



HAL
open science

**Quelles sont les motivations des parents à se tourner
vers un généraliste pour le suivi de leur enfant ? Atouts
et inconvénients perçus par les familles d'un suivi
pédiatrique en médecine générale**

Clarisse Couve de Murville, Clémence Villette

► **To cite this version:**

Clarisse Couve de Murville, Clémence Villette. Quelles sont les motivations des parents à se tourner vers un généraliste pour le suivi de leur enfant ? Atouts et inconvénients perçus par les familles d'un suivi pédiatrique en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03889529

HAL Id: dumas-03889529

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03889529v1>

Submitted on 8 Dec 2022

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.

Quelles sont les motivations des parents à se tourner vers un généraliste pour le suivi de leur enfant ? Atouts et inconvénients perçus par les familles d'un suivi pédiatrique en médecine générale

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 18 Novembre 2022

Par Madame Clarisse COUVE DE MURVILLE

Née le 17 décembre 1994 à Rouen (76)

Et Madame Clémence VILLETTE

Née le 6 mai 1995 à Croix (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur FABRE Alexandre	Président
Monsieur le Docteur PINELLI François	Directeur
Madame le Docteur BEAUMIER Soizic	Assesseur
Monsieur le Docteur FAVIER Philippe	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CUNY Thomas	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYSS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUBE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
 MALLAN- MANCINI Josette
 MALMEJAC Claude
 MARANINCHI Dominique
 MARTIN Claude
 MATTEI Jean François
 MERCIER Claude
 MICHOTEY Georges
 MIRANDA François
 MONFORT Gérard
 MONGES André
 MONGIN Maurice
 MUNDLER Olivier
 NAZARIAN Serge
 NICOLI René
 NOIRCLERC Michel
 OLMER Michel
 OREHEK Jean
 PANUEL Michel
 PAPY Jean-Jacques
 PAULIN Raymond
 PELOUX Yves
 PENAUD Antony
 PENE Pierre
 PIANA Lucien
 PICAUD Robert
 PIGNOL Fernand
 POGGI Louis
 POITOUT Dominique
 PONCET Michel
 POUGET Jean
 PRIVAT Yvan
 QUILICHINI Francis
 RANQUE Jacques
 RANQUE Philippe
 RAOULT Didier
 RICHAUD Christian
 RIDINGS Bernard
 ROCHAT Hervé
 ROHNER Jean-Jacques
 ROUX Hubert
 ROUX Michel
 RUFO Marcel
 SAHEL José
 SALAMON Georges
 SALDUCCI Jacques
 SAMBUC Roland
 SAN MARCO Jean-Louis
 SANKALE Marc
 SARACCO Jacques

SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020		
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021
2021		
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022
2022		
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

	1990	DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
	1991	
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
	1992	
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
	1994	
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
	1995	
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
	1997	
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
	1998	
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
	1999	
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
	2000	
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
	2001	
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
	2002	
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
	2003	
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
	2004	
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
	2005	
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
	2006	
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
	2007	
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COSTELLO Régis	HABIB Gilbert
ALIMI Yves	COURBIERE Blandine	HARDWIGSEN Jean
AMABILE Philippe	CRAVELLO Ludovic	HOUVENAEGHEL Gilles
<i>AMBROSI Pierre Surnombre</i>	CUISSET Thomas	HRAIECH Sami
ANDRE Nicolas	DA FONSECA David	JACQUIER Alexis
ARGENSON Jean-Noël	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JOURDE-CHICHE Noémie
ASTOUL Philippe	DANIEL Laurent	JOUVE Jean-Luc
ATTARIAN Shahram	DARMON Patrice	KAPLANSKI Gilles
AUDOUIN Bertrand	DAUMAS Aurélie	KARSENTY Gilles
AUQUIER Pascal	DAVID Thierry	<i>KERBAUL François détachement</i>
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	KRAHN Martin
AZULAY Jean-Philippe	D'JOURNO Xavier	LAFFORGUE Pierre
<i>BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022</i>	DEHARO Jean-Claude	LAGIER Jean-Christophe
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAMBAUDIE Eric
BARLOGIS Vincent	<i>DENIS Danièle Surnombre</i>	LANCON Christophe
BARTHET Marc	DEVILLIER Raynier	LA SCOLA Bernard
BARTOLI Christophe	DISDIER Patrick	LAUNAY Franck
BARTOLI Jean-Michel	DODDOLI Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BARTOLI Michel	DRANCOURT Michel	LE CORROLLER Thomas
BARTOLOMEI Fabrice	DUBUS Jean-Christophe	LECHEVALLIER Eric
BASTIDE Cyrille	DUFFAUD Florence	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BELLIARD-LASSERRE Sophie	DUFOUR Henry	LEONE Marc
BENSOUSSAN Laurent	DUSSOL Bertrand	LEONETTI Georges
BERBIS Philippe	EBBO Mikael	LEPIDI Hubert
BERBIS Julie	EUSEBIO Alexandre	<i>LEVY Nicolas disponibilité</i>
BERDAH Stéphane	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BEROUD Christophe	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BERTRAND Baptiste	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BERTUCCI François	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BEYER-BERJOT Laura	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLAISE Didier	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BLIN Olivier	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BLONDEL Benjamin	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOISSIER Romain	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BONELLO Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BONNET Jean-Louis	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
<i>BOUFI Mourad</i>	GAINNIER Marc	<i>MICHELET Pierre disponibilité</i>
BOYER Laurent	<i>GARCIA Stéphane disponibilité</i>	MILH Mathieu
BREGEON Fabienne	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRETELLE Florence	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BROUQUI Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUDER Nicolas	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
BRUE Thierry	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
BRUNET Philippe	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
BURTEY Stéphane	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CASANOVA Dominique	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CASTINETTI Frédéric	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CECCALDI Mathieu	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CERMOLACCE Michel	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHAGNAUD Christophe	GONZALEZ Jean- Michel	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMBOST Hervé	GRAILLON Thomas	PADOVANI Laetitia
CHAMPSAUR Pierre	GRANEL/REY Brigitte	PAGANELLI Franck
CHANEZ Pascal	GRANDVAL Philippe	PAPAZIAN Laurent
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GREILLIER Laurent	PAROLA Philippe
CHARREL Rémi	<i>GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022</i>	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHAUMOITRE Kathia	GUEDJ Eric	PELLETIER Jean
CHIARONI Jacques	GUIEU Régis	PERRIN Jeanne
CHINOT Olivier	GUIS Sandrine	PESENTI Sébastien
CHOSSEGROS Cyrille	GUYE Maxime	PETIT Philippe
COLLART Frédéric	GUYOT Laurent	PHAM Thao

Secrétariat Général - RH
MAJ 01.09.2022

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHIERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH
MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

Secrétariat Général - RH
01/09/2022

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

Secrétariat Général - RH
01/09/2022

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i>	SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH)
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)	AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH) DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH)	CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH) ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)	BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MARLINGE Marion (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)	ROLL Patrice (PU-PH)
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)	

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004
--	---

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104
--

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201
--

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202
--

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) *Retraite au 1/10/2022*
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) *Disponibilité*
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Héliène (MCU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403
--

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRANELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701
---	---------------------------------------

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603
--

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905
---	--

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602
--

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

Secrétariat Général - RH
MAJ 01.09.2022

MEDECINE GENERALE 5303	NEPHROLOGIE 5203
-------------------------------	-------------------------

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH) Sunombre

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
RADULESCO Thomas (PU-PH)

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanie (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
ANDRE Nicolas (PU-PH) BARLOGIS Vincent (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) FABRE Alexandre (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) TOSELLO Barthélémy (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) COZE Carole (MCU-PH) MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH) SAULTIER Paul (MCU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH) BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) LAGARDE Stanislas (MCU-PH) LAMBERT Isabelle (MCU-PH) RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
BAILLY Daniel (PU-PH) <i>Retraite au 2/11/2022</i> CERMOLACCE Michel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH) RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16	
AGHABABIAN Valérie (PR)	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	RHUMATOLOGIE 5001
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH) HABERT Paul (MCU PH) STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)	GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH) THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804 AMBROSI Pierre (PU-PH) <i>Sumombre</i> DAUMAS Aurélie (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphan

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)
 BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
 CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
 ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
 BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

Secrétariat Général - RH
 MAJ 01.09.2022

Remerciements communs :

Au Professeur Fabre, vous nous faites l'honneur de présider notre thèse. Merci de votre patience et de votre aide à la constitution du jury, merci de votre réactivité et de l'intérêt que vous avez porté à notre sujet.

