dit +moi j'ai son médecin traitant, tout ça+ et elle m'avait dit +non, comme c'est une prématurée, il faut un pédiatre+ »*.

En l'absence de ces formations en péri partum, les parents se tournent vers leur généraliste quand ils ont des questions. Leur objectif est clair : gagner en autonomie dans l'éducation et le développement de leur enfant.

Pour P2, cela passe par l'évaluation des connaissances des parents par leur médecin. Le praticien peut donc leur demander spontanément ce qu'ils savent en matière d'alimentation, de développement : *« demander si on a des conseils à vous demander, savoir, parce que je sais quand on est parents qu'au début on ne connaît pas forcément l'alimentation donc vraiment les orienter s'ils ont besoin »*. Elle explique qu'elle apprécie les conseils que lui donne son généraliste, que ce soit de façon directe ou indirecte comme dans cet exemple : *« même je sais qu'une fois, elle n'avait vraiment pas pu (la voir en rendez-vous) et bien la secrétaire m'avait appelée en me conseillant ce qu'il fallait faire »*.

P7, P8, P10 et P11 trouvent rassurant que leurs médecins puissent répondre à toutes leurs questions concernant leurs enfants : *« mais ça s'est bien passé et à la moindre question elle a été là, à mon écoute » (P7), « et j'ai beaucoup de questions donc il prend le temps d'y répondre » (P8), « elle sait me répondre oui. Voilà c'est ça, on sait me répondre pour chaque question » (P10)*. P7 explique que son médecin cherche à connaître son ressenti quand elle consulte pour ses enfants : *« et à chaque fois ça commençait par +Vous en pensez quoi ? Est-ce que vous êtes inquiète ?+ et voilà »*.

En effet, la gestion de l'anxiété des parents est une étape importante de leur éducation, comme vu dans la partie précédente (voir A- 4/ b) 4. *Implication du parent*). Il faut leur donner confiance en leurs intuitions concernant leurs enfants, comme évoqué par P6 : « *c'est quelqu'un qui m'a toujours encouragée à avoir confiance en ce que je pensais pour les enfants* ».

Autre moyen de faire de la prévention auprès des parents : la présence d'affiches dans les salles d'attente, comme noté par P3 : « *je m'intéresse beaucoup aux affiches, à tout ce qui est marqué +Pour mon enfant+, systématiquement* ». Ces supports sont des outils pouvant favoriser la discussion lors des consultations.

Enfin, les médecins doivent connaître les différents circuits pouvant amener au dépistage des troubles du développement des enfants, afin de bien orienter les parents dans les différentes démarches. Des connaissances que P9 n'a pas forcément trouvées auprès de son médecin pour ses enfants victimes de difficultés scolaires : « *et en tant que parent, on n'a pas le mode d'emploi, on n'est pas armé pour aider sur toutes les difficultés de nos gamins, on ne sait pas. Et je pense que le problème il est là. On laisse beaucoup de gamins sur le carreau car on ne donne pas les bons conseils au bon moment* ».

2. *Suivi au long cours*

Le suivi de l'enfant a donc un objectif de dépistage et d'éducation. Il inclut les dépistages des troubles de la vision, de l'audition ou du développement. Pour P7, ils ont pour objectif « *de savoir, pour éviter d'attendre... Que les âges ils passent et s'en apercevoir trop tard quoi* ». Elle décrit donc le test réalisé par son généraliste, dans le cadre du suivi de sa fille : « *la consultation des yeux, donc j'ai appris qu'il fallait qu'elle voit un ophtalmo. Voilà. Du coup. Entre une qui fait 8 et 10 et l'autre qui a 10 et 9. Plus un bilan orthophonique* ».

Les thèmes de consultation sont multiples (voir A- 4/ d) 1. *Suivi / Continuité / Coordination des soins*). Ils permettent de balayer tous les champs de la médecine comme le développement, les pathologies aiguës, le suivi des pathologies chroniques, le dépistage et la prévention. Il s'agit du suivi complet déjà évoqué à plusieurs reprises.

Le généraliste doit donc pouvoir suivre tous les patients : il effectue souvent le suivi de

grossesse de la mère, puis propose le suivi de l'enfant après sa naissance, comme vu dans certains entretiens, comme celui de P10 ou de P7. P4 parle même du suivi de ses enfants auprès du même généraliste quand ils seront adultes : *« moi je trouve qu'un généraliste c'est bien pour plus tard, si jamais il veut continuer à être suivi par le Dr O. »*.

3. Partager le suivi

Comme vu dans l'introduction, le généraliste est l'interlocuteur privilégié du patient et celui qui adresse aux spécialistes, selon les besoins en santé du patient. Il est souvent son médecin traitant, c'est-à-dire que c'est lui qui centralise les informations sur son patient et organise son suivi de façon globale. C'est ce que décrit P7 quand elle dit : *« j'ai voulu faire un suivi comment dire... direct. Ça lui permettait de tout voir par rapport à G. »*. P7 finit par conclure : *« c'est une prise en charge très globale »*.

Le généraliste peut alors être amené à partager le suivi de son patient avec d'autres interlocuteurs médicaux et paramédicaux, comme certains spécialistes.

Deux parents interrogés évoquent ce cas de figure en expliquant : *« c'est se dire qu'on n'a pas nous-mêmes la solution et qu'il y a peut-être quelqu'un d'autre qui va pouvoir en trouver une autre »* (P6), *« si je m'interroge sur quelque chose, en premier lieu je vais prendre rendez-vous avec le Dr L. et puis, bah, si lui il ne peut pas, enfin s'il ne peut pas résoudre mon problème entre guillemets, il m'enverra vers et voilà »* (P11). P5 complète en disant : *« bah, quand c'est lui qui peut pas, il n'y a pas le choix ! (Rires) »*. Elle ajoute qu'être adressée au spécialiste permet de poursuivre la prise en charge, puisque le généraliste est incapable de répondre à la problématique soulevée. P6 précise qu'adresser au spécialiste n'est pas un échec. Dans le cas de son fils, cela a permis de prendre en charge efficacement son asthme : *« donc E., voilà troisième bronchiolite, il s'était dit +voilà maintenant ce n'est plus de mon ressort, je vous écris un courrier et vous irez voir après le spécialiste+ »*.

4. Alliance thérapeutique

Afin de faciliter l'alliance thérapeutique avec la famille, il faut concentrer ses efforts sur la relation avec l'enfant et avec le parent.

Les parents expliquent que leur généraliste cherche à développer une relation solide avec leur enfant, en lui prêtant attention : « *il parle un peu de tout j'ai envie de dire, ça dépend des rendez-vous. Il n'y a pas des choses récurrentes, il ne parle pas tout le temps de l'école, ça arrive qu'il parle de la maison, ça arrive qu'il parle des copains et des copines, de comment elle mange* » (P11), « *ben il est à leur écoute déjà, donc il s'intéresse à savoir, même les plus grands, quand est-ce que, enfin où ils ont mal, tout ça, non là-dessus je n'ai pas de souci* » (P5) ou encore « *voilà il est attentif et il échange avec eux, dès qu'ils sont bébés, donc forcément E. et A. ils sont réceptifs à ça* » (P6). S'intéresser à eux, à leurs sentiments, créer la confiance et donc l'alliance thérapeutique.

Une autre façon de créer l'alliance thérapeutique consiste à s'adapter à l'enfant lors de la consultation (voir A- 4/ e) 2. *L'approche centrée patient*).

La communication est également capitale. Le médecin généraliste adapte son vocabulaire à son interlocuteur selon son niveau socioculturel ou ses capacités de compréhension. Cette qualité est soulignée par P5, P6 et P7 : « *il a quand même les mots, enfin sans parler dans le langage médical que je comprendrais pas (rires), il a les mots vraiment qui font que je comprends bien ce qu'il dit et puis, déjà c'est rassurant* » (P5), « *on en parle au Dr H. et il nous aide à comprendre différemment* » (P6), « *quand on nous sort des mots : c'est quoi ? Ça sort d'où ? (Rires) C'est vrai que nous on est un peu perdu sur le langage des médecins. Et c'est vrai que je trouve qu'elle en connaît pas mal* » (P7).

Enfin, l'alliance thérapeutique est aussi fondée sur la disponibilité du médecin généraliste auprès du parent. La disponibilité a été évoquée en A- 4/ a) 3. *Disponibilité*.

d) Continuité / Suivi / Coordination des soins

1. Suivi / Continuité / Évolution

Le suivi de l'enfant et de sa famille a été évoqué en A- 4/ c) 2. *Suivi au long cours.*

Dans les entretiens effectués pour cette thèse, on remarque que les motifs de consultations initiaux du généraliste pour le nouveau-né sont multiples : la visite obligatoire à J8 (P5, P6, P8), une urgence concernant son état de santé (P1, P4, P10), le début de la vaccination obligatoire (P2, P7) ou pour débiter le suivi du développement (P3).

Il doit donc pouvoir traiter de thèmes très variés en consultation : *« C'est tout connaître sur l'enfant quand même quoi. L'évolution de taille, de poids, s'il y a des problèmes de santé ça permet aussi de savoir, pour éviter d'attendre... Que les âges ils passent et s'en apercevoir trop tard quoi »* (P7), *« S'il mange bien, la nutrition. S'il dort bien. Son caractère, comment il est en général (...) Son développement à la maison »* (P8), *« quand il y a un problème, quand ils sont malades »* (P6).

En effet, le généraliste propose un suivi complet aux enfants, c'est-à-dire *« le suivi de l'évolution, comment ils grandissent, mais aussi les petits problèmes qu'on peut avoir entre deux »* (P10), *« des problèmes aigus, quand il est malade. Et des choses plus chroniques, le développement, la prévention tout ça »* (P8). Parfois, c'est même le seul médecin jamais rencontré par l'enfant depuis sa naissance, comme pour le fils de P11 *« le Dr L. c'est le seul médecin qu'il ait vu quoi »*.

On peut donc en médecine générale, débiter par le suivi d'une patiente, puis de sa grossesse, puis de son enfant jusqu'à l'âge adulte. Le médecin connaît généralement la famille, l'histoire personnelle du parent et peut donc proposer la prise en charge la plus adaptée.

Par exemple, P1 dit : *« quand j'ai fait la prise de sang, elle m'a appelée, elle m'a dit +il y a un problème t'es enceinte+ je lui dis +bah oui, je sais que je suis enceinte+ et c'est comme ça qu'elle a fait le suivi de ma grossesse (...) C'est même elle qui m'a proposé de faire le suivi de mon fils... »* puis complète *« si je vois qu'elle est bien, que selon le suivi de grossesse, je me dis que dans ma tête, elle saura suivre un enfant »*.

Pareil pour P7 : « *Le Dr M. a suivi toute ma grossesse. J'ai eu de temps en temps des remplaçants, sinon c'est elle qui m'a suivie toute ma grossesse (...) Dès qu'il (son fils) a fait ses premiers vaccins, elle a continué direct* ». C'est donc dans la continuité des soins que le généraliste a diagnostiqué la grossesse, suivi la grossesse puis le nouveau-né. P6 explique avoir repris son suivi habituel avec son généraliste post-grossesse : « *finalement déjà quand j'étais enceinte, j'étais suivie par une sage-femme. Et ça me semblait... logique de continuer à être suivie par mon médecin* ».

Un autre exemple de cette continuité dans le suivi de la famille est celui de P7. Quand son généraliste est parti à la retraite, il a été remplacé par une jeune médecin qui a repris sa patientèle. C'est donc tout naturellement que P7 a poursuivi son suivi avec elle et, quelques années plus tard, lui a confié le suivi de son nouveau-né : « *le Dr L., c'était lui le médecin de famille qu'on a eu. Puis on a pris le remplaçant qui a suivi, donc le Dr M., et on est restés avec elle depuis* ».

2. *Coordination des soins*

Coordonner les soins d'un enfant implique de se coordonner avec les autres spécialistes médicaux et paramédicaux qui l'entourent, mais également de se coordonner avec ses parents.

La coordination avec les autres médecins peut se faire via un suivi partagé de l'enfant, comme évoqué par certains parents. P10 partage le suivi de sa fille cadette : « *pour Y. je vais à la PMI, et le médecin j'y vais quand elle est pas bien, quand elle est malade* ». P6 fait la même chose avec l'uropédiste de sa fille : « *c'est le Dr H. qui fait quasiment tout et l'uropédiste gère, voilà, les problèmes de rein* ».

Idem pour P5 qui consulte son généraliste et le cardiopédiste pour sa fille. P9 fait pareil avec le neuropédiste de ses enfants : « *- Donc en fait tout ce qui va être problèmes chroniques que sont les troubles d'apprentissage de vos enfants, ça va être le pédiste, et puis les urgences, les vaccins ça va être le généraliste ? - Voilà c'est ça* ». Parfois, c'est le suivi de grossesse de la mère qui entre dans le cadre d'une coordination avec les sages-femmes libérales : ce cas de figure a été rencontré par P6, P8 et P10.

Le médecin généraliste peut aussi orienter l'enfant vers le spécialiste car il a besoin d'un avis plus qualifié ou d'une aide dans la prise en charge. Les parents sont plutôt réceptifs à cette coopération : « *après on ne peut pas tout savoir, moi si on m'orientait, enfin ma fille on l'a orientée vers un ORL, eh bien voilà il n'y a pas de mal à ça* » (P2), « *donc E., voilà, troisième bronchiolite, il s'était dit +voilà maintenant ce n'est plus de mon ressort, j'écris un courrier et vous irez voir après le spécialiste+. En fait, il nous avait redirigé vers la bonne personne* » (P6), « *- C'est quelque chose de rassurant pour vous qu'elle puisse vous adresser facilement ? - Oui, complètement* » (P7).

Il faut quand même souligner qu'adresser à un spécialiste revient à admettre les limites de ses connaissances devant son patient, comme justement évoqué par P6 : « *c'est se dire qu'on n'a pas nous-mêmes la solution et qu'il y a peut-être quelqu'un d'autre qui va pouvoir en trouver une autre* ».

La coordination avec les parents passe par la transmission des informations données par le spécialiste, voire leurs explications en termes plus adaptés au public comme souligné par P6 : « *parce que voilà, le Dr H. il nous aide à mieux comprendre ce que le spécialiste nous a dit* ». En effet, la compréhension de la situation de son enfant dans sa globalité permet une coopération efficace dans l'intérêt de l'enfant. Comme dit par P9 : « *le médecin et le parent sont là pour bosser ensemble pour le bien-être de l'enfant. Donc ça ne pourra bien marcher que si les deux s'entendent* », cela n'est possible que s'il existe une confiance totale entre la famille et le généraliste.

Expliquer la prise en charge ou encore l'examen aux parents installe cette confiance et rend le parent plus autonome dans la prise de décision concernant la santé de son enfant. Ce sujet sera évoqué partie A- 4/ e) 3. *Communication*.

3. *Organisation de l'activité*

Afin de faciliter le suivi de ses patients, le médecin doit être disponible (A- 4/ a) 3. *Disponibilité* ou C- L'organisation du cabinet médical).

e) Approche centrée-patient / Relation médecin-malade / Communication

1. Relation médecin-malade et confiance

Pour installer une relation médecin-malade de bonne qualité, la famille doit se sentir à l'aise, en confiance. L'ambiance du cabinet doit donc être familiale : « *bah, un peu plus familial entre guillemets ! Je préfère oui* » (P11), « *c'est vrai que ce n'est pas aussi familial* » (P3). Le patient doit avoir la sensation d'être reconnu par son généraliste : « *il a beaucoup de patients, mais au final je pense qu'il les connaît les patients* » (P11), « *le Dr H. c'est pareil, il me connaît bien* » (P6). Il doit également pouvoir consulter en toute confiance, sans se sentir jugé : « *- Et du coup, que ça se passe bien ça fait du bien parce qu'on n'a pas l'appréhension d'aller chez le médecin. - Vous n'avez pas l'impression d'être jugée... - C'est ça. Il n'y a pas de jugement sur nous. Oui c'est ça, un jugement* » (P11).

- Contact avec les parents

Le contact avec les parents facilite les échanges. P2 insiste sur « *le contact avec le généraliste* ». P4 : « *et le fait qu'on ait le contact facile, c'est bien, c'est important avec un médecin le contact* ». P7 : « *je sais que si les enfants vont être à l'aise avec le médecin ou n'importe quelle autre personne, je le ressens direct (...)* Le contact avec la famille de façon globale ». P9 : « *moi je marche au feeling* ».

Une relation de confiance avec le parent est une priorité pour les parents. P7 : « *après je pense que c'est vraiment aux parents d'arriver à vous faire confiance quoi...* ». P11 : « *je pense qu'il faut d'abord avoir cette relation de confiance et de sérénité avec les parents pour que les parents soient prêts à confier le suivi d'un enfant* ». Elle permet de créer une coopération entre médecins et parents, souligne P9 : « *le médecin et le parent sont là pour bosser ensemble pour le bien-être de l'enfant. Donc ça ne pourra bien marcher que si les deux s'entendent* ».

P7 explique avoir partagé sa grossesse avec celle de son médecin généraliste, ce qui l'a confortée dans le fait de se faire suivre par elle pour la grossesse puis pour le suivi de son nouveau-né : « *Mais ça s'est bien passé et à la moindre question elle a été là, à mon écoute (...)* Oui parce qu'en fait je suis tombée enceinte juste derrière elle en plus (rires) ! ». Ce verbatim introduit la notion de proximité avec la famille, ce qui entre

également dans le concept d'accessibilité du praticien (section A- 4/ f) 5. *Altruisme / Accès équitable aux soins*).

- Contact avec les enfants

Le contact avec l'enfant, même petit, est important pour la famille. P1 : « *je vois comment elle le manipule, et lui il rigole, je vois qu'elle n'est pas comme un médecin banal qui va l'ausculter et puis basta !* ». P10 : « *moi ça me rassure et les enfants aussi, puisqu'ils sentent qu'on s'occupe d'eux. Tout simplement ça. On s'occupe d'eux* ». P2 : « *je vois le courant avec les enfants, mes enfants ils viennent là ils ne pleurent jamais, ils sont contents de venir* ».

Ce contact va aider à la création de la relation de confiance nécessaire au bon suivi de l'enfant. P10 : « *sinon l'enfant il a pas trop confiance forcément, parce que comme là mon fils il a peur des piqûres, alors si en plus de ça elle fait pas trop d'effort par rapport à l'enfant, du coup ils ont pas trop confiance et après le médecin, bah c'est compliqué* ». P3 : « *essayer de créer un lien pour qu'il y ait de la confiance, même s'il est petit* ». Enfin, si jamais l'enfant est apeuré, le médecin doit le rassurer. P11 : « *à part qu'il pleure quand il rentre dans la pièce... Même le Dr L. il essaye de le consoler parce qu'il doit se sentir un peu impuissant entre guillemets* ».

Pour P4, c'est le contact du généraliste avec son enfant qui l'a décidée à lui confier son suivi : « *moi c'est vraiment le contact avec mes enfants qui m'a décidée. Si ça n'était pas passé avec M., il n'aurait pas suivi M.* ».

2. *L'approche centrée-patient*

L'approche centrée patient est conditionnée par un bon sens de l'observation du praticien. Il doit donc savoir observer l'enfant mais également le parent, et s'adapter que ce soit dans l'examen ou le temps de consultation du patient enfant et de ses parents.

P6 explique que l'observation est primordiale chez les enfants qui ne parlent pas encore : « *Dr H. il est attentif à tous ces gestes. Elle ne parle pas encore donc il est attentif à tout ce qu'elle fait, à l'interaction qu'elle peut avoir avec lui...* » et que cela peut être complété

par l'observation des parents « *attentifs à comment sont leurs parents aussi* ». P9 complète : « *ça apporte d'être plus attentif à l'enfant, un peu comme si c'était les siens, bah ça rassure les parents !* ».

Pour P5, le généraliste doit être « *à leur (les enfants) écoute déjà* ». P11 s'intéresse aussi à l'adolescence des patients : « *Après je ne sais pas ce que ça donne à l'adolescence mais avec tout ce qu'on entend à la télé tout ça, il faut vachement être attentif au moindre détail (...) Après comme je vous dis, le Dr L. rien que de dire +Comment ça va, oh tu n'as pas l'air en forme+ ...* ».

Pour P11, le médecin doit s'adresser à lui directement pour bien l'inclure dans la consultation, en faire un acteur de sa santé: « *ben en fait il lui pose des questions directement à elle, sans passer par nous. Et ça je trouve ça bien, parce que mine de rien, elle arrive mieux à expliquer* ». P10 : « *le petit il pose une question ou quoi, c'est bien de répondre à l'enfant et pas au parent (...) Qu'il prenne pas que le parent en compte, qu'il prenne l'enfant en tant que personne pas forcément comme si qu'il était grand mais...* ».

Ce travail d'observation permet également la recherche de motifs de consultation cachés, comme décrite par P11 : « *moi ça m'arrive et je pense que ça arrive aussi à plein d'autres personnes, on vient et puis forcément il y a des choses qu'on n'ose pas dire, il y a des choses qui ne viennent pas forcément (...) je pense qu'il a ce pouvoir de pouvoir savoir quand ça ne va pas* ».

L'examen clinique doit aussi pouvoir s'adapter à l'enfant.

P6 : « *Et pareil pour les enfants finalement. Les enfants ce sont pas tous les mêmes donc il faut savoir s'adapter. Etre souple.* »

P7 : « *Parce qu'il y a des patients qui sont pas tous pareils quoi, faut s'adapter...* »

P8 : « *Et ne pas forcer si avec l'enfant ça ne passe pas. Parfois c'est pas le bon jour, et la consultation suivante c'est mieux.* »

P9 : « *Parce qu'il y en a aussi qui ne sont pas flexibles pour deux sous* ».

P9 explique aussi que l'examen clinique doit s'adapter au motif de consultation afin de

gagner en efficacité. Cette adaptation peut également passer par la distraction de l'enfant par des petits jeux ou une chanson lors de l'examen clinique. Cela permet au généraliste de pouvoir tout réaliser dans les meilleures conditions. P9 : « *Bah oui si ça permet à l'enfant d'être plus calme, plus détendu, plus sage et au médecin de vérifier tout ce qu'il veut...* ».

La finalité de l'approche centrée-patient est son bien-être : « *on se préoccupe plus du bien-être de l'enfant, on est plus à l'écoute* » (P9).

3. Communication

- Communication avec les parents

La communication avec les parents va permettre une meilleure prise en charge de l'enfant et donc un meilleur suivi.

P4 : « *il est toujours à nous expliquer tout ce qu'il fait, tout ce qu'il se passe, le pourquoi du comment, c'est très, très bien... C'est très appréciable d'avoir un médecin comme ça* ».

P5 : « *il a quand même les mots, enfin sans parler dans le langage médical que je comprendrais pas (rires), il a les mots vraiment qui font que je comprends bien ce qu'il dit* ».

P6 : « *- bien suivre un enfant c'est bien informer les parents ? - Oui, ah oui* ».

P7 : « *parce que je sais que moi, par rapport au Dr M., la moindre question que j'ai à lui poser, elle va être là, elle va être attentive, elle va m'écouter* ».

P8 : « *il m'explique en permanence parce que bon, c'est pas que je m'y connais pas du tout* ».

Il faut donc être à l'écoute du parent. P9 : « *et j'étais complètement réfractaire aux deux, j'avais l'impression qu'on s'en fichait totalement de ce que je disais* ». P11 : « *parce que Dr L., ça m'est déjà arrivé de venir et il me demande comment ça va et puis bah, au final,*

je lui explique et, bah, on parle et au final ça fait du bien, quoi ».

Il doit aussi gérer l'anxiété des parents. P7 : *« c'est vrai qu'elle appréhendait quand même, on a fait tous les tests, la trisomie et tout, et j'appréhendais aussi... »*. P8 : *« oui, les rassurer. C'est ce que les parents cherchent quand ils viennent aussi »*. P9 : *« ne pas se fier forcément qu'aux symptômes, il y a aussi la partie psychologique au niveau des parents. Il y a des parents qui sont très anxieux »*. Pour cela, il répond à leurs interrogations (vu en section A- 4/ b) 4. *Implication du parent*), il leur explique la prise en charge ou encore les informations délivrées par le spécialiste.

- Communication avec les enfants

La communication avec les enfants facilite la création de la relation médecin-malade.

P11 explique : *« oui, je pense qu'il faut vraiment lui parler. Communiquer avec un enfant, enfin, je vois déjà des personnes qui +gagatisent+, qui font des +gagas+ avec les enfants, c'est pas génial quoi. Pour moi, il faut parler comme un adulte à un enfant »*.

P3 : *« la communication, lui parler, essayer de créer un lien pour qu'il y ait de la confiance, même s'il est petit »*.

P5 : *« elle a arrêté de pleurer parce que vous lui parliez, vous lui expliquiez »*.

P6 : *« voilà il est attentif et il échange avec eux, dès qu'ils sont bébés, donc forcément E. et A. ils sont réceptifs à ça »*.

Pour cela, le généraliste peut utiliser l'humour ou encore des mots affectueux, pour faciliter la proximité avec le patient (vu dans la partie A- 4/ a) 2. *Déroulement de la consultation*). Il explique aussi l'examen clinique à l'enfant, afin de le rassurer. P2 : *« à chaque fois elle lui parle, elle lui dit tout ce qu'elle va faire »*. P4 : *« au contraire, c'est mignon comment il leur parle +je vais regarder dans ton oreille+, surtout qu'il comprend pas grand-chose le petit ! »*. P5 : *« c'est important, même pour eux parce qu'ils se braquent pas, ils comprennent ce qu'il va se passer et ils se laissent faire »*.

4. Vérifier la compréhension des parents

La compréhension est la clé de la relation médecin-malade. Médecin et patients doivent se comprendre. Cette notion a été évoquée dans le guide de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale (26), qui se focalise sur les processus de communication en médecine. Dans sa sous-section *V / Expliquer et planifier*, le guide propose de fournir les informations adéquates selon les connaissances du parent au moment opportun, l'aider à comprendre les informations selon son niveau socioculturel, permettre une connaissance partagée en intégrant sa perspective et finalement enclencher une prise de décision partagée.

Pour vérifier la compréhension du parent, les parents interrogés évoquent l'adaptation du vocabulaire du médecin pour faciliter la transmission de l'information, comme vu en partie A- 4/ c) 4. *Alliance thérapeutique* : « *il a quand même les mots, enfin sans parler dans le langage médical que je comprendrais pas (rires), il a les mots vraiment qui font que je comprends bien ce qu'il dit et puis, déjà c'est rassurant* » (P5), « *on en parle au Dr H. et il nous aide à comprendre différemment* » (P6).

P9 propose également de donner des informations « *simples, claires et précises* » dans un souci d'efficacité et « *veiller à ce que les parents ont bien compris qu'il n'y a pas de problème et puis voilà* ». Elle propose aussi de vérifier la compréhension des ordonnances, ce qui sous-entend la compréhension de la prise en charge proposée : « *enfin, déjà qu'ils comprennent bien l'ordonnance rien que là parce que bon... hein, pour arriver à décrypter certains médecins, au secours !* ».

Enfin, la disponibilité du médecin permet aussi de faciliter les échanges.

f) Professionnalisme

1. Affects du patient

Les sentiments ressentis par le patient sont importants car ils sont le résultat du professionnalisme du médecin.

Certains parents expliquent apprécier leur généraliste, comme P4 : « *je le trouve très bien comme médecin traitant que ce soit pour moi, pour les enfants, c'est je sais pas* ». P11 dit : « *on s'entend bien avec lui* ». P7 déclare : « *et le premier critère, c'est que j'apprécie beaucoup le Dr H.* ». Puis elle note la « *bonne humeur* » de son médecin, et le confort de se savoir connue de lui.

Parfois, le parent explique rester vigilant aux comportements des médecins rencontrés lors du suivi de ses enfants. P9 : « *je l'aurais observé et je l'aurais surveillé. Et j'aurais été plus vigilante* ». P10 : « *je ferais plus attention, enfin je serais plus sur mes gardes (rires)* », si jamais le médecin rencontré ne leur inspirait pas confiance.

Enfin, leur ressenti leur permet d'évaluer les compétences en pédiatrie de leur généraliste.

P8 : « *bah, c'est un médecin donc pour moi il s'y connaît forcément* ».

P7 : « *je pense que déjà les médecins ont un bon suivi au niveau des enfants, des petits (...) vous faites vos études de médecin, je pense que déjà c'est bien global, alors rajouter une formation plus, dans les hôpitaux peut-être que la formation soit là, oui, mais en tant que médecin généraliste, vous avez déjà un bon +global+ donc...* ».

P3 : « *mon médecin généraliste, elle est médecin de sa crèche, donc je sais qu'elle est spécialisée... enfin pas spécialisée... mais dans la petite enfance (...) Son médecin à elle a toutes les compétences (...) Faire des formations dans la petite enfance, pour accompagner au mieux les parents avec leurs enfants. Vraiment c'est important* ».

P10 : « *ben moi, je trouve que ça va, j'ai rien à dire. Je trouve que... Pour moi elle connaît bien les enfants hein !* »

P2 : « *là par exemple, ma fille on lui fait des examens et Mme C. enfin... voilà. Et on a eu des résultats négatifs, donc elle cherche encore à faire d'autres examens. Donc non, c'est vraiment adapté* ».

2. Connaître ses limites

En tant que médecin généraliste, il est important de connaître les limites de ses

connaissances afin de ne pas faire perdre de chance à ses patients.

P4 : « *Dr O. au début il m'avait dit qu'il n'était pas spécialisé pour le suivi des tout petits* ».

P6 : « *il se remet toujours en question* ».

P8 : « *certains pourraient refuser parce que c'est pas leur domaine de compétences* ».

Parfois, le médecin doit adresser à un spécialiste. P2 : « *après on ne peut pas tout savoir, moi si on m'orientait enfin ma fille on l'a orientée vers un ORL, eh bien voilà il n'y a pas de mal à ça* ». P6 : « *donc E., voilà troisième bronchiolite, il s'était dit +voilà maintenant ce n'est plus de mon ressort, j'écris un courrier et vous irez voir après le spécialiste+ (...)* C'est se dire qu'on n'a pas nous même la solution et qu'il y a peut-être quelqu'un d'autre qui va pouvoir en trouver une autre ».

Souvent, le généraliste doit vérifier les informations qu'il donne aux parents, comme évoqué par P4 : « *quand il ne savait pas, il allait se renseigner ou des choses comme ça* ». P6 : « *finalement quand on était revenus, parce que les premiers jours, on revient quand même vite, et bien il s'était renseigné, il avait contacté d'autres médecins voilà* ». P8 : « *et quand il avait un doute, il nous recontactait Madame ou moi, plus ou moins rapidement, après avoir fait des recherches* ».