Au Dr Pinelli, merci mille fois d'avoir accepté de diriger notre travail de recherche. Merci pour les conseils que vous nous avez fournis, votre perspective sur la thématique était passionnante et votre aide précieuse.

Au Dr Cuny, merci de votre réactivité et de votre soutien précieux pour que cette thèse voit le jour. Merci de l'intérêt que vous avez porté à cette problématique pourtant éloignée de votre corps de métier, merci de l'impartialité que vous apportez à notre jury.

Au Dr Beaumier, merci de nous avoir accompagnées durant ce travail et d'avoir porté une oreille attentive à notre problématique de recherche. Merci de nous avoir soutenues en nous permettant de réaliser notre recueil de données aux urgences d'Aubagne. Merci pour tout ce que vous nous avez enseigné au cours de notre stage en santé de l'enfant et pour votre pédagogie enthousiaste, ce fut un plaisir de travailler dans votre service.

Au Dr Favier, médecin généraliste et réel médecin de famille, merci d'enrichir le débat de par votre fonction de médecin traitant. Merci de nous avoir soutenues tout au long de notre parcours et nous avoir permis de collecter des données auprès de votre patientèle. Merci pour votre bienveillance.

Remerciements Clémence :

Avant tout, à **ma co-thésarde, Clarisse**. Formidable voisine de palier d'internat, la bonne humeur toujours au rendez-vous, ta joie de vivre est communicative ! Toujours une longueur d'avance, des idées débordantes, merci d'avoir mené à bien ce projet avec moi, sur la même longueur d'ondes. Félicitations !!

A tous les professionnels de santé qui ont croisé mon chemin et ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui...

Au Dr Quentin Bradier qui m'a transmis l'amour du métier et m'a fait découvrir un mode d'exercice libéral qui ne m'a jamais quittée.

Au Dr Philippe Favier qui m'a appris l'art de l'écoute. Je m'estimerai comblée de recevoir la moitié des éloges que vos patients font à votre égard. Votre bienveillance et votre humanité font de vous un médecin unique.

Au Dr Camille De Lapeyriere, médecin aux mille facettes, altruiste, empathique et d'une connaissance époustouflante ! Merci d'avoir toujours pris le temps nécessaire (même s'il n'y a que 24h en une journée !) pour me guider et me permettre d'acquérir mon autonomie.

Au Dr Soizic Beaumier et à l'ensemble du service pédiatrique d'Aubagne, merci pour tout ce que vous m'avez apporté pour mon exercice futur. J'ai appris de chacun de vous dans la bonne humeur et j'en garde un très bon souvenir.

Au Dr Berenger, au Dr Monon, au Dr Mimari, au Dr Amoros, au Dr Philip, pour vos nombreux enseignements et votre accompagnement bienveillant.

Au personnel des Urgences de la Timone pour votre pédagogie et votre esprit d'entraide et de dévouement en période de crise sanitaire.

A l'ensemble du personnel médical et paramédical du centre GSI Aubagne pour le travail d'équipe, la bonne humeur et la confiance que vous m'avez accordée.

A ma famille, mon premier soutien...

A mon grand-père, Papi Blanc, qui m'a transmis l'envie de soigner. J'aurais aimé échanger sur l'évolution de la médecine et tant d'autres choses. Je suis fière de devenir à mon tour Dr Villette. **A ma grand-mère** et l'immense famille qu'elle nous a offerte, merci.

A Bon papa et Mimi qui depuis toujours croient en moi, me soutiennent et m'apportent tant d'amour. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, je garderai toujours en souvenir mon séjour à Malo où j'ai fait mes premiers pas à l'hôpital. Je suis extrêmement fière d'être votre petite fille.

A toi, Maman, tu me connais mieux que quiconque, sûrement mieux que moi-même ! Si je suis celle que tu vois aujourd'hui, heureuse et épanouie, c'est grâce à toi, ton soutien, ton amour inconditionnel. Tu m'as guidée dans toutes les étapes de ma vie et m'a supportée lors des nombreuses crises existentielles durant ce long cursus de médecine ! Si ce manuscrit est dépourvu de faute d'orthographe, je te le dois bien !! Pour tout cela et bien plus encore, merci d'être ma maman.

A toi, Papa, puisque la médecine est un art, nul doute de qui je tiens cette passion ! Petite, je rêvais d'être comme toi et dès cinq ans, tu me guidais déjà à travers les touches du clavier. Ces instants restent gravés dans ma mémoire, nos moments de partage, nos passions communes. Merci de m'avoir inculqué le sens de la famille, des valeurs, qui me guident dans mon exercice professionnel et dans ma vie personnelle.

A Thierry qui m'a épaulée durant ces nombreuses années d'études, merci pour les centaines de conduites, les milliers de petits plats réconfortants en sortie de BU, les millions d'impressions, et j'en passe... Merci pour ta bienveillance et ton écoute à toute épreuve.

A Anne-Marie avec qui je partage l'amour de la médecine. Tout comme j'ai tant apprécié les week-end dans la nature du Pilat, j'ai hâte de découvrir la beauté des sentiers corses en famille. Que la nouvelle aventure commence !

A Martin, pour avoir toujours veillé sur moi, la petite dernière. Sensible et attentif, tu as toujours eu l'oreille tendue et les mots justes. Merci d'être un grand frère aimant et protecteur. Je suis ravie de te savoir épanoui aux côtés de la belle **Hélène**, avec qui j'apprécie partager des instants de famille et des éclats de rire !

A Guillaume, qui a toujours particulièrement su appliquer le « qui aime bien châtie bien ». Qu'est-ce que tu devais m'aimer !! Il nous aura bien fallu dix ans de chamailleries pour s'apercevoir qu'on est similaires en tous points ! Merci pour ton grand cœur et ta présence réconfortante quand j'en avais besoin. Merci d'être toujours honnête et là pour moi.

A Mathilde et Mathieu, à Maxime et Laetitia, à Joseph et Alexandra, à Pierre-Marie. Parce que les instants de famille n'en sont que meilleurs lorsqu'ils sont partagés, je suis ravie d'avoir une si belle et grande fratrie !

A la famille Carton au complet et toutes ces années de merveilleux souvenirs, à tous nos étés à Mouans-Sartoux. A Caro qui m'a vue grandir, m'a accompagnée depuis toujours.

A Zélie, mon acolyte ! Quel plaisir de trouver un soutien familial en amphi !! Merci pour nos fous rires, nos partages de détresse en révision, nos débriefings, les diners cosy à la Piquerie ... J'ai hâte de découvrir le Grand Est cet hiver ! Bientôt à ton tour de prêter serment !

A Françoise et Jean, à Clément et Hélène, à Matthieu et Clémence, merci de m'accueillir les bras ouverts dans votre famille ! Merci pour vos nombreux encouragements tout au long du parcours. Qu'il était agréable de se ressourcer au bord de mer cet été et oublier le stress aux côtés des adorables petits **Augustin et Eloi** ! Aux nombreuses réunions de famille à venir.

Et enfin, **à Alexandre**, mon grand amour... Je n'aurais jamais rêvé trouver un homme aussi merveilleux, encore moins être assez chanceuse pour l'épouser ! Merci pour tout ton amour, ton soutien, tes mots justes, tes encouragements. Merci d'avoir séché mes larmes et partagé mes joies. Merci de me rendre heureuse chaque jour. Merci de vivre cette thèse, entre toutes mes autres péripéties, à 100% avec moi au quotidien ! Merci pour tout ce que tu fais pour moi tous les jours. Je t'aime et j'ai hâte de devenir ta femme.

A mes amis de toujours, de Lille et de Marseille...

A Valentin, mon meilleur ami, mon confident. Je suis fière de notre amitié durable et sincère, tu connais toutes mes aventures et mésaventures ! Merci d'être présent aujourd'hui comme pour tous les moments importants depuis une bonne décennie... ! Prêt pour l'Italie ? En route !

A Côme et sa bonne humeur à toute épreuve, son enthousiasme et son sens de la fête. **A tous les copains de Saint Adrien**, merci pour les souvenirs impérissables et les soirées inoubliables !

A Lou, ma Lou. Merci d'avoir hébergé une parfaite inconnue le premier jour de P2 et d'être devenue sa plus grande confidente. Merci de m'avoir logée, nourrie, blanchie, réveillée de force, poussée à la fac, écoutée, consolée, conseillée, merci de m'avoir fait hurler de rire, merci d'avoir parcouru le monde avec moi, cheveux au vent et sourire aux lèvres, merci !