P11 explique : « *après je sais pas si c'est pour mes enfants, mais je sais que ça lui est déjà arrivé d'aller voir sur internet et des choses comme ça... - Pour vérifier les informations ? - Voilà, pour se remettre à jour, parce que forcément on ne parle pas toujours de tout avec tout le monde, enfin c'est pas toujours pareil* ».

Pour P4 et P8, faire du suivi d'enfants doit être un choix du généraliste. P4 : « *pas tout le monde peut suivre des enfants, chacun a ses préférences. C'est pas facile non plus, un enfant à comprendre, c'est pas évident* ». P8 : « *certains pourraient refuser parce que c'est pas leur domaine de compétences ou qu'ils ont moins d'affinités avec les enfants, ou qu'ils sont moins à l'aise. Je pense que c'est particulier de suivre un enfant, il faut s'en sentir capable* ».

3. Amélioration des compétences professionnelles

Un médecin généraliste se doit d'effectuer une mise à jour régulière de ses connaissances et de ses pratiques, c'est l'obligation de la formation continue.

Pour P3, le médecin doit faire des formations spécialisées en pédiatrie afin d'approfondir les connaissances acquises lors de sa formation de généraliste et de rassurer les patients : *« faire des formations dans la petite enfance, pour accompagner au mieux les parents avec leurs enfants. Vraiment c'est important »*.

Pour P4, ces formations sont *« du plus, ils ne sont pas censés tout savoir sur les petits »*, rappelant le côté omnipraticien du généraliste. P6 explique que c'est suite aux problèmes rencontrés en consultation que le médecin cherche à compléter ses connaissances : *« eh oui, des fois il se pose des questions, mais il se renseigne toujours, et ça je trouve ça chouette. A chaque fois qu'il s'est posé une question sur... quoi ? C'était plus pour E. (...) Eh bien il se le notait et quand on revenait après, il avait regardé, il avait cherché et du coup il nous donnait une réponse »*.

P10 et P8 estiment que la formation aux urgences pédiatriques devrait être obligatoire, car cela relève du rôle de premier recours du généraliste. P10 : *« parce que je pense que un enfant, c'est quand même assez malade, et que si, bah, le médecin il n'a pas les connaissances malheureusement sur l'enfant, bah, c'est pas très bon quoi »*. P8 : *« il peut toujours y avoir une urgence tous les jours, et il faut savoir la gérer »*.

P3, P6 et P11 s'interrogent sur ce que cela pourrait leur apporter en tant que patient si leur généraliste se spécialisait en pédiatrie.

P6 : *« et je comprends très bien, en fait il faut quasiment qu'il soit spécialiste partout, donc forcément il ne peut pas forcément s'approfondir etc, etc... »*. Ou encore P3 : *« après je ne sais pas si ça existe les médecins qui se spécialisent dans un domaine... Je sais que j'avais un médecin généraliste avant qui... Enfin elle avait un truc en plus en gynécologie. (...) mais je sais qu'elle avait ça à mettre en avant »*.

P11 : *« a contrario, s'il se spécialise plus dans l'un ou dans l'autre, il peut... Enfin il peut devenir, enfin c'est pas +doué+ mais, il peut plus se concentrer sur son domaine de prédilection entre guillemets, sur un domaine plutôt que sur les deux, un peu moins »*.

Pour clarifier son propos, elle complète : « *par exemple, là pour l'implant, vous me disiez que tout le monde ne le fait pas ici, et je trouve ça pas grave en fait. Parce que du coup, comme vous êtes généraliste, vous n'êtes pas obligé de vous concentrer sur absolument tout, de mon point de vue évidemment* ».

4. *Réflexion éthique / Libre choix / Informations à la famille*

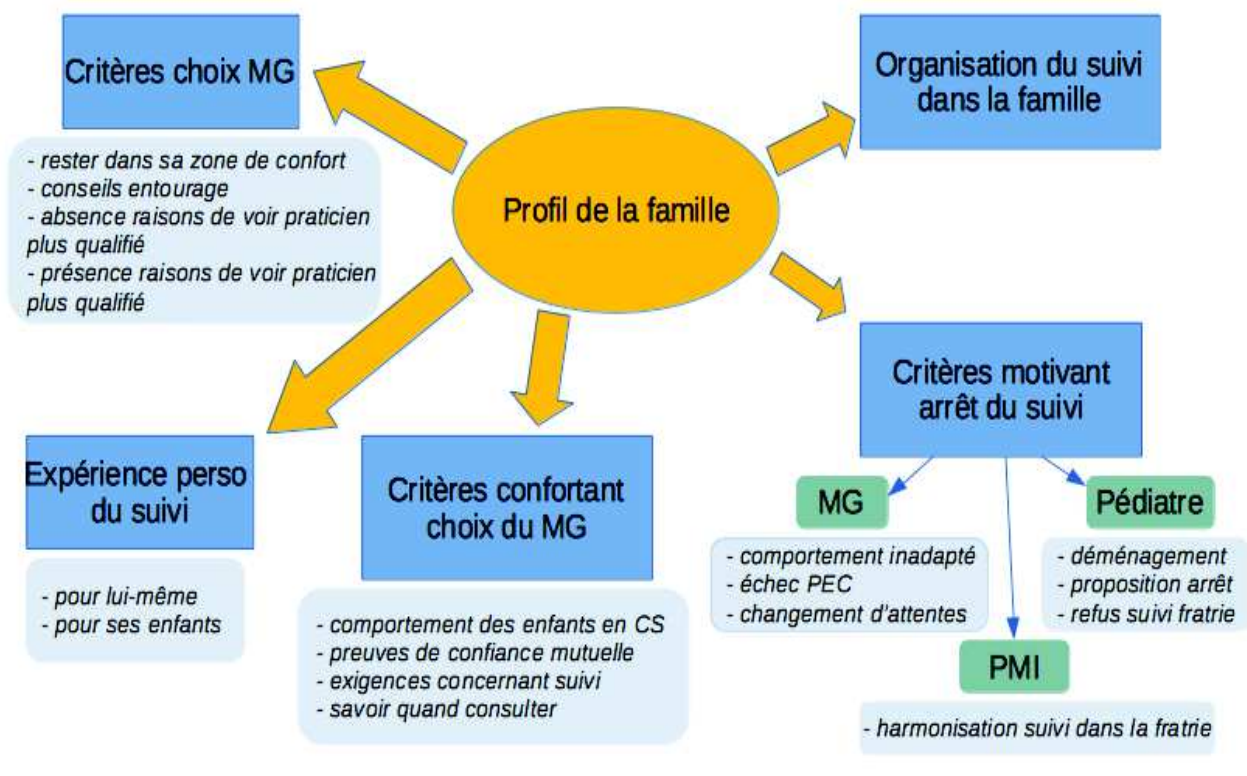
Le médecin doit faciliter le libre choix du parent puis de l'enfant quand il sera en âge de comprendre, en privilégiant une bonne information de la famille.

Comme vu dans les parties A- 4/ e) 3. *Communication* et 4. *Vérifier la compréhension des parents*, la transmission de l'information est capitale. La communication avec les parents et les enfants en est le meilleur moyen. Il faut donc transmettre les informations de façon précise et loyale dans un vocabulaire adapté au public, répondre aux questions des parents et ainsi les impliquer dans les décisions concernant leur santé. Les médecins peuvent aussi vérifier la compréhension des informations données, ou bien des ordonnances prescrites, pour gagner une meilleure adhésion des patients aux prises en charge proposées.

5. *Altruisme / Accès équitable aux soins*

On exige d'un généraliste qu'il pratique son métier avec altruisme. Pour cela, il doit suivre ses patients sans émettre de jugement. P11 : « *et du coup que ça se passe bien, ça fait du bien parce qu'on n'a pas l'appréhension d'aller chez le médecin. - Vous n'avez pas l'impression d'être jugée - C'est ça. Il n'y a pas de jugement sur nous. Oui c'est ça, un jugement* ». Son accessibilité pour tout type de patients est primordiale, comme évoqué dans la partie A- 4/ a) 3. *Disponibilité* ou dans la partie C- *Organisation du cabinet*.

B - Le profil de la famille



1/ Les critères de choix du médecin généraliste

a) Rester dans sa zone de confort

Les familles choisissent essentiellement un généraliste qu'ils ont déjà rencontré auparavant, que ce soit pour eux ou pour un de leurs enfants. Connaître le médecin qui prendra en charge son nouveau-né permet de rassurer le parent, que ce soit au niveau de ses capacités, de ses connaissances, mais également parce qu'une relation de confiance a déjà été construite lors des rencontres précédentes.

P4 explique que connaître le lieu de consultation participe à la réassurance de l'enfant et du parent. P6 déclare « *C'est bête mais du coup quand j'étais suivie enceinte à la clinique Mathilde... Le trajet, se garer... Voilà là je sais où c'est, j'ai mes repères.* », sous-

entendant qu'avoir l'habitude du cabinet lui enlève une anxiété lorsqu'elle consulte son généraliste pour son enfant.

Avoir déjà eu l'occasion de tester les capacités du généraliste dans d'autres circonstances facilite la relation médecin-malade et va permettre au parent d'avoir déjà une certaine confiance en ce praticien qui va assurer le suivi du nouveau-né. P8 énonce clairement « *C'est surtout quelqu'un qu'on avait l'habitude de voir et en qui on avait confiance. Tout simplement* ».

Certains parents consultent le médecin pour eux avant de leur confier leur enfant, comme P9 ou encore P1, qui rapporte une expérience avec un généraliste avant son accouchement qui l'aurait convaincue de ne pas lui confier le suivi de son enfant : « *Enfin la première fois que j'ai consulté avec lui, j'ai pas aimé quoi. Et encore j'étais même pas encore enceinte* ».

Parfois, certains expliquent avoir rencontré le médecin dans leur cabinet habituel en tant que remplaçant, comme P4 qui a même changé de cabinet quand le remplaçant s'est installé « *j'allais déjà voir le Dr C. qui remplaçait à A. Donc j'ai connu le Dr C. là-bas et quand on est venu habiter ici et bien on a rejoint le cabinet où elle s'était installée* ».

Souvent, le généraliste choisi comme référent pour l'enfant est soit le médecin de famille de l'un des parents, comme pour P1, P6, P7, P8, P10 et P11, soit le médecin qui suit déjà les autres membres de la fratrie.

Par exemple, P5 explique : « *en fait K. plus petit il était chez un médecin que chaque diagnostic je finissais à l'hôpital. Ma mère est ici comme médecin, du coup je suis venue. Ça s'est bien passé pour son asthme tout ça donc je l'ai gardé comme médecin* », pour finalement y faire suivre ses trois enfants puis sa petite dernière dès la naissance.

On peut donc conclure que le parent choisit de rester dans sa zone de confort.

b) Suivre les conseils de l'entourage

Certains parents ont bénéficié des conseils de leur entourage sur le type de praticien à consulter. P3 explique « *J'ai suivi un peu comme ma belle-sœur. Quand on est jeune maman, on suit un peu ce que font les autres et puis elle m'a dit qu'elle n'avait jamais vu*

de pédiatre et puis son médecin, ça s'est toujours bien passé donc... ». P10 explique qu'on ne lui « a jamais trop parlé du pédiatre... ».

Certains s'appuient sur l'expérience de leur entourage concernant le suivi de leurs enfants. P3 évoque sa belle-sœur, comme vu précédemment. P6 parle de ses amis ayant des enfants du même âge « *Mes amis proches qui ont des enfants du même âge que mes enfants ne sont pas suivis par des pédiatres* ». P9 parle d'une amie qui lui a conseillé un généraliste en particulier, tout comme P5 qui a consulté son généraliste sur les conseils de sa maman « *Eh bien ma mère me disait qu'il était bien tout ça, qu'elle elle avait pas de souci, même par rapport à elle avec ses problèmes de santé, il la suivait bien. Du coup j'ai suivi* ».

P6 remarque que la question du suivi par un pédiatre lui a uniquement été posée en Haute-Normandie, et que ces interrogations ont influencé son choix de prendre un généraliste pour le suivi de ses enfants, par esprit de contradiction : « *Peut-être pour ça que j'ai voulu que mes enfants soient suivis par des médecins généralistes. Parce que + Pourquoi est-ce que tu ne choisis par un obstétricien pour suivre ta grossesse, c'est quand même mieux qu'une sage-femme +. Bah non. Et du coup on me l'a posée aussi pour les enfants : + Et c'est quel pédiatre ? + Bah non en fait, c'est pas un pédiatre, c'est un médecin généraliste. Et ça on me l'a posée en Normandie* ».

c) Présence de raisons motivant la consultation avec un praticien plus qualifié

Lors des entretiens de P5 et P6, les parents ont évoqué des problèmes de santé découverts en péri partum qui ont déclenché un suivi par un pédiatre spécialisé pour leur enfant. Pour autant, le suivi général comprenant la vaccination ou le suivi du développement normal est assuré par le généraliste.

P6 évoque également les informations délivrées par le spécialiste, qui relèvent d'un domaine de compétences bien plus avancé que celle du généraliste « *En fait le spécialiste il nous donne une information, donc c'est pointu. Quand on y va, elle nous explique les examens, les échographies... Finalement comme c'est précis, c'est toujours après, je trouve, que les questions viennent* ».

d) Absence de raisons motivant la consultation avec un praticien plus qualifié

Les parents P3, P5, P9 et P11 expliquent ne pas avoir eu de raisons de consulter un pédiatre puisque leur enfant était en bonne santé : P5 « *ils allaient bien, ils avaient pas de problème spécial donc j'ai pas cherché plus loin* ».

P3 avait débuté un suivi partagé entre un généraliste et le pédiatre pour sa fille sur conseils de la maternité. Après discussion avec le pédiatre, elle a choisi de stopper le suivi avec lui : « *elle m'a dit que comme il n'y avait pas de problème, c'est soit elle soit mon médecin, donc je lui dis non, non, c'est mon médecin* ».

P11 déclare « *C'est plus s'il avait eu des problèmes un peu plus complexes par rapport à l'enfant, je me serais peut-être tournée vers un pédiatre ou quoi que ce soit* ».

2/ Critères confortant le choix des parents

a) Comportement des enfants en consultation

Le comportement de l'enfant en consultation est un des critères majeurs permettant au parent d'évaluer la confiance que celui-ci a développé envers son médecin.

La première chose qu'ils observent est si leur enfant pleure lors de la consultation : P2 « *mes enfants ils viennent là, ils ne pleurent jamais, ils sont contents de venir* », P4 « *H. ne dit jamais rien avec le Dr O., il ne pleure jamais. Enfin... jamais, jamais, jamais* », P5 « *Du moment qu'elle pleure pas c'est que ça passe. Sinon elle va pas du tout... elle pleure ! (Rires)* », P6 « *A. moins mais en fait... Elle ne pleure quand même pas quand elle vient...* » ou encore P8 « *Il y a une évolution depuis son premier rendez-vous à aujourd'hui. Il est plus détendu, il pleure moins* ».

P4 évoque leur « *coopération* » lors de l'examen, comme P7 qui dit que son fils « *se laisse faire* ». P8 évoque leurs « *échanges* » lors des consultations, comme P6 qui affirme « *s'il peut venir il est super content et il a toujours interagi énormément avec lui* ». Pour P1 « *je vois comment elle le manipule, et lui il rigole* ».

Les parents P10 et P11 ont évoqué la peur que le généraliste provoque chez leur enfant suite à des vaccinations. Pour autant, cela ne les empêche pas de consulter malgré tout et

ils espèrent une amélioration de la relation entre le médecin et leur enfant quand celui-ci grandira : P10 « *maintenant il a peur quand il vient chez le médecin ! (Rires)* ».

b) Preuves de confiance mutuelle

La confiance que les parents éprouvent envers leur médecin est une preuve de leur bon choix. Cela permet d'avoir une relation médecin-malade saine avec des échanges honnêtes, dans l'intérêt du patient donc de l'enfant.