A Anne-So, la définition de l'amie fidèle. Toujours au rendez-vous, même à l'autre bout de la France, à base de vocaux de 15min l'unité, merci d'avoir toujours été à l'écoute et d'être fidèle à toi-même. Je garderai toujours en mémoire l'Italie à tes côtés avec ses bons comme ses moins bons souvenirs (plus jamais l'avion avec toi...) Niah !!

A Morgane, toujours en tête pour m'accompagner faire la fête ! Ma Momo, Merci pour ces merveilleux souvenirs de Fac, merci pour nos fous rires et nos confidences. Merci d'être le paresseux le plus aimant du monde !

A Cam, pour ton enthousiasme, ton naturel, tes bons conseils et tous nos moments partagés... Pour nos dimanches matin difficiles, mais surtout pour nos samedis soir épiques ! Merci d'être mon amie fidèle et d'être devenue une vraie confidente pour Bibou !!!

A Marion, ma tata ! Pour ton caractère de cochon, ton grand cœur généreux et ton amitié sans limite. Merci de me supporter, moi et mon caractère de cochon, mes bras en l'air, et mon inertie ! Je nous revois au vieux port faire un choix important de vie... Et c'était le bon !

A Loul, la tornade d'énergie, pour toute la bonne humeur que tu m'apportes au quotidien ! A nos ascensions de volcans, nos agressions par les petits poissons multicolores... A nos séances de révision trop nombreuses, merci pour tes encouragements et ton soutien quand la BU de Lille devenait notre maison... Merci pour ta simplicité et ton optimisme.

A Manon, pour notre passion commune de la neige et des tartiflettes et nos merveilleux moments montagnards. Pour les visites de France et les terrifiants escape Games... A toi et **à Vincou**, vivement 2023, j'ai hâte !! **A Darouz**, pour ta douceur et ton naturel, ta bienveillance et ton incroyable lenteur à finir tes plats qui ne fait que prolonger les bons repas partagés !! A tes abrégés légendaires... et **à LaGui** que j'ai adoré mieux connaître à Annecy. **A Alice**, merci d'avoir veillé sur ta petite tribu Lilloise avec tout ton amour, maman Lilice, toujours dans la bonne humeur et l'optimisme.

A Jeanne et Polo pour avoir été tant mes partenaires de BU que mes partenaires de soirées ! Pour votre enthousiasme et votre sens de l'humour. **A Elyes** pour me faire mourir de rire ! Le king des pistes de ski et le maître des improvisations, je suis si heureuse de te voir épanoui dans ton chez-toi et avec ton **Ricoco**. **A Victor** pour notre incroyable expérience sénégalaise et pour ta bonté. **A Constant, aux Quentin(s), Alban, Louis**, pour avoir égayé ma 6ème année !

A Syrine et Estelle, mes super voisines ! Pour les jeux d'enfance, les potins d'adolescence, les gouters et les rires...

Aux nouveaux copains Lillois des Weppes, pour m'accueillir les bras ouverts dans votre merveilleuse famille. A la maison jardin partagée de Belle-Île avec **Martin et Julie**...

A ma Dr Jul, pour avoir passé le test de la Carbonade, tu as amplement mérité d'intégrer la famille Lilloise ! Pour tes dysarthries et ton sens de l'amitié, merci pour ces 3 ans de bonheur !

A Julien pour ton humilité sans faille... !! Pour nos super apéros passés et à venir !

A Agathe pour ton naturel et ta spontanéité, toujours partante pour de nouvelles aventures !

A Tonton Simon et à Remi pour les rigolades et... la chèvre !

A Guigui, Octave, Lulu et Lulu, Salomé, Emma, Val et tous les autres... Pour l'internat, la raclerie, les plages, les terrasses, bref...

Le Kiff Marseillais !

A tous mes co-internes pour avoir partagé mes rires et atténué mon stress ! Pour ces belles rencontres trois années durant...

...A vous tous qui partagez ma vie, **à ma bonne étoile, MERCI.**

Remerciements Clarisse

À **Clémence**, ma co-interne et co-thésarde, merci de m'avoir proposé de partager ce travail de thèse avec toi. C'était un plaisir de collaborer avec toi, aussi bien en stage que pour la thèse. Merci pour ton implication dans ce travail, ton dynamisme, ta motivation et tes magnifiques talents de rédactrice.

À tous les **enseignants, professeurs et médecins** rencontrés pendant mes études. Merci de m'avoir insufflé l'envie d'apprendre et de m'avoir accompagnée tout au long de ce parcours. Merci à mes maîtres de stage d'avoir pris le temps de partager leurs connaissances et leur expérience.

Merci aux **Docteurs Mathilde et Sébastien Champalle** ainsi qu'au **Docteur Anne Laure Micaelli** pour votre accompagnement au cours de ce dernier stage d'internat. J'ai beaucoup appris à vos côtés, merci de m'avoir donné les clefs pour continuer en autonomie dans des conditions optimales.

À **Maman**, à qui je dois tant, toujours présente quelles que soient les circonstances. Tu as été ma force depuis mon enfance, toujours à l'écoute, de bon conseil et volontaire pour m'accompagner et m'aider à surmonter les difficultés. Merci de m'avoir soutenue dans tous mes projets, d'avoir cru en moi, et de m'avoir donné les moyens d'atteindre mes objectifs. Merci pour ton amour inconditionnel.

À **mon Père**, merci de m'avoir toujours encouragée à me surpasser et de m'avoir mise en confiance, que ce soit à l'école, sur les pistes de ski, dans la piscine, ou sur mon premier vélo rose Barbie (et sans roulettes !). Merci pour toutes ces belles expériences, ces voyages rocambolesques, ces fous rires. Tu m'as transmis ton goût de l'aventure et de la découverte.

À **Sabrina**, merci pour tout ce que tu as fait pour lui et pour nous.

À **mes grands-parents**, merci pour votre affection et ces merveilleux souvenirs d'enfance.

Mamie, notre confidente, Papi notre conseiller, quelle chance de vous avoir ! Merci pour votre soutien, vos encouragements et ces moments apaisants à vos côtés dans cette bulle remplie de tendresse.

À **ma marraine, Françoise**, merci d'avoir été comme une deuxième maman pendant mon enfance.

À **ma cousine, ma Youliette**, merci d'avoir apporté ton brin de folie dans ma vie. Merci d'avoir été ma confidente, la sœur que je n'ai pas eue, mon acolyte pour toutes ces aventures. À toutes nos bêtises d'enfance secrètes, à nos voyages sac à dos, à nos rires à s'en tenir les côtes.

À **mes frères, Alban et Gabriel**. Merci Alban d'avoir pris ton rôle de grand frère aîné et protecteur à cœur. Merci Gabriel d'avoir apporté ton calme et ta force tranquille.

A **ma belle-sœur, Houda**, je suis heureuse que tu fasses partie de notre famille.

A **ma nièce Alice**, malicieuse et rayonnante, et à tous mes futurs neveux qui j'accueillerai avec plaisir.

A **mes cousins, Axel et Bastien**, merci pour ces vacances inoubliables chez les grands-parents.

À **Loïc**, merci pour ton soutien, ta gentillesse, ta bienveillance, ta générosité, ta témérité. Tu fais toujours passer le bonheur des autres avant le tien et ne recules jamais face aux épreuves. À tes côtés la vie est plus douce. Je te souhaite le meilleur, j'espère pouvoir te combler de bonheur, à nos beaux projets à venir...

À **ma belle-famille, Carole, Serge, Sylvain, Clémence**, merci pour votre accueil chaleureux au sein de votre famille. Vous formez une belle famille et c'est beau de vous voir aussi unis. Merci Sergio pour ton investissement dans le pot de thèse.

À **mes amis Lyonnais**, la Team Grignan, c'est toujours un bonheur de vous retrouver, merci pour tout ce que nous avons partagé depuis la maternelle. Merci **Yolande** pour ces pauses dej boite de thon sur la place de Saint Genis en première année. Merci **Alexis** d'avoir toujours été présent dans les moments les plus difficiles.

À **mes amies de Lyon Sud, Alizée, Audrey, Élise, Lauriane, Marilou**. Merci Alizée d'avoir toujours les mots justes, merci Audrey pour ton sourire si communicatif, merci Marilou pour ta touche babacool. Dix ans plus tard, c'est un bonheur de pouvoir partager cette étape avec vous.

À **Denys**, merci pour tes petits plats maison, merci pour toutes tes petites attentions, merci pour toutes les fois où tu m'as reboostée, merci de me partager tes belles valeurs. J'espère que la vie te rendra cette bienveillance qui émane de toi.

À mes piliers de première année de médecine sans qui l'aventure se serait finie beaucoup plus vite. Merci **Raphaël** d'y avoir cru encore plus fort que moi. Merci **Marine** pour tes précieux conseils et tes encouragements. Merci **Antoine, Maxime et Cyrille**, vous m'aurez fait beaucoup rire.

À **mes amis de l'internat, Charlotte, Clémentine, Maria, Mathias, Nedjma, Timothée**. Merci pour les ateliers cuisine à l'internat, les sorties paddle, les sessions sport dans le couloir du 2, les parties de codenames en plein confinement. Merci Chachou d'être aussi attentive envers les personnes qui t'entourent. Merci Maria de nous apporter un ti grain de soleil réunionnais. Merci Clémentine d'être rentrée de l'autre bout du monde, je suis tellement heureuse de te retrouver après 2 ans à 15 000 km !
À **mes co-internes, Claire, Carole, Agathe, Pauline, Marie**, j'ai adoré travailler avec vous ! Merci à mes co-internes de la Réunion pour votre accueil au sein du CHOR.

À **mes amis de la Réunion, Bathilde, Jeremy, Marilou et Alice**. Merci Jerem d'avoir essayé de m'apprendre à jouer de la guitare (merci surtout pour ta patience), merci Bath d'avoir sillonné avec moi tous les sentiers de la Réunion. Sans vous, cette expérience n'aurait probablement pas été aussi géniale (et merci à la Bathmobile).

À **mes colocs** au fil des années. Merci **Maxime et Gabriel**, je garderai de beaux souvenirs de nos soirées à la coloc Paradis. Merci à mes colocs d'Aix : **Léane, Pierre, Clément** et les poules, merci pour nos soirées coloc du lundi. Merci Léane de m'avoir soutenue tout au long de ce travail.

À **mes amis d'Erasmus** que je n'oublierai jamais, **Alvaro, Nadine, Fede, Marielle, Turki**. Merci pour cette année exceptionnelle.

PLAN :

A. Introduction	page 3
I. <u>Définition et contexte historique</u>	page 3
1. Quelle définition de la pédiatrie ?	
2. L'histoire de la pédiatrie en France	
II. <u>Contexte actuel</u>	page 4
1. Aspect démographique	
2. Évolution du parcours de soin des enfants en France	
III. <u>Genèse du sujet de thèse</u>	page 9
B. Matériels et méthodes	page 9
I. <u>Choix du type d'étude</u>	page 9
II. <u>Recueil de données</u>	page 10
1. Population étudiée, stratégie d'échantillonnage	
2. Choix des entretiens semi-dirigés avec grille d'entretien	
III. <u>Analyse des données</u>	page 13
1. Retranscription	
2. Analyse	
3. Triangulation des données	
IV. <u>Démarche éthique</u>	page 14
V. <u>Méthodologie de la recherche bibliographique</u>	page 15
C. Résultats	page 15
A/ Présentation de l'échantillon, profil des parents interrogés.....	page 15
B/ description des entretiens.....	page 19
C/ Analyse des entretiens.....	page 20
I. <u>Offre de soin en pédiatrie et différentes modalités de suivi pédiatrique</u>	page 20
1. Offre de soin variée, au sein d'un système de soin français jugé de qualité par les parents	
2. Praticien unique : possible selon la disponibilité du médecin référent	
3. Suivi conjoint : critères d'orientation des parents	
4. Quelle orientation en cas d'urgence ?	
5. Adapter le suivi aux ATCD de l'enfant	
6. MG pour suppléer aux pédiatres dans le contexte de désertification des pédiatres libéraux	

II. Critères de choix et attentes des parents concernant le suivi de leur enfant	page 37
1. Recommandations d'un tiers et ressenti personnel	
2. Choix portant sur les compétences et la pratique du médecin : Professionnalisme, prise en charge globale	
3. Relation de confiance : communication, échange, réassurance, relation privilégiée	
4. Critères logistiques et disponibilité du praticien :	
5. Comportement du médecin adapté aux enfants : douceur, tact, patience, explication	
III. Vision des parents concernant le suivi par un MG, quelle place pour le MG ?	page 51
1. Le médecin de famille : uniformisation du suivi familial, suivi sur le long terme, relation privilégiée.	
2. Ressenti des parents sur les différences entre pédiatres et généralistes :	
3. Confiance versus appréhensions parentales : crainte de l'erreur diagnostic, conséquences néfastes d'une expérience négative	
4. Manque de formation des MG, implication hétérogène des MG en pédiatrie	
D. Discussion	page 72
I. Forces et limites de l'étude	page 72
1. Les différents biais	
2. Les forces de l'étude	
II. Interprétation des résultats	page 74
1. Critères de choix et attentes parentales	
2. Représentations des parents sur le suivi de leur enfant par un médecin généraliste	
3. Quelles peuvent être les pistes d'amélioration pour le suivi pédiatrique en France ?	
4. Organisation dans les autres pays européens	
5. Pourquoi si peu d'évolution depuis plus de quinze ans ?	
E. Synthèse, pistes d'amélioration	page 97
F. Conclusion	page 102
G. Bibliographie	page 104
H. Liste des abréviations	page 109
I. Annexes	page 110

A. Introduction :

I. Définition et contexte historique :

1. Quelle définition de la pédiatrie ?

La pédiatrie est une spécialité médicale qui étudie le développement physiologique de l'enfant avec un suivi précis sur les plans psychomoteur, neurosensoriel et statur pondéral, ainsi que toutes les pathologies associées, depuis la vie intra-utérine (en collaboration avec les obstétriciens), jusqu'à la période post-pubertaire où il devient adulte (1). Il s'agit, d'après la définition Larousse, de « l'approche de l'enfant dans sa globalité, avec ses acquis propres, au sein de son environnement familial et social ». Elle précise que la pratique et l'expérience pédiatriques se déroulent dans une relation triangulaire spécifique entre l'enfant, ses parents et le médecin. (2) L'enfant est défini en droit comme tout sujet âgé de moins de 18 ans (*article 1er de la Convention des droits de l'enfant*) (3).

La pédiatrie diffère de la médecine d'adultes car elle s'intéresse à un organisme en développement et en transformation permanente. Le suivi rigoureux et la prise en charge précoce du médecin ont alors un impact déterminant à la fois sur l'état de santé actuel mais également à venir de l'enfant.

2. L'histoire de la pédiatrie en France :

Le terme de pédiatrie, branche de la médecine consacrée à l'enfant et à ses maladies, n'est créé qu'en 1872. En effet, l'enfant avant le siècle des Lumières était considéré comme négligeable et les spécificités de l'enfant étaient pratiquement ignorées (4). A l'âge des Lumières, certains philosophes s'intéressent à la place sociale de l'enfant et c'est en 1837 que sera publié le premier traité français de pédiatrie par Rilliet et Barthez, intitulé « Traité clinique et pratique des maladies des enfants » (5). Cependant, peu de médecins s'intéressent à la médecine de l'enfant avant les deux guerres mondiales du XX^e siècle. Les Français Armand Trousseau et Antoine Marfan en seront des précurseurs à l'aube du XX^e siècle.

La pédiatrie a connu une émergence progressive mais accélérée sous l'effet de l'hécatombe des deux guerres mondiales. Après la seconde guerre, l'État se lance dans une politique de prévention destinée plus particulièrement aux femmes et enfants de moins de 6 ans avec la création de la sécurité sociale et de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans l'objectif de lutter contre la mortalité et la morbidité infantile (6). C'est également à cette période que sont prises des mesures essentielles au bon suivi des enfants avec la généralisation du carnet de santé délivré à la naissance et l'obligation de développer les consultations périnatales dans tous les départements. En 1945, le professeur Robert Debré créa le premier service de pédiatrie avec des soins spécifiques : c'est le début de la pédiatrie moderne.

II. Contexte Actuel :

1- Aspect démographique :

a) **Quelques chiffres clefs :**

En 2021, selon l'INSEE, 738 000 bébés sont nés en France soit une augmentation de 3 000 naissances par rapport à 2020 malgré la baisse initiale du nombre de naissances neuf mois après le premier confinement (7). Cette majoration renverse la décroissance progressive de natalité qui était observée depuis 2015. Au premier janvier 2022, les moins de 15 ans représentaient 17,5% de la population française (8).