Cette confiance a été évoquée dans plusieurs entretiens, comme pour P1 : « *Après vu que moi je suis jeune maman, mon fils je ne le mets pas dans n'importe quelles mains* », sous-entendant que la confiance est primordiale.

P11 va plus loin et dit « *ça se passe bien, ça fait du bien parce qu'on n'a pas l'appréhension d'aller chez le médecin* ». P7 parle également d'une certaine proximité facilitant les confidences avec son médecin : « *La confiance qu'on peut avoir en notre médecin. Je vais pas dire que c'est une amie mais on se confie facilement au médecin* ».

P7 explique même conseiller son généraliste à ses proches « *c'est plus moi qui ai dit aux gens d'aller voir ce médecin par rapport à la confiance que moi j'ai pour elle* ».

P4, P5, P6 et P11 sont satisfaits du mode de suivi de leur enfant. P5 dit « *Bah après moi je sais que je changerai pas de médecin, par rapport au médecin que j'ai eu avant* ».

P4 affirme « *enfin je pense qu'on a trouvé le bon médecin traitant pour toute la famille* » et explique l'avoir même choisi comme médecin traitant après avoir constaté la qualité du suivi que celui-ci effectuait auprès de ses proches « *je lui ai demandé s'il voulait bien être mon médecin traitant vu que je venais souvent le voir, il a accepté tout de suite, sachant qu'il l'était déjà pour mon mari et qu'il avait déjà vu les enfants* ». Cette histoire est une preuve de confiance mutuelle entre un patient et son médecin.

c) Exigences concernant le suivi

Certains parents ont évoqué leurs exigences concernant le suivi de leur enfant. P1 explique « *mais moi, je veux que mon fils soit bien pris en charge* », P4 « *c'est pas partout comme ça et on sait que nos enfants ont un bon suivi ici* ».

Enfin, P9 exige de solides compétences : « *Parce que je pars du principe qu'effectivement ni le médecin, ni le spécialiste, ni moi, ni les enfants n'avons de temps à perdre et je refuse de passer à côté de quelque chose qui puisse être grave (...) Surtout que je sentais que derrière il y avait la compétence aussi* ». Elle souhaite également une certaine efficacité lors des consultations. Elle affirme : « *En fait il faut faire simple clair et précis. C'est pas forcément tourner autour du pot pendant deux heures pour enjoliver le truc pour les parents (...) Après il n'y a pas besoin de passer deux heures en consultation* ». Son point de vue va même à l'encontre de celui des autres parents interrogés : « *Parce que j'estime que c'est comme pour un adulte, pour moi c'est un mini-adulte, on a pas besoin d'y passer deux plombes* ».

Pour finir, elle évoque aussi la majoration tarifaire appliquée aux enfants de moins de 6 ans, qui selon les médecins qu'elle a consultés est justifiée par un examen plus exhaustif : « *Donc moi j'ai eu le cas chez certains médecins, où on vous fait payer la consultation pour un petit en vous disant c'est tel tarif pour un petit car on va le peser, le mesurer, on va tout contrôler... Et en fait ça n'y est pas derrière* ».

d) Savoir quand consulter

P6 évoque la difficulté de savoir quand consulter pour un enfant, celui-ci n'étant pas forcément capable de s'exprimer s'il a mal ou s'il se sent fébrile : « *Et bien sûr à un certain âge, ils parlent pas, donc c'est pas pratique quand même. Ils sont pas capables de dire + Oui là il faut m'emmener +* ». Elle explique aussi avoir souvent eu l'impression d'avoir consulté sans raison, tout en étant systématiquement rassurée par son médecin dans un deuxième temps. Pour un enfant en bas âge se pose donc la légitimité de consulter en urgence : « *Pour certaines maladies, les virus etc... qui sont passés, on se dit + Est-ce qu'on doit y aller, est-ce qu'on doit pas y aller, j'y vais, j'y vais pas ?+ (...) à chaque fois que je suis venue, et qu'on a commencé notre entretien en disant au Dr H.*

+ je crois que je suis venue pour rien+, il y avait toujours une bonne raison ».

Enfin, les parents interrogés ont été questionnés sur leur éventuelle hésitation à consulter leur généraliste pour leur enfant et leurs réponses ont été unanimes : « *Non* ». Cela peut suggérer une certaine solidité de la relation médecin-malade entre les parents, l'enfant et le généraliste.

3/ Critères motivant l'arrêt du suivi

a) Motifs d'arrêt du suivi par le généraliste

Certains parents ont stoppé le suivi de leur enfant par un généraliste suite à certaines situations qu'ils ont pu évoquer lors des entretiens.

1. Comportement inadapté du généraliste

P11 explique qu'elle n'a pas aimé « *sa manière de parler et de répondre à mes enfants en fait* » ou son manque de politesse ou d'empathie « *elle était moins attentive et on venait aux rendez-vous, elle faisait son travail et on repartait, c'était pas +Bonjour+* ».

P4 explique que certains médecins avaient un comportement qui n'était pas adapté au suivi des enfants : « *C'est vrai que j'ai vu des médecins +mais fais pas ça, fais pas ça, fais pas ça !!!+, on voyait bien qu'ils étaient pas fait pour suivre des enfants* ». P5 décrit à peu près la même chose avec un autre généraliste « *ils l'examinent, ils disent même pas forcément ce qu'ils ont et puis voilà quoi, en dix minutes c'est bâclé (...) déjà il s'intéressait pas, il leur parlait pas et rien du tout donc (...) Il était sec. C'est pas... c'est un enfant quoi, il a pas demandé à être malade. On avait clairement l'impression que ça le saoulait quoi !* ». P9 a également eu une expérience similaire pour sa fille « *Euh je les ai trouvés un petit peu raide vis-à-vis de moi ou de la petiote parce que un petit, 2 ans et demi, tu tiens pas en place, t'es pas un pot de fleur* ».

Ces exemples montrent l'importance de la communication et du comportement du médecin généraliste dans l'élaboration de la relation de confiance avec la famille et dans

la considération de leurs attentes.

2. *Échecs dans la prise en charge de l'enfant*

P5 et P9 ont stoppé un suivi avec le généraliste suite à de mauvaises prises en charge de leur enfant ou d'autres membres de la famille, dans des contextes d'urgence, ce qui a ébranlé leur confiance dans les capacités de leur médecin : P5 « *Et puis euh, leur grand-père en fait a été sous un mauvais traitement et il est décédé. Et depuis je n'y suis jamais retourné* ». Pour finir, P10 a décidé de ne pas confier la vaccination de sa cadette au généraliste afin de ne pas revivre la même expérience qu'avec son aîné, qui refusait de venir chez le généraliste par peur.

3. *Changement des attentes des parents en matière de suivi*

Malgré un suivi bien effectué par son généraliste, P3 explique « *Après je ne refuserais pas que mes enfants aient un suivi avec quelqu'un d'autre* ».

Cette remarque montre que le suivi d'un enfant est évolutif, selon les besoins de la famille.

b) Motifs d'arrêt du suivi par la PMI

P1 et P7 ont stoppé un suivi avec la PMI afin de débiter un suivi par le généraliste, comme pour le reste de la famille « *Au départ j'étais à la PMI pendant le premier mois d'A., c'était super bien tout ça, mais je ne me voyais pas le faire suivre par la PMI en fait. J'étais plus ... comme moi en fait !* ».

Le suivi du nouveau-né a donc été modifié pour s'harmoniser avec celui du reste de la famille.

c) Motifs d'arrêt du suivi par le pédiatre

1. Arrêt proposé par le pédiatre

Comme évoqué plus haut, P3 a fait stopper le suivi par le pédiatre car son enfant était en bonne santé et ne nécessitait pas un suivi par un spécialiste : « *elle m'a dit que comme il n'y avait pas de problème, c'est soit elle, soit mon médecin, donc je lui dit +non non, c'est mon médecin+* ».

2. Déménagement de la famille

P4 a fait suivre son fils aîné par un pédiatre dès sa sortie de maternité : « *M. pour le début, on habitait à O. et je n'avais pas de médecin attitré pour moi, et on avait trouvé un pédiatre que l'hôpital nous avait recommandé. Donc, il a été suivi par un pédiatre pendant 2 ans et demi* ».

Ce suivi s'est arrêté suite au déménagement de la famille dans la région et il a été repris par un généraliste.

3. Refus du suivi du 2ème enfant de la fratrie par le praticien

Enfin, P9 a stoppé le suivi par le pédiatre de son aîné suite à la naissance de son deuxième enfant. À ce moment là, le pédiatre n'était plus en mesure d'accepter d'autres patients : « *mais on n'est pas restés très longtemps puisque quand la schtroumpfette est arrivée euh... Ils ne prenaient plus de nouveaux patients et ça devenait compliqué* ».

La prise de rendez-vous était devenue difficile, entraînant une différence de suivi entre les deux enfants de la fratrie et compliquant l'organisation de la famille.

4/ Expérience personnelle des différents modes de suivi

a) Concernant son suivi personnel

L'expérience des parents auprès de leur médecin de famille lors de leur enfance a façonné leur image du suivi idéal désiré pour leur enfant.

Le ressenti de leur suivi quand ils étaient enfants a été exprimé par une partie des parents interrogés lors des entretiens. Cela a même été décrit comme une influence majeure par certains d'entre eux, comme P4 « *j'ai l'impression de voir mon médecin de quand j'étais plus jeune déjà, le contact c'est le même. C'est rassurant je pense !* », qui va même jusqu'à dire que la similarité entre son généraliste et le médecin de son enfance a pesé dans la balance au moment du choix du médecin traitant de son fils.

P6, elle, explique : « *parce que sans y réfléchir on va forcément dans le sens vers lequel ... On connaît* ». Confier le suivi au généraliste paraît comme un réflexe, une habitude. P3 ne pense pas avoir été influencée par son passé en tant que patient mais explique « *après j'ai jamais été habituée avec mes frères et sœurs à aller voir un pédiatre* ». Cette notion d'habitude est également citée par P8 « *A part le généraliste... J'ai toujours eu l'habitude de ça* ».

Seule P9 garde un mauvais souvenir de son généraliste : « *Moi le souvenir que j'ai des généralistes, c'est que j'ai quand même eu quelques clanches en face de moi. On va être très honnête. Le bien-être de l'enfant à l'époque, on en avait rien à faire* ». Ce qui ne l'a pas empêchée de confier le suivi de ses enfants au généraliste par la suite, avec plus ou moins de succès, comme vu dans les précédentes sections. Elle nuance d'ailleurs ses propos « *moi je me rends bien compte entre ma génération et la leur, ça n'a rien à voir, on se préoccupe plus du bien-être de l'enfant, on est plus à l'écoute* », et explique que la prise en charge des enfants en médecine générale a évolué dans le bon sens ces dernières années.

Seuls P5 et l'époux de P9 étaient suivis par un pédiatre dans la population incluse. Ils en gardent de bons souvenirs, tant et si bien que l'époux de P9 a insisté pour que son aîné soit suivi par son ancienne pédiatre « *Ah oui oui, non, il nous l'a recherchée et tout, il n'était pas question que son fils aille ailleurs que chez sa pédiatre (rires) !* ».

Pour autant, pour des questions de disponibilité, le suivi de leurs enfants par un pédiatre n'a pas été possible.

b) Concernant celui de ses enfants

Lors de l'élaboration du suivi de leurs enfants, les différents parents ont souvent tâtonné avant de trouver leur médecin actuel, que ce soit entre différents spécialistes (pédiatre, PMI) ou entre différents généralistes.

Ils évoquent leurs expériences avec d'autres généralistes pour leurs aînés, pour des urgences ou du suivi, qui ont façonné leurs attentes ou leurs exigences et leur ont permis par la suite de sélectionner et de trouver leur généraliste actuel. C'est ce qu'on fait P5, P6, P9 et P11.

Les parents P1, P2, P7, P11 ont expérimenté le suivi par la PMI et en ont gardé un bon souvenir, mais ils ont malgré tout préféré confier le suivi de leur enfant au généraliste dans un deuxième temps, pour bénéficier d'un suivi plus global ou alors évoquant une plus grande facilité quant à la prise de rendez-vous.

Cinq familles ont eu des contacts avec le pédiatre pour l'un de leurs enfants, sans pour autant poursuivre un suivi. P2 et P3 ont eu de mauvaises expériences face à des pédiatres : P2 « *parle d'un dialogue inexistant avec l'enfant et de conseils trop rigides quant à l'alimentation de son enfant avec une impression de jugement de la part du spécialiste* », tandis que P3 « *trouve qu'on est beaucoup plus proche (du généraliste) qu'avec un pédiatre, qui est plus distant. Celle que j'ai été voir elle était très bien mais c'était + pas si, pas si, pas ça, ça c'est pas bien... + J'ai trouvé qu'elle était très carrée* ».

P9 explique avoir eu du mal à « *trouver un médecin tout court* » pour suivre ses enfants, « *un médecin qui me correspondait, qui correspondait à mes attentes en tout cas* ». En effet, c'est le patient interrogé qui a le plus changé de mode de suivi de toute la population incluse : divers généralistes, des pédiatres pour finalement avoir un suivi par un généraliste différent pour chacun de ses enfants et un suivi par un neuropédiatre dans le cadre de leurs troubles du déficit de l'attention (TDAH).

5/ Organisation du suivi dans la famille

Pour commencer, certains parents ont été clairs : ils n'avaient pas forcément anticipé l'organisation du suivi de leur enfant en anténatal : P8 « *Après, j'ai pas pensé, je vois pas ce qu'il y a dans le secteur...* », P9 « *parce que pédiatre ou médecin, moi je ne faisais pas la différence et je ne m'étais pas posé trop, trop la question très sincèrement* », P5 « *Baaaah, on m'avait parlé d'un pédiatre, mais après on m'a dit c'est pas obligatoire, on peut aller voir un médecin, et puis moi j'y connaissais RIEN (rires) parce que c'était la première* ».

La fréquence du suivi par le médecin est décrite dans certains entretiens (P1, P4, P5, P11) comme variable selon l'âge de l'enfant, comme le dit P4 « *H. vient une fois par mois voire deux pour les vaccins et M. peut-être une fois par mois, et encore, parfois il ne vient pas pendant des mois puis un peu plus, ça dépend* ».

La proximité géographique avec le lieu de vie est également citée par P6, P8 « *la proximité aussi, on habitait pas loin* », P9, P10 et P11. P10 va même plus loin puisque pour elle la proximité avec le domicile était primordiale dans la mesure où elle n'a pas le permis de conduire. Elle dépend de son mari pour les déplacements, ce qui ne rend pas facile le suivi de ses deux enfants : « *il n'y en avait pas à proximité et comme moi j'ai pas le permis et que c'est mon conjoint qui l'a. Et comme il travaille de nuit alors la journée c'est un peu compliqué... Parce que les pédiatres, c'est pas par-là, c'est plus R., E., par là il y a pas. Donc c'est pas pratique* ».

P7, P8 et P9 ont clairement énoncé que c'était la mère de famille qui gérait le suivi médical des enfants du foyer, que ce soit dans le choix de l'interlocuteur ou dans l'organisation des rendez-vous médicaux. P9 explique : « *Ouais son père avait forcé pour la pédiatre mais après quand je lui ai dit +Écoute, c'est pas toi qui y va, c'est pas toi qui organise, donc bon hein, on va faire comme moi je choisi et ça ira beaucoup mieux, on va pas y passer deux heures ! +* ».