En 2021, parmi les 198 090 médecins en activité en France, 85 364 sont spécialisés en médecine générale (soit 43.1%) (9). Ce chiffre est relativement stable en comparaison à l'augmentation récente des naissances. En parallèle, on compte actuellement environ 8 000 pédiatres (10). Pour les généralistes, la densité moyenne est de 124.5 médecins pour 100 000 habitants (9) alors que pour les pédiatres (libéraux et salariés), selon l'IGAS, ils étaient 73,9 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en 2020. Il est à noter que, dans huit départements, on dénombrait moins d'un pédiatre pour 100 000 habitants (11).

Au vu de ces effectifs, le médecin généraliste apparaît comme un acteur essentiel du suivi pédiatrique français, notamment sur les zones territoriales à faible densité

médicale. En effet, ils assurent actuellement 85 % des consultations des moins de 16 ans (12).

b) La problématique des déserts médicaux :

La désertification médicale représente un enjeu majeur de notre politique de santé depuis plusieurs années et la situation semble s'aggraver annuellement. 11,6% des Français vivent aujourd'hui dans un désert médical. En mars 2021, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère des Solidarités et de la Santé a publié un état des lieux de la démographie médicale (13). Ce dossier projette une diminution de la densité médicale en France dans les années à venir en l'absence de modification de la politique de santé actuelle.

Par ailleurs, il y est souligné que l'exercice libéral est de moins en moins attractif avec une baisse de 15% des médecins exerçant une activité libérale exclusive entre 2012 et 2021. Selon la DREES, le nombre de médecins salariés devrait augmenter au fil des années notamment en pédiatrie avec une prévision d'augmentation de 71% du nombre de pédiatres salariés entre 2012 et 2040 (14).

La répartition géographique des effectifs médicaux reste inégale sur le territoire français avec notamment une densité de médecins plus conséquente sur la moitié sud du pays et l'île de France (13). On observe une répartition spatiale plus inégalitaire pour les spécialistes en accès direct que pour les médecins généralistes. Les pédiatres et les psychiatres sont tout particulièrement concernés par cette disparité démographique.

2- Évolution du parcours de soin des enfants en France :

a) Le parcours de soins coordonné :

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant désigné la coordination des interventions des différents professionnels de santé pour un même assuré, dans un souci de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge optimale des dépenses de santé par l'assurance maladie. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières (15). Cette réforme, ayant pour objectif

premier de renforcer le rôle de coordinateur des soins du médecin généraliste, ne concernait initialement que les patients âgés de plus de 16 ans. Force a été de constater un manque de coordination dans le parcours de soins de nombreux enfants, souvent dans les milieux les plus modestes. Cela entraînait un suivi irrégulier et souvent incomplet avec des consultations obligatoires non réalisées et de possibles retards vaccinaux. Il en découlait alors des difficultés dans la mise en œuvre des mesures de dépistage précoce et de prévention nécessaires au bon développement de l'enfant (surpoids, suivi vaccinal, troubles de l'apprentissage, troubles autistiques, tabagisme, conduites à risque...).

La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, s'inscrit dans une démarche palliative à ce manque et fait de la prévention en santé une de ses priorités (16) en élargissant le parcours de soin coordonné aux enfants de moins de 16 ans. L'article 76 stipule que « pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire » (17). Le médecin traitant défini peut-être un pédiatre ou un médecin généraliste. Toutefois, il ne peut s'agir d'un médecin de PMI car ses missions sont essentiellement préventives. A la différence des patients plus âgés, une absence de déclaration ou le non-respect du parcours de soin des enfants de moins de 16 ans n'est pour le moment pas pénalisé par une réduction du taux de remboursement de l'assurance maladie.

b) Quelle efficacité du système actuel ?

De la naissance à ses 16 ans, chaque enfant bénéficie de 20 examens de santé pris en charge à 100% par l'Assurance maladie permettant de faire le point avec le médecin sur sa croissance et son développement (18). Ces examens peuvent être assurés par un médecin généraliste, un pédiatre ou, jusqu'à ses 6 ans, par un médecin d'un Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (19).

Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF entreprend des recherches visant à améliorer la compréhension des questions liées aux droits de l'enfant partout dans le monde (20). Il publie en particulier un bilan annuel concernant le bien-être des enfants dans les pays riches. En 2020, ce rapport présente un classement des pays

de l'union européenne et de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) en fonction de la santé mentale et physique des enfants ainsi que de leurs compétences scolaires et sociales en s'appuyant sur des données antérieures à la COVID-19 (21). Ce rapport place les Pays-Bas, le Danemark et la Norvège en tête des 38 pays de l'UE et de l'OCDE en matière de bien-être des enfants (bien-être mental, santé physique et compétences scolaires et sociales). La France occupe la 7eme position mais le rapport pointe du doigt les disparités et les fragilités du système français. En effet, la France n'apparaît qu'en 18e position concernant la santé physique des enfants. Cela peut s'expliquer en partie par le taux national d'obésité important avec 30% de jeunes âgés de 5 à 19 ans en surpoids ou obèses. La situation est également précaire en matière de couverture vaccinale : la France se situe en dernière position du classement au regard du pourcentage d'enfants ayant reçu leur deuxième dose du vaccin contre la rougeole (dans 40 des pays étudiés (tous sauf l'Irlande), la couverture vaccinale pour la rougeole est en moyenne de 91 % avec seulement 80 % en France)).

c) La pédiatrie de nos jours et les enjeux pour l'avenir :

En 2006, le rapport Sommelet intitulé "L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé" analysait l'état de santé des enfants et adolescents en France (22). Des progrès médicaux en termes de prévention, dépistage précoce et traitements ont permis d'améliorer l'état de santé physique des enfants et adolescents. Toutefois, ce rapport soulignait déjà certains points problématiques comme la situation démographique des pédiatres et plus particulièrement leur répartition géographique sur le territoire, la coordination insuffisante entre les différents acteurs de santé et les actions de prévention entreprises. On notait alors déjà une situation d'inégalité sur le plan national et régional. Le rapport préconisait une rationalisation de l'organisation de la politique de prévention et de protection de l'enfance.

Depuis 2006, les problématiques démographiques en matière de pédiatrie ambulatoire se sont majorées malgré la discrète augmentation du nombre de pédiatres formés. Le Syndicat National des Pédiatres Français (SNPF) est alarmant sur le devenir de la pédiatrie libérale et réclame « un plan de sauvetage de la pédiatrie

libérale » (23). Lors d'un communiqué de presse en 2020, il dénonçait le manque d'effectif des pédiatres en France en comparaison aux autres pays européens (un pédiatre pour 6 000 enfants en France contre une moyenne européenne de un pédiatre pour 1 500 enfants, la France occupe alors le dernier rang des pays européens) (24). Il évoquait aussi une perte d'attractivité de la pédiatrie. Cette spécialité est en effet de moins en moins choisie par les étudiants de médecine aux ECN (Épreuves Classantes Nationales) (25).

Le Ministre des Solidarités et de la Santé a récemment saisi l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'une mission d'évaluation des soins de santé de l'enfant en France. Le rapport de l'IGAS publié en mai 2021, avec le concours de la Pr Brigitte CHABROL, dévoile une crise des différentes composantes de la médecine de l'enfant en ville (11). La problématique démographique des pédiatres libéraux persiste (d'autant plus que 44% des pédiatres libéraux sont âgés de plus de 60 ans laissant présager une aggravation de la situation) ainsi que les inégalités de répartition sur le territoire. Le rapport souligne le rôle croissant des médecins généralistes inégalement formés à la médecine de l'enfant, la sollicitation insuffisante des professionnels paramédicaux (infirmières puéricultrices et auxiliaires de puériculture) et le manque de coordination des acteurs de santé de l'enfant. On note également un manque de connaissances des parents sur les modalités de suivi de leurs enfants (rôles des différents acteurs, examens obligatoires, médecins traitants).

Au total, ces différents rapports ainsi que les travaux récents du Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF se montrent alarmants sur la situation actuelle de la pédiatrie en France et révèlent un souci d'accès aux soins pédiatriques et aux mesures de prévention mises en place par le gouvernement pour une partie croissante de la population française. Il semble alors important de rationaliser le modèle de prise en charge des enfants et de préciser le rôle de chaque acteur.

Par ailleurs, plusieurs travaux de thèses ont précédé le nôtre. A titre d'exemple, la thèse quantitative de Marie Michel (Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : généraliste, pédiatre ou PMI ?) soutenue en octobre 2013 (26) avait pour objectif de recueillir et analyser les critères de choix des parents dans la sélection du médecin de leur enfant pour le suivi régulier de leur enfant de 0 à 6 ans. Marie Michel

jugeait qu'il serait intéressant de compléter son travail via une thèse qualitative évaluant la satisfaction actuelle et les attentes des parents concernant le suivi médical de leur enfant.

III. Genèse du sujet de thèse :

C'est dans ce contexte actuel de réorganisation du suivi pédiatrique en ville qu'a émergé notre sujet de thèse. Nous avons trouvé intéressant de nous placer du point de vue des parents et analyser leur vision du système actuel et de la place des acteurs de santé dans le parcours de soin de leurs enfants.

Notre question de recherche s'intéresse au **point de vue des familles concernant le choix du médecin généraliste en tant que médecin référent assurant le suivi médical de leur enfant. Quelles sont les motivations des parents à se tourner vers un médecin généraliste pour le suivi de leur enfant ? Atouts et inconvénients perçus par les familles d'un suivi pédiatrique en médecine générale.**

L'objectif principal est donc **d'évaluer le ressenti des parents et cibler leurs attentes quant au suivi de leur enfant, à l'origine de leur choix du médecin référent.**

L'objectif secondaire est alors de **définir des pistes d'amélioration pour la prise en charge des enfants par les médecins généralistes, afin de répondre au mieux aux attentes parentales.**

B. Matériels et méthodes :

I. Choix du type d'étude :

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative car notre objectif de recherche est d'explorer les représentations et ressentis des parents vis-à-vis des différents acteurs du suivi pédiatrique. Cela n'étant pas quantifiable, la méthode qualitative nous offrait une approche plus adaptée. En effet, elle est issue des sciences humaines et sociales et a pour but d'étudier les représentations et les comportements des individus à travers leurs vécus d'expériences et leurs perceptions. Comme le pensaient les sociologues Becker et Hugues dans les années 1950, à travers l'entretien, la société parle et se parle. (27)

La méthode qualitative, dans une démarche interprétative, se base sur un raisonnement inductif et non plus déductif. De part cette approche scientifique découlent de nouvelles hypothèses issues de phénomènes sociétaux.

II. Recueil de données :

1- Population étudiée, stratégie d'échantillonnage :

Nous avons interrogé, dans un premier temps, les parents emmenant leurs enfants consulter aux urgences pédiatriques de l'hôpital d'Aubagne. Notre choix s'est porté sur les urgences d'Aubagne car nous avons déjà été en stage dans ce service, nous en connaissions donc l'infrastructure et l'organisation et nous savions qu'une patientèle variée s'y rendait. Nous savions que cela nous permettrait de prendre contact avec des parents de différents niveaux sociaux avec des choix de prise en charge pour leurs enfants très variés et des praticiens référents différents d'un couple à l'autre. Nous souhaitons ainsi aborder les parents sans présumer du type de suivi choisi pour leurs enfants afin d'avoir un échantillon diversifié.

Par la suite, nous nous sommes aperçues que la grande majorité des parents interrogés aux urgences avaient pour praticien référent de leurs enfants un pédiatre. Dans un souci d'égalité nous avons réalisé cinq entretiens supplémentaires dans la salle d'attente d'un médecin généraliste un mercredi matin (matinée consacrée aux consultations pédiatriques dans son cabinet).

Ainsi, nous avons réalisé un échantillonnage en variation maximale (différentes catégories socio-professionnelles, zones géographiques, différents praticiens référents pour leurs enfants...)

Nous avons recruté les parents qui attendaient dans la salle d'attente des urgences pédiatrique via une brève présentation de notre étude et un premier formulaire d'information succinct leur a été distribué (*Cf annexe 1*).

Ensuite, nous avons profité des périodes d'accalmie pour réaliser les entretiens auprès des parents souhaitant participer et répondant aux critères d'inclusion/exclusion. Si l'attente aux urgences était encore longue, nous utilisions l'ancienne salle de jeu des urgences, condamnée depuis la pandémie du COVID-19, et réaménagée pour permettre de conduire un entretien au calme. Si l'enfant était déjà pris en charge par les médecins, nous attendions la fin de cette prise en charge et nous entretenions avec les parents dans les « box de surveillance » où les parents et l'enfant restent parfois plusieurs heures (en l'attente de résultats biologiques, de réhydratation, etc.) Cela nous a permis d'être dans un lieu calme sans dérangement extérieur pour échanger avec les parents au sujet du suivi de leur enfant et qu'ils développent librement leur expérience personnelle.

Concernant les cinq entretiens conduits auprès des parents consultant leur médecin généraliste, l'approche a été la même : brève introduction du sujet et distribution du formulaire d'information dans la salle d'attente puis conduction des entretiens des parents souhaitant participer et répondant aux critères d'inclusion/exclusion durant l'attente avant leur rendez-vous (nous les avons interrogés avant leur rendez-vous pour éviter une quelconque interférence du praticien). Cette fois, les entretiens se déroulaient dans une salle adjacente à la salle d'attente, au calme également.

Lorsque les parents étaient en couple, nous demandions parfois à l'un des deux parents de s'occuper de l'enfant tandis que nous nous entretenions séparément avec l'autre, cela dépendait de l'âge et l'état de l'enfant (endormi, agité...). La plupart du temps, l'enfant était présent lors de l'entretien mais cela n'a pas entravé le déroulé de nos discussions.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Parents d'un ou plusieurs enfant(s) âgé(s) de 0 à 16 ans consultant aux urgences pédiatriques d'Aubagne ou en cabinet de médecine générale pour leur(s) enfant(s) ;
- Enfants de droit français

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Proches, amis, nourrices, grands-parents ou autres membres de la famille consultant pour un enfant qui n'est pas le leur ;
- Situation d'urgence réelle ou ressentie comme telle ne permettant pas aux parents de réaliser un entretien avec un tiers.

Une fois les critères d'inclusion et d'exclusion vérifiés, nous réitérions nos explications quant à notre étude, son déroulement, les droits des participants et leur donnions la possibilité de poser des questions. Les parents recevaient un nouveau formulaire de consentement écrit puis une fiche d'identification portant sur leur situation socio démographique (âge, profession, résidence rurale ou en ville, nombre d'enfants...). (Cf *Annexe 2*)

2- Choix des entretiens semi-dirigés avec grille d'entretien :

Nous avons recueilli nos données par entretiens semi-dirigés. Cela permet aux sujets interrogés de livrer leur expérience et leur ressenti et à l'investigateur de les guider en ce sens. Nous avons tout d'abord établi un guide d'entretien commun contenant principalement des questions ouvertes (Cf *annexe 3*). Cela laisse aux parents plus de liberté d'expression. Par exemple : « comment avez-vous choisi le médecin référent de votre/vos enfant(s), quelle est votre expérience personnelle ? » ; « Que pensez-vous du suivi pédiatrique en médecine générale ? » ; « Qu'attendez-vous du médecin qui suit votre enfant ? » ... Cette grille fut modifiée avec quelques reformulations au bout du 14ème entretien pour faciliter au mieux la communication avec les parents et leur compréhension (Cf *annexe 4*).

Lors de la réalisation des entretiens, nous avons veillé à être les plus objectives possible pour ne pas influencer la personne interrogée. L'enquêteur se doit d'adopter une attitude ouverte et bienveillante, sans conseil ni jugement. Nous avons suivi la trame du guide d'entretien et avons parfois eu recours à la reformulation pour bien saisir les propos énoncés. Il était également important de savoir respecter les silences.

Nous avons procédé à des enregistrements audios à l'aide du dictaphone d'un smartphone après accord préalable des parents. Cela permet d'avoir un échange plus interactif, non gêné par la prise de notes et d'être plus attentif aux réponses non verbales afin de les retranscrire et donner sens aux propos des parents.

III. Analyse des données :

1- Retranscription :

Nous avons retranscrit les entretiens mot par mot, dans leur intégralité, sans reformulation, afin de rester le plus fidèle aux idées exprimées par les parents. Nous avons utilisé le logiciel Microsoft WORD 2020. Des didascalies ont été précisées pour apporter des informations contextuelles complémentaires et ne pas méconnaître les données apportées par le langage non verbal. Les entretiens étaient retranscrits dans le plus bref délai après le déroulé de l'entretien pour l'avoir mieux en mémoire et n'omettre aucun détail. La retranscription était donc réalisée par l'interne présente au cours dudit entretien. Après retranscription exacte, nous avons anonymisé l'intégralité des données et les enregistrements audios ont été supprimés.