Dans la famille de P10, les parents ont pris le parti de faire effectuer toutes les vaccinations obligatoires en PMI puis de reprendre le suivi par le généraliste dans un

2ème temps afin de ne pas créer de peur du médecin chez leurs enfants : « *Parce que pour le poids tout ça... C'est PMI ! Et quand il n'y aura plus de vaccin après un an, c'est Mme B. qui s'occupera d'elle (rires)* ». En effet, ils sont deux à avoir évoqué la peur générée par le cabinet médical auprès de leur enfant, P10, et P11 qui explique « *Avec mon fils (rires), c'est plus... En fait je pense qu'il a très, très peur des médecins. Parce que dès qu'on vient, il a juste besoin que le Dr L. lui dise + Bonjour + et il pleure* ». P11 espère que cette peur se calmera quand il grandira, maintenant que les vaccins sont finis.

Enfin, P1 et P9 ont évoqué le prix majoré de la consultation, qui n'est pas considéré comme un frein si la qualité de consultation et son résultat sont au rendez-vous. P9 explique « *on a l'impression que quand on a un petit, on teste un truc. Tu reviens dans quelques jours, tu repaies, on reteste, puis on reverra dans quelques jours...* », et elle regrette l'absence d'efficacité lors des consultations des jeunes enfants (déjà vu en B- 2/ c) Exigences concernant le suivi).

C - L'organisation du cabinet médical

Dans les critères de choix du mode de suivi, les parents ont souligné l'organisation de leur cabinet médical. En effet, celui-ci doit être pratique, simple et facile d'accès.

La facilité d'accès est évoquée dans la majorité des entretiens, souvent associée à la simplicité de la prise de rendez-vous et au confort associé à un lieu qui est connu, donc moins anxiogène pour la famille. P6 dit « *en termes d'organisation, c'est beaucoup plus simple et ça me convient* », P1 « *c'est rapide, c'est proche, vous connaissez déjà, donc ça se fait assez facilement* », P11 « *tout simplement parce que c'est plus facile, enfin pour moi c'est plus facile de prendre le médecin généraliste plutôt que des rendez-vous chez le pédiatre ou...* », P8 « *finalement il y avait la simplicité* ».

La proximité géographique est importante en termes d'organisation pour les parents interrogés, comme évoquée au point B- 5/ Organisation du suivi dans la famille.

P9, une fois de plus, se démarque puisque, pour elle, la distance géographique ne devrait

pas être un frein à la consultation d'un médecin, quel qu'il soit : *« Non mais je ne comprends pas, c'est quoi le plus important ? Que ce soit à côté de la maison ou le bien-être de l'enfant ? Personnellement la question ne se pose pas. S'il faut se taper toute la France pour que mon enfant soit suivi à tel endroit, je m'en fiche, j'y vais ! »*.

La prise de rendez-vous en urgence est importante pour les parents : les enfants tombent souvent malades dans leurs premières années et leur état est source d'inquiétudes pour leurs parents. Neuf entretiens ont évoqué le sujet, expliquant que c'était une des raisons pour lesquelles ils consultaient principalement leur généraliste. P2 dit *« je sais que même quand ils ont pas forcément de place, à chaque fois que j'appelle le matin, quand mon enfant a de la fièvre, et je sais que Mme C. elle me prend toujours entre 2 quand ce sont mes enfants »*, P4 *« on appelle le jour-même, on a un rendez-vous, même dans la demi-heure ou trois quarts d'heure, s'il y a un créneau direct il peut nous prendre »*, P5 *« Surtout pour L. si je vois qu'il n'y a pas de place, j'appelle et j'ai rendez-vous dans la journée »*.

Des créneaux de consultations d'urgences sont disponibles le jour-même pour pallier ces demandes, et si le médecin traitant de la famille n'est pas disponible malgré tout, les enfants peuvent également être reçus par un autre médecin du cabinet : P7 *« c'est vrai que même si on n'a pas notre médecin traitant, on a toujours un autre médecin qui peut nous recevoir »*, P11 *« Après c'est peut-être des fois pas forcément avec notre médecin, mais on a quand même rendez-vous avec un des médecins du cabinet, qui sont pas mal quoi »*.

Les horaires de consultation flexibles sont également appropriés pour les enfants adolescents de P7, qui explique : *« Un coup c'est 17h en semaine A, en semaine B c'est différent donc faut jongler. C'est vrai que ça nous permet d'avoir des horaires pour les médecins, c'est plus facile »*.

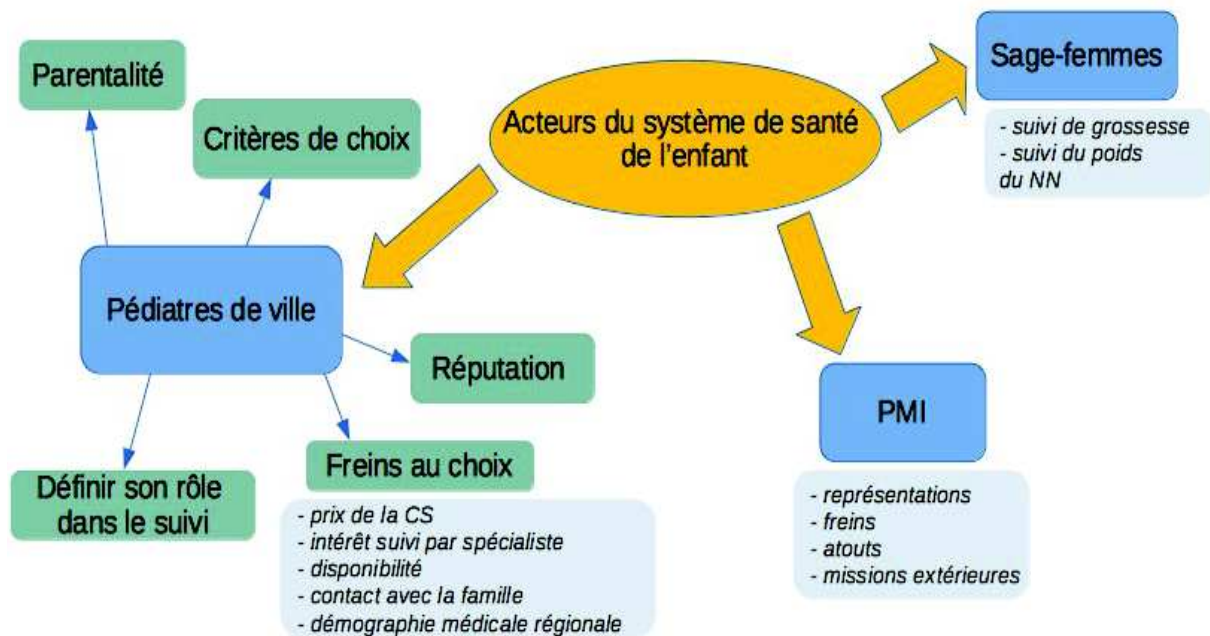
P3 explique que l'environnement est accueillant pour les familles : on retrouve des conseils *« aux affiches, à tout ce qui est marqué + Pour mon enfant +, systématiquement »* dans les salles d'attente, et 6 autres parents parlent de la présence de jouets en salle d'attente.

Ces jouets, en plus de rendre les lieux plus adaptés à la présence des enfants, sont un bon moyen de les faire patienter en cas de retard et de limiter leur anxiété. P10 : *« Mais*

pour les enfants qui sont là, il y a des jouets donc ça les occupe pas mal. Mon fils, il était content, au moins ça le faisait patienter », P2 « je sais qu'il y a tellement de monde des fois, et elle a peut-être une demi-heure, trois quarts d'heure de retard et du coup mes enfants ils jouent et ils ne voient pas forcément le temps passer ». Seule P6 explique ramener les jouets de ses enfants afin d'éviter d'éventuelles contaminations. P11 estime que la salle d'attente est une épreuve en soi, puisqu'il faut « canaliser les enfants, enfin, ça reste des enfants, quoi. Ça fait du bruit, ça parle. Du coup la salle d'attente... ».

P7 propose même de créer « un espace pour les enfants à part de la salle d'attente (...) Pour éviter qu'ils soient en contact avec les gens qui ont des toux, des trucs comme ça... ».

D – Les acteurs de la santé de l'enfant en Haute-Normandie



1/ Le pédiatre de ville

a) Critères de choix du pédiatre

Le suivi par un pédiatre a souvent été initié si une pathologie avait été découverte en péri partum comme dans les cas de P5 et P6 (vu en A- 4/ d) 2. *Coordination des soins*), dont l'un des enfants a un suivi depuis la naissance par un cardiopédiatre ou un uropédiatre. Le choix du praticien n'a donc pas été laissé au parent, puisque celui-ci est souvent le spécialiste de l'hôpital où la mère a accouché.

Dans le cas de P3, c'est le pédiatre de la maternité qui lui a conseillé un suivi spécialisé pour la prématurité de son enfant : « *Mais c'est parce que le Belvédère me l'avait demandé sinon je...* ».

Pour P4, le pédiatre de ville consulté par son aîné lui avait été conseillé par la maternité, puisqu'elle n'avait pas de généraliste sur place : « *je n'avais pas de médecin attiré pour moi, et on avait trouvé une pédiatre que l'hôpital nous avait recommandé* ».

Parfois, un suivi par le pédiatre a été initié par le généraliste qui suivait l'enfant, comme dans le cas de P6, où son aîné a été adressé à un pneumopédiatre quand l'asthme de son enfant n'était plus gérable par le médecin généraliste.

Enfin, dans le cas de P9, le suivi par le pédiatre de ville dès la naissance avait été initié par le père car cela le rassurait de confier son aîné à un spécialiste qu'il connaissait et en qui il avait toute confiance : « *histoire de rassurer le papa* » (vu en B- 4/ a) Concernant son suivi personnel).

P9 est revenue vers le pédiatre quand ses enfants ont développé un TDAH pour lequel les intervenants qu'elle a vus n'avaient pas pu lui apporter de réponse adéquate : « *Les 3 ont une dyslexie. A. ça a été laborieux le CP, mais avec une orthophoniste on s'en était un peu sortis. Mais M. j'étais vraiment... C'était un cauchemar. Et j'ai pas eu le sentiment d'avoir eu le soutien du corps médical* ».

Enfin, certains parents expliquaient qu'ils auraient consulté un pédiatre uniquement si les compétences de leur généraliste n'avaient pas suffi pour répondre aux problèmes rencontrés par leurs enfants (vu en B- 1/ d) Absence de raisons motivant la consultation avec un praticien plus qualifié), comme P11 ou P4 « *le pédiatre, c'était vraiment si on trouvait pas de solution pour son RGO on serait allés voir un autre médecin* ».

b) Freins au choix du pédiatre

1. Prix de la consultations

P5 évoque la fréquence de consultation des jeunes enfants « *donc s'il faut y aller tous les 15 jours ça fait un coût quand même* », même si en tant que bénéficiaire de la CMU, elle n'aurait pas à payer les consultations.

2. Intérêt du suivi par un pédiatre

Comme évoqué au point B- 1/ d) Absence de raisons motivant la consultation avec un praticien plus qualifié, certains parents ne voient pas l'intérêt de consulter un pédiatre, puisque leur généraliste fait l'affaire, comme pour P4, P6 « *Je voyais peut-être pas l'intérêt d'être suivie forcément par un spécialiste* » et P11 « *C'est plus si il avait eu des problèmes un peu plus complexes par rapport à l'enfant, je me serais peut-être tournée vers un pédiatre ou quoi que ce soit* ».

3. Démographie médicale en Haute-Normandie

P9 décrit une problématique de démographie médicale dans notre région, avec un nombre de pédiatres de ville insuffisant « *Mais le problème c'est qu'en fait, il n'y en a pas assez* », ce qui va forcément créer une augmentation des demandes par praticien et diminuer leur disponibilité auprès des parents « *c'est assez long pour avoir des rendez-vous quand même. Alors en trouver un quand tu as plusieurs enfants, c'est même pas la peine, c'est mission impossible !* ».

P9 estime que la proximité n'est pas un critère (cité en C- L'organisation du cabinet médical) et se dit prête à se déplacer pour voir un pédiatre, effort que les autres parents ne sont pas forcément prêts à effectuer : « *Les gens ne fonctionnent pas comme ça. Moi je suis atterrée de voir que dans la région, si par exemple on va du côté de D. et qu'on leur dit que le spécialiste c'est sur R. + Non mais faut aller à R. quoi, R. c'est l'autre bout*

du monde +. Vous n'allez pas mourir hein, vous prenez la voiture, le train, il y a des moyens de transports quoi ! ». Il y a donc besoin de l'investissement du parent pour avoir une prise en charge optimale de l'enfant.

P10 explique avoir des contraintes de déplacement (vu en B- 5/ Organisation du suivi dans la famille). S'il n'y a pas de pédiatre à proximité, elle ne peut pas consulter : « *Du coup bah, je me suis dit je reste à proximité en fait. Parce que les pédiatres, c'est pas par-là, c'est plus R., E., par-là il y a pas. Donc c'est pas pratique* ».

4. Disponibilité

P8 explique ne pas avoir réussi à prendre un premier rendez-vous avec le pédiatre de ville « *Je sais que sa mère avait essayé d'avoir un rendez-vous avec un pédiatre à l'hôpital mais les délais de prise de rendez-vous étaient trop loin. Donc elle a laissé tomber* », P9 relate la même expérience après la naissance de son 2ème enfant « *Alors en trouver un quand tu as plusieurs enfants, c'est même pas la peine, c'est mission impossible !* ».

De plus, P3, P5 et P9 expliquent que les délais de prise de rendez-vous étaient généralement longs par la suite : P3 « *par rapport aux rendez-vous parfois c'est un petit peu plus long donc...* », P5 « *les rendez-vous c'est super long* », P9 « *Et que c'est assez long pour avoir des rendez-vous quand même* ».

Les pédiatres semblent donc moins disponibles pour organiser des suivis et encore moins pour les consultations en urgence, ce qui est un frein à la consultation des jeunes enfants.

5. Contact du pédiatre avec la famille

Tout d'abord, les consultations avec le pédiatre sont décrites comme étant moins chaleureuses « *Et puis c'est vrai que ce n'est pas aussi familial* » (P3).

Leur contact avec les enfants est souvent vu comme distant, les parents disent que la communication est « *inexistante* » (P2), P6 explique que son pneumopédiatre « *est un homme qui ne discute pas beaucoup et qui ne noue pas beaucoup de contact avec les enfants (...)* C'est pareil la spécialiste d'A, c'est pas ... Quelqu'un qui parle beaucoup non

plus et c'est une femme. Elle est pas aussi froide que le Dr S. mais elle est pas très... Elle parle pas beaucoup (rires) ». P3 déplore une absence d'explications lors de l'examen « la pédiatre n'expliquait pas forcément ce qu'elle faisait ». P9 abonde en ce sens « M. était suivie par le Dr L., qui pour certains peut paraître un peu froid, ou un peu difficile d'approche ».

Leur contact avec les parents n'est pas forcément facile : P3 trouve que le pédiatre qu'elle avait rencontré était « *trop rigide* » et explique « *Je trouve qu'on est beaucoup plus proche (du généraliste) qu'avec un pédiatre, qui est plus distant. Celle que j'ai été voir, elle était très bien mais c'était + pas si, pas si, pas ça, ça c'est pas bien... + j'ai trouvé qu'elle était très carrée* ». P6 déplore le manque de proximité avec son pédiatre « *J'ai tendance à m'imaginer qu'un spécialiste il me connaîtra forcément moins* ». P9 n'a pas du tout aimé le contact avec le neuropédiatre de ses enfants : « *Bon niveau caractère, j'ai pas du tout adhéré* ».