2- Analyse :

Nous avons analysé les propos des parents de façon inductive selon l'approche dite de théorisation ancrée, décrite en 1967 par les sociologues Glaser et Strauss (28)

Nous avons départagé les entretiens par citations appelées « verbatim » puis, en analysant chacun des verbatims individuellement, nous avons procédé à un codage

thématique puis expérientiel. L'analyse a été réalisée au fur et à mesure du recueil de données afin de dégager les idées émergentes. Nous avons réalisé ce codage manuellement à l'aide du logiciel Microsoft Word 2020. Ensuite, nous avons conceptualisé les thèmes émergents en utilisant un code couleur par catégorie pour enfin les mettre en connexion via une analyse axiale, mettant en évidence des concepts. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel et nous avons réalisé une carte heuristique manuelle.

3- Triangulation des données :

Travailler en binôme dans une recherche qualitative représente un avantage conséquent, notamment lors de l'analyse des données. Cela nous a permis de réaliser pour chaque entretien, une double analyse, à la fois par l'interne présente lors de l'entretien, ce qui peut possiblement induire d'un biais d'interprétation, et également par l'interne non présente qui est alors plus objective. Nous avons donc analysé indépendamment les 30 entretiens puis mis en commun nos résultats par la méthode de triangulation des données, permettant de renforcer la fiabilité de l'étude en réduisant l'impact de l'observation et de l'interprétation.

IV. Démarche éthique :

Nous avons pris en compte le respect des règles éthiques avec une présentation systématique de l'étude aux participants puis un recueil écrit de leur consentement via un formulaire d'information et de consentement. Ce consentement était révocable à tout moment de l'étude, nous les en avons informés. Nous leur avons assuré l'anonymisation de leur propos et la destruction de nos enregistrements après retranscription anonymisée. Ainsi, notre projet de recherche ne relevait pas du RGPD et n'a pas nécessité de démarche auprès de la CNIL. S'agissant d'une étude d'opinion, notre recherche ne relève pas de la réglementation sur la recherche médicale impliquant la personne humaine et n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé.

V. Méthodologie de la recherche bibliographique :

Une recherche bibliographique a été réalisée en amont de la formulation de la problématique afin de connaître les thèses et études déjà réalisées à ce sujet et de s'imprégner au mieux du contexte actuel et des enjeux d'avenir. Nous avons poursuivi ce travail de recherche bibliographique lors de la rédaction pour dresser un bilan complet de l'évolution de la pratique de la pédiatrie en France et être exhaustives sur les problématiques soulevées actuellement.

Le travail de recherche bibliographique a été réalisé via différentes sources :

- A partir de bases de données scientifiques : le catalogue SUDOC (catalogue du Système Universitaire de Documentation, catalogue collectif français réalisé par les bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche), PUBMED, le CAIRN pour les sciences humaines, le portail documentaire de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine Aix-Marseille. Ces bases de données nous ont donné accès essentiellement à des thèses de médecine, des articles scientifiques.
- La littérature grise : le site de l'UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance) pour les rapports INNOCENTI, Légifrance pour les textes de loi, le site de la HAS (Haute Autorité de Santé), le site de l'assurance maladie Ameli.fr, le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le site du ministère de la Santé et des solidarités, les sites de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) et de la DREES (direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) pour les données démographiques.

C. Résultats :

A/ Présentation de l'échantillon : profil des parents interrogés :

Nous avons réalisé 30 entretiens et avons ainsi inclus 30 parents.

- **Répartition par sexe** : Notre échantillon était très majoritairement féminin car composé de 26 femmes pour 4 hommes soit 87% de femmes. Cela peut

s'expliquer par le fait que les femmes accompagnent le plus souvent leurs enfants en consultation.

- **Répartition par âge** : La population étudiée était jeune et, en parallèle, parents d'enfants le plus souvent encore en bas-âge. Cela peut s'expliquer par le fait que la majorité des parents recrutés se trouvaient aux urgences pédiatriques et on sait que la plupart des consultations aux urgences concernent les nourrissons de moins de 2ans. (29)

43% des parents se trouvaient dans la tranche d'âge 25-30 ans ; 33 % entre 30 et 35 ans et 17% se situaient entre 35 et 40 ans. Seuls 2 parents avaient plus de 40 ans et tous avaient au moins 25 ans.

77% des parents interrogés avaient au moins un nourrisson âgé de 2 ans ou moins.

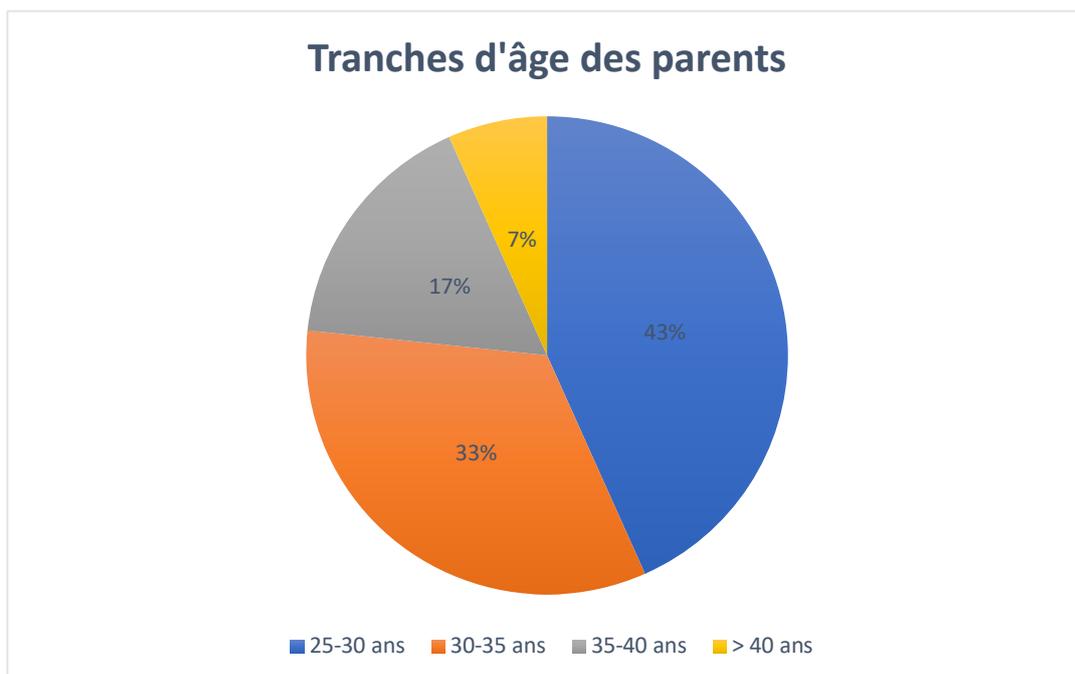


Figure 1 : Tranches d'âge des parents

- **Répartition socio-économique** : l'échantillon était hétérogène avec des professions variées.

- **Répartition géographique** : une majorité de parents étaient citadins puisque 50% vivaient en ville (15 parents) ; 30% en semi-rural (9 parents) et 20% à la campagne (6 parents).
- **Répartition des praticiens référents pour le suivi de leurs enfants** : une majorité des parents interrogés avaient pour médecin référent un pédiatre. C'était le cas pour 16 parents soit 53% de l'échantillon. 6 parents avaient un suivi conjoint réparti entre le pédiatre ou la PMI et le médecin généraliste (MG), soit 20% d'entre eux. Enfin, 8 parents avaient opté pour le suivi médical par un médecin généraliste, cela représentait 27% de l'échantillon. Une hypothèse pour expliquer cette répartition serait l'offre de soin pédiatrique plus importante en ville avec une majorité de parents citadins dans notre étude.