Pour autant, P9 et P6 expliquent que ce comportement distant ne les a pas forcément empêché de continuer le suivi de leurs enfants avec eux. P6 : « *J'y vais pas du tout à contre-cœur. Ils nous ont toujours éclairé, répondu à des questions précises et ça me conforte toujours dans mon choix* », P9 « *À partir du moment où ça passe avec l'enfant et où il va y avoir du répondant derrière par rapport à mes attentes, si j'ai des questions ou quoi, c'est bon* ».

Enfin, P2 m'a expliqué suite à notre entretien avoir ressenti un jugement venant du pédiatre qu'elle avait vu pour son aînée, ce qui l'avait convaincue de ne pas reconsulter.

c) Qualités intrinsèques : la parentalité

La parentalité du pédiatre, tout comme celle du généraliste vue dans la section A- 1/ c) Parentalité du médecin, a été évoqué par P6 comme un critère facilitant le contact du médecin avec l'enfant et donc avec les parents : « *La spécialiste d'A. n'a pas d'enfant, elle nous l'a déjà dit. Donc effectivement c'est quelqu'un qui échange moins etc...* ». Pour autant, elle ne sait pas si cela a un lien direct puisqu'elle n'a pas d'autre exemple de praticien pour étayer son hypothèse : « *D'ailleurs, elle le disait elle-même, elle disait + les*

parents avec qui j'ai parlé +, voilà elle parle + des + parents. Mais est-ce que voilà... Voilà, je ne vais pas faire des généralités avec une seule personne ».

d) Qualités extrinsèques : la réputation

La réputation du pédiatre est également citée par P9, qui souhaite s'entourer des « *meilleurs* » pour que ses enfants soient correctement pris en charge. Elle avait déjà parlé de cette notion concernant un généraliste qu'elle avait consulté pour ses enfants (voir A- 2/ b) Réputation du médecin).

Elle explique également que la réputation d'un pédiatre dans les milieux scolaires ou spécialisés permet d'être pris plus au sérieux et d'avoir des rendez-vous plus rapidement avec d'autres spécialistes : « *Parce que moi, il fallait que je puisse monter un dossier MDH (!) derrière. Donc il me fallait, il fallait que quand on voit le nom, je sois pas enquiquinée. Ça calme tout de suite le jeu, que ce soit au niveau de l'Education nationale, au niveau de tout le monde. Parce que curieusement on n'est pas pris au sérieux* » ou encore « *Parce que quand on a ne serait-ce que le nom d'un médecin, et que derrière on va voir un autre spécialiste, et qu'on lui dit + Ma fille est suivie par le Dr L. +, ça ouvre des portes* ».

e) Définir le rôle du pédiatre dans le suivi

Les entretiens qui ont été conduits pour cette thèse ont montré une méconnaissance du rôle du pédiatre par les parents, voire une confusion entre les différents acteurs de la santé de l'enfant.

P7 explique qu'un pédiatre « *est là plus pour conseiller, la surveillance du poids, tout ça* ». Pourtant, en essayant de s'expliquer en détails, elle s'embrouille : « *Tandis qu'un médecin (généraliste) c'est plus élargi. Il peut plus nous guider sur les maladies, les états de santé... Je pense qu'un médecin est plus, comment dire ? Est plus développé. Est plus global, voilà. Pour moi ce serait plus ça, voilà* », ce qui correspond également à une définition valable pour tout médecin, quelle que soit sa spécialité.

P10 admet ne pas connaître le rôle exact du pédiatre « *Enfin on m'en a jamais trop parlé du pédiatre... Du médecin oui, dans les alentours ils vont tous au médecin* ».

P5 estime que généraliste et pédiatre font le même travail auprès des enfants « *Personnellement pour moi c'est pareil, vous faites déjà la même chose qu'eux au final, donc...* ». P3 pense également qu'un généraliste ayant fait une spécialisation en pédiatrie est équivalent à un pédiatre « *en termes de compétences* ». P9 pensait la même chose suite à la naissance de son premier enfant « *parce que pédiatre ou médecin, moi je ne faisais pas la différence et je ne m'étais pas posé trop, trop la question très sincèrement* », même si elle a changé d'avis après avoir consulté des pédiatres spécialisés (et non des pédiatres de ville classiques).

Une des différences notées par P6 est l'absence d'inclusion des parents par le pédiatre spécialiste dans la réflexion médicale concernant leur enfant, contrairement au généraliste « *c'est important pour moi, oui. Et les spécialistes d'ailleurs ne le font pas* ». P3 trouve que les pédiatres sont plus rigides dans leurs prises en charge (vu en D- 1/ b) 5. *Contact du pédiatre avec la famille*), ou du moins s'adaptent moins à leur interlocuteur : « *il y a des choses que j'ai pu lui dire et pour lesquelles elle me disait + non, non ça on ne fait pas ! + alors que mon médecin m'avait dit plutôt + oui, si vous voulez +* ».

P4 reconnaît leur importance et leur spécialisation dans le suivi normal de l'enfant « *Il y a des pédiatres pour le suivi des enfants et ils sont là pour ça* ».

2/ La PMI

a) Représentation auprès des parents

La représentation de la PMI auprès des parents est assez complexe.

Tout d'abord, on découvre que son rôle est méconnu de la plupart des familles et qu'une image péjorative leur est souvent associée.

P9 et P8 ne connaissaient pas son existence au moment de la naissance de leur enfant,

et donc son rôle de protection maternelle et infantile. P10 a été informée par sa sage-femme lors du suivi de sa 2ème grossesse (et n'était pas au courant de son existence lors de sa première grossesse deux ans plus tôt) : « *Et bien quand je suis allée voir ma sage-femme, et bien elle m'a parlé de la PMI et c'est de là que...* ».

P4 explique n'avoir pas souhaité consulter en PMI car « *Eh bien pour moi, ce ne sont pas des médecins... (réfléchis) voilà. Même pour la prise de poids, on m'a dit va à la PMI, mais non, je voulais un médecin...* ». Elle ne considère pas les médecins de PMI comme des médecins compétents pour suivre un enfant.

Enfin, P5 évoque le rôle social de la PMI, ce qui l'a empêchée de se tourner vers eux pour consulter « *J'aime pas les PMI parce que c'est assistante sociale et je veux pas qu'on rentre dans ma vie, donc j'ai jamais aimé (rire, mouvements de rejet) !* ». Pour elle, ce ne sont que des intervenants susceptibles de lui retirer ses enfants « *j'ai toujours eu peur qu'on me retire mes enfants en fait !* ».

b) Freins à la consultation

Les freins à la consultation en PMI évoqués par les parents sont multiples.

Tout d'abord, P2 évoque les difficultés à la prise de rendez-vous car les plages de consultation ouvertes sont limitées « *déjà la PMI à B., A., quand il est arrivé, il fallait prendre un rendez-vous pour y aller, et c'était pas toujours facile* ».

P8 et P9 expliquent ne pas avoir été informées de leurs rôles dans le suivi de l'enfant : P9 « *Pas du tout, on en parle un peu à la maternité mais on ne se demande pas si on en a une à côté de chez nous* ».

P9 explique que par la suite, elle avait rencontré un médecin de PMI avec sa fille pour des soucis d'attention à l'école. Elle avait trouvé son interlocutrice « *incompétente* », elle ne semblait pas épanouie par sa pratique, ce qui se ressentait lors de la consultation dans son contact avec son enfant : « *j'ai vu quand on y est allé, je les ai un peu observés, la petiote était encore vraiment petite, j'ai pas aimé l'approche, j'ai pas... C'est assez froid, c'est... On a l'impression qu'on les enquiquine. On a l'impression qu'ils font ça par dépit* ».

P3, P6 et P11 n'ont jamais ressenti le besoin de consulter en PMI, estimant avoir accès à

toutes les informations souhaitées auprès de leur généraliste. P6 : « *Donc non, je n'ai jamais ressenti le besoin de voir la PMI.* » ou encore P11 : « *Je n'ai jamais eu le besoin ou j'ai jamais ressenti ce besoin d'aller vers quelqu'un d'autre que le Dr L.* ».

Comme vu dans la section précédente (D- 2/ a) Représentation auprès des parents), les représentations négatives de la PMI auprès des parents sont également un frein à leur consultation.

c) Atouts de la PMI

La PMI a des antennes dans toute la région, divisée en UTAS. Les parents sont souvent au courant de la présence de celle-ci à proximité de leur lieu d'habitation, comme P1, P10 ou P11.

P1 parle aussi de la gratuité de la consultation en PMI : « *Après c'est vrai que la différence avec la PMI, c'est qu'à la PMI on ne paye pas quoi. Mais c'est pas parce que je paye pas que forcément je vais aller à la PMI* ».

Enfin, P10 évoque la similarité des consultations en PMI avec celle chez le généraliste : « *Mais c'est vrai qu'à la PMI où je vais, il y a un peu de tout, il y a la balance, elle regarde bah pareil, elle regarde un petit peu la bouche, elle regarde un petit peu tout ça, elle la met sur le ventre. Après ouais, elle fait un peu pareil* (que le généraliste) ».

P7 évoque les compétences solides des médecins de PMI et des puéricultrices présentes sur place : « *J'ai rien contre les médecins de PMI hein, ils sont bons aussi* ».

d) Missions extérieures au suivi des enfants

En plus du suivi des enfants pour leur développement et leur vaccination, la PMI a également d'autres missions auprès du public.

Par exemple, 3 familles avaient initié un suivi du poids de leur nouveau-né lors des premières semaines de vie auprès de leur PMI locale, comme P1, P7 « *Non, non la PMI c'était juste pour le poids, et puis comme c'était pas un bébé à difficultés de poids...* » et P10 « *Enfin au début non, les pesées c'est la PMI qui est venue une fois à la maison* ».

P4 et P9 ont sollicité la PMI afin d'y effectuer des tests neuropsychologiques plus poussés après un dépistage organisé auprès de leur école maternelle : P4 « *Oui, on a eu à faire avec la PMI. Mathis pour la première consultation à l'école* » ou encore P9 « *Je l'ai été à travers l'école où on est allé les voir* ».

Enfin, la PMI a également un rôle de protection sociale des enfants, comme évoqué par P5 en D- 2/ a) Représentation auprès des parents.

3/ La sage-femme

a) Suivi de grossesse

La sage-femme a souvent été citée comme étant l'un des principaux acteurs du suivi des mères lors de leur grossesse, que ce soit en milieu hospitalier pour P5 « *j'allais voir une anesth... Euh... Une sage-femme. J'étais suivie à l'hôpital* », ou alors en ville comme pour P6 « *Moi j'ai été suivie par la sage-femme* », parfois même en association avec le médecin généraliste comme pour P6 ou P10.

b) Suivi du poids du nouveau-né

Les sages-femmes participent également au suivi des nouveaux-nés le premier mois, avec des consultations de pesée régulières : P6 « *c'est elle qui m'a suivie pendant la grossesse et qui m'a suivie après, qui a suivi les enfants lors des premières semaines (...)* Voilà. *Et finalement même quand je suis revenue, la visite du PRADO (Programme d'accompagnement au retour à domicile) ça s'était fait avec ma sage-femme* ».

Discussion

L'étude des facteurs déterminants le choix du généraliste pour suivre un enfant avant ses 2 ans nous a permis d'identifier des facteurs liés à la famille, au généraliste choisi, à l'offre de soins locale et à l'organisation du cabinet.

On discerne tout d'abord l'organisation du cabinet médical choisi, qui doit être pratique et coller au mode de vie familial. Les disponibilités pour les rendez-vous programmés ou en urgence, la proximité ainsi qu'un environnement accueillant sont cités. Un bon médecin pour un enfant en bas âge doit donc être disponible.

L'importance de l'organisation du cabinet médical et la disponibilité du praticien pour les parents étaient déjà évoquées dans le travail de thèse de A. GASPARD (22) effectué en 2014 ou encore celui de E. CASSOL (21) datant de 2015. Interrogeant soit des parents (GASPARD) soit des généralistes (CASSOL) sur leur ressenti, ces 2 thèses parlent de l'importance de l'accessibilité du praticien effectuant le suivi. Elles soulignent l'importance de la proximité géographique avec le lieu de vie, les larges plages horaires de consultation disponibles, les généralistes déclarant en moyenne entre 55 et 59 heures de travail hebdomadaires (27). Ces caractéristiques seraient peu fréquemment retrouvées chez les autres acteurs de la santé de l'enfant, selon les parents interrogés. L'amplitude du temps de travail du généraliste en ferait un atout majeur de son attractivité dans le domaine de la santé de l'enfant. Aucune étude traitant de la disponibilité des pédiatres ou de leur temps de travail en libéral n'a été retrouvée. Nos données ne sont donc pas opposables et pourraient être le résultat d'un biais.

Le choix du généraliste est aussi lié au profil du médecin et donc à sa relation avec la famille dans sa totalité, fonction de sa façon de communiquer, de son comportement, de ses connaissances ou de sa parentalité.

La notion de parentalité du médecin dans le choix du praticien suivant leur enfant n'était pas attendue au moment de l'élaboration de l'étude. Les entretiens montrent que pour les

parents, elle apporterait de l'expérience au médecin et lui donnerait une plus grande proximité avec ses patients. L'influence du sexe du médecin sur le choix du parent a également été inattendu : pour eux, choisir une femme leur permettrait de bénéficier de connaissances de meilleure qualité sur la maternité, la parentalité et le développement de l'enfant. Cette notion peut également affecter la proximité qu'un patient peut ressentir avec son praticien. La proximité conditionne souvent la confiance et donc l'adhésion aux différentes démarches de soin.

On attend aussi du médecin de solides compétences, acquises lors de sa formation initiale ou bien lors de formations additionnelles type DU. Sans pour autant que cela soit une obligation, puisque les parents n'attendent pas d'un généraliste qu'il soit spécialisé en pédiatrie mais qu'il puisse adresser au pédiatre si nécessaire. Il doit donc être attentif et jouer son rôle de premier recours. La formation en pédiatrie des médecins généralistes devrait s'améliorer au cours des prochaines années puisqu'un semestre en pédiatrie est devenu obligatoire pour l'obtention du DES de médecine générale depuis 2017 (10). Les généralistes nouvellement installés sont donc censés être mieux formés à cette spécialité. La notion d'intérêt du médecin concernant le suivi pédiatrique est également citée. Pour certains parents, il est important que le généraliste soit intéressé par cette pratique pour que sa prise en charge soit de bonne qualité.

Par contre, les parents attendent de lui une bonne gestion des urgences concernant la santé de l'enfant, quel que soit son degré d'intérêt pour cette tranche d'âge.

Enfin, la communication entre les différents intervenants permet de faciliter le suivi de l'enfant et sa prise en charge. Le rôle du médecin est également de vérifier la compréhension des informations qu'il a pu délivrer afin de permettre aux parents d'avoir accès à une information adaptée, les rendant acteurs de leur santé. Cette notion a été vue précédemment dans la partie évoquant l'analyse des verbatims A- 4/ e) 4. *Vérifier la compréhension des parents* et concerne les notions du Guide de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale (26).

Le profil de la famille s'est imposé comme un autre facteur influençant le choix du praticien effectuant le suivi. En effet, selon les expériences personnelles de parents concernant leur suivi ou bien concernant le suivi des autres enfants de la fratrie, leurs exigences ont pu se modifier avec le temps. Parfois, ce sont les contraintes économiques ou géographiques

qui ont été évoquées : impossibilité de se déplacer, déménagements, prix de la consultation.

Ils évoquent aussi les critères les ayant confortés dans leur choix comme le comportement des enfants en consultation ou encore leurs exigences concernant le suivi. Les critères les ayant poussés à changer de mode de suivi sont également intéressants. Les parents parlent du comportement inadapté de certains praticiens en consultation, des échecs de prise en charge ou bien de son indisponibilité pour effectuer un suivi régulier (prise de rendez-vous programmés...). Enfin, toujours dans un souci de faciliter l'organisation pour la famille, les parents peuvent ressentir le besoin d'harmoniser le mode de suivi de ses membres afin de n'avoir qu'un seul interlocuteur, quel que soit l'âge du patient ou le motif de consultation.

L'influence du profil familial sur le choix du praticien effectuant le suivi de l'enfant est une notion également retrouvée dans la thèse de A. GASPAR (22).

Enfin, l'offre de soin locale est le dernier facteur identifié lors de cette thèse. Comme dit précédemment, et toujours dans un souci de praticité et de simplicité d'organisation, consulter un pédiatre ou la PMI suppose alors des contraintes pour les familles. Cela évoque également une relation médecin-malade moins cohérente avec leurs attentes puisque les spécialistes de la petite enfance à leur disposition souffrent de nombreuses représentations erronées.

Le pédiatre n'est pas connu de tous les parents interrogés et parfois jugé comme « trop spécialisé » quand l'enfant n'a pas de problème particulier. Pour certains, le généraliste est même équivalent au pédiatre, sauf que le généraliste, de par ses connaissances plus transversales, apporterait un suivi de meilleure qualité.

La méconnaissance des parents concernant les praticiens spécialisés de la petite enfance est une notion majeure de cette thèse. Pourquoi les parents considèrent-ils le pédiatre trop spécialisé pour un enfant sans pathologie particulière ? La réponse à cette question peut se trouver dans le parcours de soin imposé aux adultes depuis janvier 2006 (9) (28), dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Pour pouvoir consulter un spécialiste, les adultes doivent obligatoirement être adressés par leur médecin généraliste. Le spécialiste devient donc le deuxième maillon de la chaîne de soins. Cet adressage n'est pas nécessaire chez les enfants. Les parents peuvent consulter un pédiatre sans avoir vu de

généraliste au préalable, pour un simple suivi ou pour des questions plus précises. Il n'y a donc pas besoin d'avoir de problème de santé particulier pour faire suivre un enfant par un pédiatre, contrairement au suivi par d'autres spécialistes ou pour des adultes.

Le rôle « flou » du pédiatre dans le suivi de l'enfant est déjà rapporté en juin 2013 dans un bulletin de l'Académie nationale de médecine (29). L'auteur s'interroge sur la fin de la pédiatrie libérale et propose différentes pistes pour y remédier. Il souhaite la redéfinition des rôles des acteurs de la santé de l'enfant pour obtenir une meilleure collaboration ou encore la redistribution des tâches pour que le pédiatre puisse se concentrer sur le domaine de compétence qui lui est spécifique. Enfin, il dit clairement « *Il faut que les familles soient informées que le pédiatre est le spécialiste de l'enfant de la naissance jusqu'à 18 ans* ».

Ce bulletin d'information parle également de la faible densité médicale des pédiatres en France, notion également retrouvée dans notre étude. Leur faible présence en dehors des milieux urbains est également un frein pour la population, qui parle de délais d'attente pour obtenir des rendez-vous, de difficultés à planifier un suivi régulier. L'auteur propose comme solutions d'augmenter le nombre de pédiatres formés, de les inciter à s'installer en milieu rural, ou alors de créer des partenariats entre généralistes et pédiatres dans les déserts médicaux pour permettre aux pédiatres de devenir des référents dans la permanence des soins, en effectuant « *les consultations aux âges-clés (repérage, dépistage)* ».

Enfin, le pédiatre souffre également d'une réputation de médecin rigide, communiquant peu et ne partageant pas forcément les décisions avec les parents. Il est considéré comme peu proche des familles qu'il suit. Cette notion semble renforcée par le fait qu'il ne suit que les enfants de la famille et n'a pas forcément connaissance de l'histoire familiale dans sa globalité. On ne retrouve pas d'article dans la littérature parlant de l'image des spécialistes auprès des patients, mais la notion a été évoquée dans la thèse d'A. GASPARD (22). Elle a recueilli l'avis de parents dont l'enfant est suivi par un pédiatre. Majoritairement, les parents sont satisfaits de la relation médecin-malade dès que le pédiatre connaît un peu la famille. En effet, ils se plaignent d'un suivi limité dans le temps et d'une absence de connaissance de l'histoire familiale, ce qui ralentit l'établissement d'une relation de confiance avec la famille.

Comme dans notre thèse, ils évoquent des réponses « standardisées » et « normatives » très rigoureuses et une information franche.

Cette image assez péjorative du pédiatre peut aussi s'expliquer par un **biais de recrutement**, puisqu'aucun parent ayant un suivi exclusif par le pédiatre n'a été inclus dans cette thèse. On imagine facilement que les parents satisfaits du comportement du pédiatre n'ont pas eu le besoin de se tourner vers le généraliste.

Les acteurs souffrant le plus de la méconnaissance des parents restent quand même les médecins de PMI. Les parents ne savent pas comment les contacter, qui sont leurs interlocuteurs sur place, voire doutent de leurs compétences ou de leur grade de médecin. Les missions qui leurs sont attribuées sont également peu connues, hormis celle de protection sociale des enfants, qui est vue comme un véritable frein à la consultation pour certains parents. A noter que les missions de santé de la femme, comme le suivi de grossesse, n'ont pas été évoquées lors des entretiens effectués dans le cadre de notre travail.

Dans son rapport datant de juin 2019 (30), la députée Michèle PEYRON fait un parallèle entre la diminution du financement de l'institution, la baisse des effectifs de son personnel et les choix fait localement sur les missions à effectuer prioritairement auprès du public. En effet, le contrôle du mode de garde des enfants occupe en moyenne 30% du temps des personnels de PMI. Pour maintenir une activité de prévention infantile, les professionnels ont dû concentrer leur action sur les enfants de 0 à 2 ans. Tout comme dans notre thèse, le rapport parle de l'effet néfaste des missions sociales de la PMI sur l'image qu'elle véhicule auprès du public. En effet, les personnes visitées dans le cadre d'information préoccupante (IP) sont souvent celles qui consultent en PMI pour la prévention car elles ont moins accès au système de soins classique. Afin de préserver l'image de la PMI, le rapport propose que les visites sociales soient effectuées par du personnel de l'Aide sociale à l'enfance ou que la PMI fasse plus de visites à domicile de prévention auprès des familles les plus fragiles, donc avant qu'il y ait besoin de déclarer des informations préoccupantes.

Concernant la réalisation de cette étude, ses forces sont multiples.

Tout d'abord, il y a le choix d'une **méthode qualitative pour comprendre ce parcours de**

choix en Haute-Normandie, ce qui n'avait jamais été effectué dans notre région à notre connaissance. Comme vu dans l'introduction, peu d'études qualitatives portant sur ce sujet ont été faites en France, par exemple celle de A. GASPAR (22) était effectuée dans les Hauts-de-France et s'intéressait au ressenti des parents qui consultaient tous types de spécialistes de la petite enfance.

Le **choix de l'étude qualitative** peut également être discuté. Les méthodes quantitative et qualitative semblent opposées dans leur déroulé mais finalement leurs résultats sont plutôt complémentaires puisqu'ils étudient des champs de connaissance différents. Quand l'un s'intéresse à une mesure de la causalité, l'autre permet de créer des hypothèses et d'approcher la logique humaine dans ce qu'elle a de plus authentique.

Dans notre étude, nous avons fait le choix d'effectuer un **échantillonnage ciblé** afin d'obtenir une meilleure fiabilité. En effet, nous avons pris le parti de ne nous intéresser qu'aux parents et enfants ayant choisi un médecin généraliste pour le suivi, bien que nombre d'entre eux aient également eu des contacts avec d'autres praticiens type pédiatre ou médecin de PMI. Ces expériences passées ont permis d'obtenir tout de même des informations supplémentaires appuyant leur choix du généraliste, parfois dans un second temps après l'échec du suivi par un autre praticien.

La **validité interne** de l'étude est appuyée par un guide d'entretien standardisé.

La **spontanéité du discours** permise par le recueil de données via des entretiens semi-dirigés, a donné une plus grande liberté de réponse aux enquêtés. Cette démarche était appuyée par une grille d'entretien courte et des questions ouvertes. La liberté de parole a permis d'avoir accès à des parcours de soins multiples et de s'intéresser aux expériences de vie de la famille. L'analyse des entretiens au fur et à mesure selon une démarche inductive a permis de modifier cette grille. Il y a donc eu un processus ininterrompu dans le temps entre l'analyse et le recueil des données. La saturation des données a été atteinte suite aux deux derniers entretiens, qui n'apportaient pas de nouvelle donnée.

La **validité externe** est confirmée par les résultats retrouvés dans d'autres travaux de thèse ou rapports d'étude, comme évoqué précédemment dans la discussion.

Par ailleurs, nous pouvons également souligner certaines limites à notre étude.

D'une part, la répartition géographique des parents inclus a été conditionnée par les remplacements effectués par l'enquêteur, essentiellement sur Rouen et sa périphérie

(dans un rayon inférieur à 40 km), ce qui cause un **biais de recrutement**.

Les premiers entretiens souffrent du manque d'expérience et d'entraînement de l'enquêteur, dont c'étaient les premiers entretiens semi-dirigés. On peut considérer que ce **biais méthodologique** a disparu au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. La **reproductibilité** de l'étude quant à elle n'est pas certaine, puisque les entretiens n'ont été codés que par une seule personne.

On retrouve un **biais de mémorisation** pour deux entretiens (P9, P11), puisque les enfants de ces deux familles avaient plus de 2 ans au moment de l'inclusion, les parents ayant dû faire appel à leurs souvenirs pour participer à l'entretien.

On note également un **biais de sélection** lié au choix de ne donner la parole qu'à des parents faisant un suivi auprès du généraliste. Cela se traduit au niveau des résultats par des avis péjoratifs sur les autres professionnels de la petite enfance. En effet, on imagine aisément que des familles ayant un suivi satisfaisant avec un pédiatre ou la PMI ne ressentent pas le besoin de consulter un généraliste.

Pour proposer un suivi de qualité aux enfants dans son cabinet de médecine générale, différents points seraient à réévaluer ou à mettre en place.

Tout d'abord, l'organisation du cabinet peut être modifiée. Il est préférable de prévoir des créneaux de consultation d'urgence disponibles uniquement le jour-même, pour une certaine tranche d'âge (0-6 ans) afin de répondre aux demandes fréquentes des parents pour la prise en charge des pathologies aiguës.

Une autre piste serait pour le médecin de travailler le mercredi ou encore le samedi matin, afin d'accueillir les familles sur des jours où ils sont disponibles pour les rendez-vous de suivi programmés, hors temps scolaire. On peut également proposer des horaires de consultation selon les horaires de l'école ou de la garderie, pour accueillir les familles à la fin de leur journée.

Proposer un environnement rassurant pour l'enfant est également un atout : une partie de la salle d'attente peut leur être réservée, avec du mobilier adapté, des jeux, des livres, afin de baisser leur anxiété et faciliter l'attente. Enfin, une table à langer dans les toilettes peut également être un plus pour les nouveau-nés.

Suivre des enfants nécessite également un équipement dédié aux dépistages en salle de consultation. On parle de matériel comme pour le Sensory Baby Test, d'un oeil de bœuf ou

encore de jeux d'éveil pour évaluer le développement normal de l'enfant. L'investissement financier initial peut être rapidement amorti en fonction de la taille de la patientèle.

Créer une relation médecin-malade de qualité avec l'enfant passe par la qualité de la relation créée avec les parents ou le reste de la fratrie. Le praticien doit s'appuyer sur une bonne communication des informations, en toute transparence, de façon claire. Il doit donner la parole au parent et à l'enfant, les laisser s'exprimer sur la situation ou la prise en charge et tenir compte de leur avis pour obtenir une bonne adhésion. Adapter son comportement, sa tonalité à l'enfant participe à sa réassurance. Si l'enfant est opposant, détourner son attention peut aider à réaliser un examen clinique complet.

Avoir une solide connaissance du réseau de soin local permet d'adresser les enfants aux pédiatres spécialistes ou aux institutions adaptées (CAMSP...) dans des délais raisonnables.

Le généraliste peut également effectuer des formations complémentaires en pédiatrie type DU. C'est un plus, cela rassure les parents et apporte des compétences pour un suivi de meilleure qualité de l'enfant, à tous les âges.

Cette étude a permis de souligner le manque d'information des futurs parents quant aux modalités de suivi de leur enfant, voire leur méconnaissance de ces différents interlocuteurs. Même si ces notions sont connues depuis longtemps, il semble qu'aucun effort particulier n'ait été fourni par les pouvoirs publics pour clarifier la situation auprès des parents.

Il faudrait pouvoir évoquer systématiquement les différents acteurs de la santé de l'enfant avec les parents, voir s'ils ont déjà un projet pour le suivi post-natal, et les orienter au mieux selon ces souhaits. Ces informations peuvent être données lors du suivi de grossesse, des cours de préparation à l'accouchement en milieu hospitalier, chez les sages-femmes de ville ou en dernier lieu avant la sortie de maternité.

Peut-être pourrait-on proposer une visite de la PMI locale à toutes les femmes enceintes suite à un signalement de la CPAM, la CAF ou la mairie ? Une redéfinition claire du rôle du pédiatre pourrait également aider les parents à comprendre leur place dans le suivi de leur enfant. Quant aux médecins de PMI, redéfinir leur rôle dans la protection de l'enfance permettrait de modifier leur représentation auprès du grand public.

Des efforts sont à faire en termes de promotion de la santé publique sur ces points-là en

Haute-Normandie, mais probablement partout en France, peut être via une campagne nationale du ministère de la Santé/de la Jeunesse ?

Par ailleurs, notre étude aurait très bien pu chercher à identifier les profils de familles consultant un généraliste via des questionnaires distribués dans les cabinets. Ceci nous aurait permis de mieux comprendre l'importance de la démographie médicale de la région dans le choix du suivi par un généraliste, mais cela aurait nécessité une étude à plus grande échelle avec une population représentative.

Conclusion

Depuis de nombreuses années, le suivi de l'enfant était confié au pédiatre de ville. Devant une baisse de la démographie des pédiatres en France et un délaissement des services de PMI par les pouvoirs publics, ce rôle de médecin acteur de la santé de l'enfant a été progressivement transféré au médecin généraliste.

Pour comprendre ce phénomène, nous avons réalisé une étude qualitative fondée sur des entretiens semi-dirigés de parents dont l'enfant de moins de 2 ans était suivi pour son développement par un médecin généraliste.

Lors de ce travail d'enquête, les parents nous ont montré que le manque de pédiatre ou de médecin de PMI en milieu urbain ou rural n'était pas forcément le seul facteur ayant orienté leur choix vers le généraliste.

Les parents consultent le médecin le plus proche d'eux, que ce soit géographiquement ou psychologiquement. Ils souhaitent que le suivi médical de leurs enfants soit simple d'organisation et que le médecin soit facile d'accès. Ils s'adressent donc à un médecin qui leur ressemble et avec lequel ils peuvent partager leurs réflexions, sans jugement ni incompréhension mutuelle. L'interlocuteur qui est le plus facile d'accès dans la majorité des cas en Haute-Normandie est le généraliste. Les parents exigent de lui une prise en charge des urgences exemplaire et sont plus souples concernant la qualité du suivi du développement de leur enfant, sachant qu'ils peuvent être redirigés facilement vers un pédiatre (spécialisé ou non).

Les critères de choix sont donc liés au médecin généraliste, à l'organisation du cabinet médical et aux besoins de la famille selon sa trajectoire de vie.

Les généralistes suivant le plus d'enfants ont donc fait des ajustements pour accueillir et suivre au mieux ces jeunes enfants.

L'accès aux autres acteurs de la santé de l'enfant se prête moins à ces exigences. Cela peut expliquer la montée en puissance du généraliste dans son rôle de médecin de

l'enfant, grâce à sa compétence de médecin de premier recours. De plus, les pédiatres et médecins de PMI ont mauvaise publicité auprès des patients, souvent par méconnaissance de leur rôle. Un travail de « réhabilitation » nationale auprès du grand public serait un outil permettant de mieux redistribuer les patients selon l'offre de soins locale. Des réseaux entre les généralistes et les spécialistes de la petite enfance existent. Faciliter ces échanges dans les zones où la densité médicale est la plus faible permettrait d'éviter les retards de prise en charge de ces enfants.

Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : taux de fécondité - Dictionnaire de français. In: Larousse [Internet].
Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/f%C3%A9condit%C3%A9/33131>
2. INSEE, Bilan démographique 2020.
3. Journal officiel, Ordonnance 45-2720, sur la Protection Maternelle et Infantile. ordonnance 45-2720 nov 5, 1945 p. 7292-301.
4. Loi relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. Code de Santé Publique, loi n°70-633 juill 15, 1970 p. 06657.
5. Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant. Code de Santé Publique, Protection et promotion de la santé maternelle et infantile, Titre III, Chapitre II, Section 1 : Examens obligatoires, art R2132-1
Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038175215/>
6. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Le nouveau-né auprès de sa mère ou en unité pédiatrique en maternité [Internet]. campus CERIMES. 2012.
Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/nouveaune/site/html/1.html>
7. WHO. Les soins de santé primaires [Internet]. World Health Organisation. 2018.
Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
8. Loi Hôpital Patient Santé Territoire, définition mission médecine générale [Internet]. Code de Santé Publique. Sect. art L4130-1, Loi n° 2009-879 juill 21, 2009 p. 27-8.
Disponible sur: https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Loi_HPST_PDS_21-07-2009.pdf
9. Sous-section 1 : Dispositions relatives aux relations conventionnelles [Internet]. Code de la Sécurité Sociale, Loi n°2019-774 art 9 juill 24, 2019.
Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006186122>
10. ISNAR IMG. Présentation internat de médecine générale. Précis À Usage Futurs Internes Médecine Générale. 2019;46 (p5).
11. COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ J-F, STALNIKIEWICZ B, GHASAROSSIAN C, ZERBIB Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. Avr 2013;24(108):148-55.

12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Journal Officiel n° 0193 Arrêté du 5 août 2020 fixant au titre de l'année universitaire 2020-2021 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des Épreuves Classantes Nationales en médecine par spécialité et par Centre Hospitalier Universitaire. texte 47/164 août 7, 2020 p. p6-8.
13. Association des Juniors en Pédiatrie. L'internat de pédiatrie [Internet]. Association des Juniors en Pédiatrie.
Disponible sur: <https://www.ajpediatrie.fr/linternat-de-pediatrie/>
14. Chapitre 1er : Dispositions générales, Organisation et missions, Protection et promotion de la santé maternelle et infantile. [Internet]. Code de Santé Publique, Art L2111-1 à L2111-4 janv 28, 2016.
Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031927359/2016-01-28/>
15. AMAR É, BORDERIES F. Les services de PMI : plus de 5000 sites de consultation en 2012. Etudes Résultats DREES. Avr 2015;(0913):6.
16. BOUET P. Atlas CNOM de la démographie médicale 2020 [Internet]. 2020° éd. Vol. 1. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2021. p55-65
Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
17. BOUET P. Atlas CNOM 2019 de démographie des spécialités médicales [Internet]. Vol. 2. Conseil National de l'Ordre des Médecins; p327-331
Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1rg5kdp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
18. Syndicat National des Médecins de PMI. Statut, recrutement et effectifs des médecins de PMI [Internet]. 2011 nov p. 1-6.
Disponible sur:
https://www.snmpmi.org/IMG/pdf/SNMPMI_resultats_enquete_statuts_nov_2011_v2.pdf
19. Le personnel des services de PMI, effectifs entre 2007 et 2017 [Internet]. DREES; 2018.
Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,371,4041
20. MICHEL M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : Généraliste, Pédiatre ou PMI ? [Internet] [thèse d'exercice en Médecine Générale]. Université de Toulouse; 2013.
Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/200/1/2013TOU31074.pdf>
21. CASSOL E. Le rôle du généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois : étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine. [thèse d'exercice en Médecine Générale]. Université de Bordeaux; 2015.

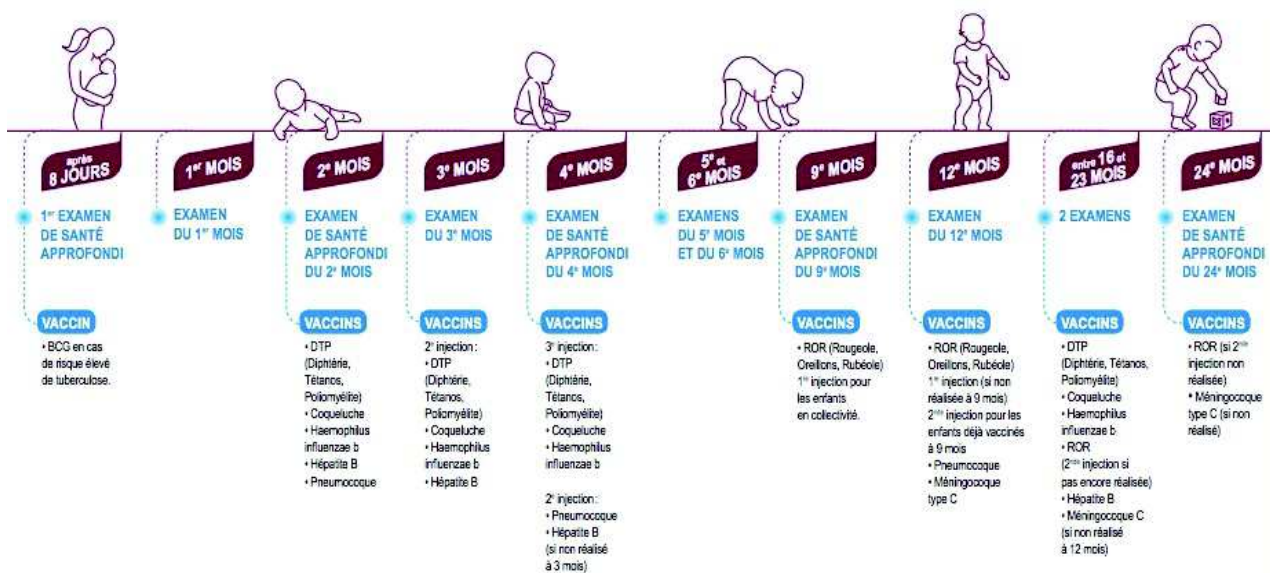
22. GASPAR A. Représentations des parents sur le professionnel assurant le suivi de la santé de leur enfant de 0 à 2 ans, à travers leurs attentes et leur ressenti. Le médecin généraliste répond-il aux attentes des parents dans l'offre de santé ? [Internet] [thèse d'exercice en Médecine Générale]. Université de Lille; 2014.
Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9dbbc718-b805-4431-82c2-a91e568b4f69>
23. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
24. Etudes qualitatives et revues systématiques [Internet]. lepcam.fr.
Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/
25. Les compétences du médecin généraliste | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet].
Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>
26. BOURDY C, MILLETTE B, RICHARD C, LUSSIER M. Grille de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale, les processus de communication. Les Editions du Renouveau Pédagogique; 2004.
27. FUR PL, BOURGUEIL Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8.
28. Parcours de soins coordonnés et médecin traitant, service-public.fr [Internet].
Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
29. VALLETEAU DE MOULLIAC J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Bull Académie Natl Médecine. Juin 2013;197(6):1143-52.
30. PEYRON M. Pour sauver la PMI, agissons maintenant! [Internet]. 2019 mars p. 1-186.
Disponible sur:
<http://www.reseau-environnement-sante.fr/wp-content/uploads/2019/07/2018-102r-pmi.pdf>

Annexe 1 : Calendrier des examens obligatoires pris en charge à 100 % par la CPAM avant 2 ans.

LES EXAMENS ET LES VACCINS DE MON ENFANT, MOIS APRÈS MOIS

L'Assurance Maladie est à mes côtés pour le suivi médical de mon enfant et prend en charge ses dépenses de santé. Pour mieux planifier les rendez-vous, je retrouve ci-dessous ses examens obligatoires et les vaccinations importantes.

Je présente ma carte Vitale, même en PMI et j'ai toujours sur moi le carnet de santé de mon enfant que je présente à chaque consultation.



Pour avoir plus d'informations sur l'importance de la vaccination pour mon enfant, je me connecte sur



Annexe 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien, version finale :

Bonjour, je m'appelle Marie Alfroy, je suis remplaçante en médecine générale et je prépare ma thèse sur les raisons ayant poussé les parents à faire suivre leurs enfants par un médecin généraliste, plutôt que par un pédiatre ou la PMI.

Pour cela, je vais vous poser quelques questions, auxquelles je vous demanderai de répondre en toute franchise. L'entretien sera retranscrit et anonymisé afin de respecter la confidentialité de vos réponses.

1 / Contexte familial :

Pouvez vous vous présenter et présenter votre famille ?

- *Qui participe à l'entretien ?*
- *Quel âge avez-vous ?*
- *Où habitez-vous ? (en ville, en milieu rural, en milieu semi-rural)*
- *Quel est votre statut familial ? (marié, pacsé, concubinage, monoparental, famille recomposée)*
- *Quel métier exercez-vous ? Fourchette de salaire <1000 - entre 1000 et 2000 - >2000*
- *Combien d'enfants avez-vous à la maison ? Ages et sexes ?*

2 / Suivi de l'enfant

Comment se passe le suivi de votre enfant de < 2 ans ?

A quoi correspond le suivi d'un enfant pour vous ?

- *Avez vous un médecin de famille?*
- *Avez-vous déjà fait suivre vos enfants par un autre médecin avant l'âge de 2 ans ?*
- *Pour quelles raisons avez-vous décidé de changer de mode de suivi ?*
- *Connaissez-vous les autres médecins pouvant intervenir dans le suivi du nourrisson ?*

3 / Le recours au MG

**Dans quelles circonstances avez-vous consulté votre MG pour votre enfant la première fois ?
Pour quelles raisons avez-vous décidé de lui confier le suivi de votre enfant ?**

- *Etiez-vous suivi par un MG dans votre enfance et pensez-vous que cela a influencé votre choix ?*
- *Entourage ?*

4 / L'organisation du cabinet

Que pensez-vous de l'organisation du cabinet de votre MG pour faciliter l'accueil des enfants?

- *Le considérez-vous comme adapté à un enfant de < 2 ans ? (lieu, RDV, horaires, attente, espace, sécurité)*
- *Quelles seraient vos suggestions pour l'améliorer ?*

5 / Le déroulement de la consultation

Comment qualifieriez-vous le temps de consultation de votre enfant de moins de 2 ans, par rapport à une consultation que vous feriez pour vous par exemple?

- *Durée, examen, attitude ?*
- *Comment se déroule habituellement une consultation pour votre enfant ?*
- *Quels thèmes vous semblent incontournables à chaque consultation ?*

6 / Les compétences du MG

Comment qualifieriez-vous les connaissances de votre généraliste concernant la santé des enfants de < 2 ans ?

- *Dans le suivi ? Pour la prise en charge des urgences / pathologies aiguës ?*
- *Avez-vous déjà hésité à consulter votre MG pour votre enfant ?*
- *Pensez vous que le profil / l'expérience personnelle de votre médecin influence sa façon de suivre votre enfant et sur quels points ?*
- *La formation en pédiatrie est devenue obligatoire pour les généralistes en cours de formation, qu'en pensez vous ?*

7 / La relation MG-parents-enfant

Comment trouvez-vous la relation que votre généraliste entretient avec votre enfant?

- *Quelles sont les qualités nécessaires à un médecin pour bien suivre un nourrisson?*
- *Quels conseils pouvez vous me donner pour inciter les parents à me confier le suivi de leur nourrisson ?*

Pour finir : *reformuler les propos de l'entretien*

Merci de votre participation.

Annexe 3 : Accord de participation à l'étude

Je soussigné (e), *NOM PRÉNOM*

déclare avoir pris connaissance de la fiche de présentation de l'étude concernant le travail de recherche de Madame ALFROY Marie dont le sujet est :

« Quels sont les facteurs déterminants au choix du médecin généraliste pour le suivi de l'enfant de < 2 ans en Haute Normandie ? »

J'accepte librement de participer à cette étude de recueil d'informations auprès de parents.

J'accepte que les informations issues de cet entretien soient utilisées, de façon anonyme pour rendre compte des résultats à la communauté scientifique.

Fait à

Le

Signature

Pour plus d'informations vous pouvez me contacter via l'adresse mail : marie.alfroy@yahoo.fr

Résumé

Introduction : les acteurs de la santé de l'enfant sont multiples en France, pourtant la place du médecin généraliste dans son suivi n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Par cette étude, nous avons souhaité comprendre les raisons ayant poussé les parents de Haute-Normandie à confier le suivi de leur enfant de moins de 2 ans à leur généraliste.

Matériel et méthode : une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été effectuée auprès de parents ayant confié à leur généraliste le suivi de leur enfant. Les entretiens ont été effectués jusqu'à saturation des données et analysés en suivant la théorisation ancrée.

Résultats : onze entretiens ont été menés. Le choix du médecin généraliste est lié au profil du médecin à savoir ses qualités relationnelles avec la famille (parents et enfant), ses connaissances ou encore sa parentalité. Les parents sont également attentifs à son comportement lors des consultations, son écoute, ses conseils et sa gestion des urgences du nouveau-né. Le choix des parents est lié à leurs expériences avec les différents praticiens de la santé de l'enfant, pour eux ou leurs autres enfants, ainsi qu'à leurs attentes concernant le suivi de leur enfant. L'organisation du cabinet, sa proximité et la disponibilité du praticien sont également des facteurs décisifs. Enfin, la place des autres acteurs de la santé de l'enfant est mal définie, avec des praticiens qui seraient moins disponibles, et dont les parents se sentent moins proches.

Discussion : le médecin généraliste est devenu l'un des principaux acteurs du suivi de l'enfant en raison de sa proximité, ses qualités relationnelles avec l'ensemble de la famille et sa disponibilité. Faciliter la consultation des jeunes enfants demande donc une organisation particulière du temps de travail du généraliste ainsi que des connaissances supplémentaires en pédiatrie. Le pédiatre et le médecin de PMI sont moins connus des parents et leur rôle dans le suivi de l'enfant n'est pas clair. Une redéfinition de leur place dans ce suivi permettrait de mieux orienter les parents auprès du praticien leur correspondant le plus.

Mots clés : santé de l'enfant ; recherche qualitative ; développement de l'enfant ; suivi du patient ; médecine générale ; services de santé pour enfants.