Parent	Sexe (F/H)	Tranche d'âge	Lieu d'habitation	Profession	Nombre d'enfants	Age des enfants	Praticien référent
N°1	F	25-30 ans	13 Ville	Aide-soignante	1 enceinte	2 ans ½	Pédiatre
N°2	F	>40 ans	13 Ville	Comptable	2 enfants	8 – 12 ans	Pédiatre (+ MG)
N°3	F	25-30 ans	13 Campagne	Aide-soignante	1 enfant	3 ans	Pédiatre (+ MG)
N°4	F	30-35 ans	13 Ville	Policier	3 enfants	20 mois – 7 et 13 ans	Conjoint Pédiatre, MG, PM, spé
N°5	F	30-35 ans	13 Ville	Infirmière	1 enfant	15 mois	Pédiatre
N°6	F	35-40 ans	13 Ville	Consultant	1 enfant	18 mois	Pédiatre
N°7	F	25-30 ans	13 Ville	Étudiante infirmière	2 enfants	1 mois – 3 ans	Pédiatre
N°8	H	35-40 ans	13 Semi-rural	Conducteur de bus	1 enfant	3 ans	Conjoint PMI, MG, Pédiatre
N°9	F	> 40 ans	13 Semi rural	Agent de tourisme voyage	1 enfant	2 ans	Conjoint MG - Pédiatre
N°10	F	30-35 ans	13 Campagne	Professeur dans le secondaire	1 enfant	14 mois	MG (+ spé pédiatrique)
N°11	F	25-30 ans	13 Campagne	Étudiante infirmière	1 enfant	1 an	MG

N°12	F	35-40 ans	13 Campagne	Agent administratif hospitalier	1 enfant	2 ans	MG
N°13	F	25-30 ans	13720 Semi-rural	Directrice adjointe de magasin	1 enfant	4 mois	MG
N°14	F	30-35 ans	13 Campagne	Gendarme	1 enfant	13 mois	Conjoint MG - pédiatre
N°15	F	30-35 ans	13 Semi-rural	Infirmière	2 enfants	10 jours, 3 ans ½	Conjoint MG - pédiatre
N°16	F	25-30 ans	13011 Ville	Esthéticienn e	1 enfant	8 mois	Pédiatre (+ PM)
N°17	F	25-30 ans	13012 Semi-rural	Dentiste	2 enfants	4 et 7 ans	Pédiatre (+ PM)
N°18	F	25-30 ans	13012 Ville	Agent des écoles	1 enfant	2 ans	Pédiatre
N°19	F	30-35 ans	13 Semi-rural	Agent immobilier	1 enfant	2 ans	Pédiatre
N°20	F	30-35 ans	13400 Ville	Sans emploi	4 enfants	3-7-10-11 ans	MG
N°21	F	30-35 ans	13 Ville	Sans emploi	5 enfants	4 mois, 4-5-7-8-10 ans	MG
N°22	F	35-40 ans	Semi-rural	Professeur	2 enfants	4 et 9 ans	Pédiatre (+ PM)
N°23	F	25-30 ans	Campagne	Assistante RH	1 enfant	5 mois	MG
N°24	H	25-30 ans	13 Ville	Agent de service	2 enfants	23 mois - 4 ans	Pédiatre
N°25	H	30-35 ans	83 Semi-rural	Dentiste	2 enfants	14 mois et 2 ans	Pédiatre
N°26	F	25-30 ans	13 Ville	Manutentionnaire	2 enfants	9 mois - 2 ans	Pédiatre
N°27	F	25-30 ans	13 Ville	Médecin	1 enfant	4 mois	MG
N°28	F	30-35 ans	13 Semi-rural	Banquière	1 enfant	6 ans	Conjoint MG – pédiatre puis MG exclusif
N°29	F	25-30 ans	13 Ville	Sans emploi	1 enfant	18 mois	Pédiatre
N°30	H	35-40 ans	13 Ville	Référent opérateur compagnie aérienne	3 enfants	2 -3 – 4 ans	Pédiatre

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée.

B/ Description des entretiens :

La période de recueil des données s'est étendue de janvier à février 2022 soit 2 mois de recueil au total. La durée des entretiens était de 7,5 minutes en moyenne et de 15 minutes au maximum. Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à arriver à saturation des données, soit au total 30 entretiens représentant un cumul de 3 heures et 52 minutes d'enregistrement audio. Nous avons réalisé autant d'entretiens car malgré beaucoup de redondance, il y avait toujours une idée nouvelle qui émergeait des dernières entrevues.

	Investigateur	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
Entretien n°1	Clémence Vilette	Urgences pédiatriques Aubagne	7min16
Entretien n°2	Clémence Vilette	Urgences pédiatriques Aubagne	10min06
Entretien n°3	Clémence Vilette	Urgences pédiatriques Aubagne	5min46
Entretien n°4	Clémence Vilette	Urgences pédiatriques Aubagne	8min42
Entretien n°5	Clémence Vilette	Urgences pédiatriques Aubagne	8min38
Entretien n°6	Clémence Vilette	Urgences pédiatriques Aubagne	8min22
Entretien n°7	Clémence Vilette	Urgences pédiatriques Aubagne	6min11
Entretien n°8	Clémence Vilette	Urgences pédiatriques Aubagne	7min51
Entretien n°9	Clémence Vilette	Urgences pédiatriques Aubagne	14min29
Entretien n°10	Clémence Vilette	Cabinet de médecine générale	4min45
Entretien n°11	Clémence Vilette	Cabinet de médecine générale	5min27
Entretien n°12	Clémence Vilette	Cabinet de médecine générale	4min53
Entretien n°13	Clémence Vilette	Cabinet de médecine générale	9min35
Entretien n°14	Clémence Vilette	Cabinet de médecine générale	12min17
Entretien n°15	Clémence Vilette	Cabinet de médecine générale	8min35
Entretien n°16	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	9min41
Entretien n°17	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	10min56
Entretien n°18	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	9min09
Entretien n°19	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	7min19
Entretien n°20	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	6min46
Entretien n°21	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	4min04
Entretien n°22	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	9min23
Entretien n°23	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	6min35
Entretien n°24	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	4min27
Entretien n°25	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	8min25
Entretien n°26	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	6min14
Entretien n°27	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	3min46
Entretien n°28	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	8min25
Entretien n°29	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	10min
Entretien n°30	Clarisse Couve	Urgences pédiatriques Aubagne	5min05

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens.

C/ Analyse des entretiens :

I. Offre de soin en pédiatrie et différentes modalités de suivi pédiatrique

1. Offre de soin variée, au sein d'un système de soin français jugé de qualité par les parents

a) Offre médicale riche et variée :

Les parents estiment que l'offre de soin intra et extra hospitalière est variée en France:

- « *Hôpital, médecin, pédiatre, tout ce qu'il faut à Aubagne* »

Ils ont majoritairement connaissance de cette offre de soin en pédiatrie :

- « *Il y a le pédiatre et après la PMI mais sur Aubagne et du coup le médecin de famille* »

b) Prioriser les soins ambulatoires/primaires :

Les parents souhaitent prioriser les soins primaires ambulatoires pour le suivi de leurs enfants, ils accordent une importance singulière aux structures de premier recours ambulatoires :

- « *C'est vraiment en dernier recours l'hôpital je préfère plus d'abord le centre-ville enfin le pédiatre ou les médecins et après en dernier recours sauf si c'est vraiment grave je la ramène à l'hôpital quoi* »

Une des raisons évoquées est la crainte du contagement infectieux intra-hospitalier :

- « *J'évite vraiment les hôpitaux parce que je me dis c'est vraiment un lieu où il y a beaucoup d'épidémies, de bronchiolites, et j'aime pas en fait l'amener à l'hôpital et croiser d'autres virus, et au final qu'elle ait autre chose* »

L'autre raison est la peur du traumatisme infantile, l'enfant étant craintif du système hospitalier, les parents préfèrent le recours aux soins primaires :

- « *Comme elle a été hospitalisée petite ici elle est traumatisée depuis avec les médecins. Et ça commence à peine à se calmer. - Et finalement c'est le généraliste qui a su s'y prendre le mieux avec elle ? - Oui sauf qu'à la permanence c'est pas toujours les mêmes forcément. Donc quand je tombe sur elle c'est bien* »

c) Système de soins français de qualité :

Les parents interrogés estiment que le suivi médical est fiable et satisfaisant en France, avec le système de carnet de santé bien développé et précis. Ils apprécient l'organisation du suivi pédiatrique ainsi que les outils de suivi proposés :

- *« Bah je trouve que le carnet de santé est bien fait, que tous les renseignements en tant que parent on les a, c'est-à-dire en termes de date de vaccination, sur la nourriture tout ça, euh non franchement je trouve que ce que je mettrais en avant c'est que c'est bien fait. Le système est bien fait. »*

En règle générale, ils s'accordent à penser que les études médicales françaises sont de haut niveau avec médecins compétents à la fin de leurs études :

- *« Je pense que le niveau en France est vachement élevé pour devenir médecin. On ne devient pas médecin, j'sais pas en... en se disant j'ai vu de la lumière je vais devenir médecin ! Il faut vraiment des années d'études et, euh... je veux dire la confiance on l'a, ce n'est pas quelque chose qu'on se pose nous dans un pays développé comme la France. On ne dit pas je ne vais pas chez ce médecin car mon voisin il y a été hier matin il est mort quoi, ça n'existe pas quoi, je veux dire, voilà. »*
- *« Fin après tous les médecins sont bon quand même je pense »*

d) Communication insuffisante envers les parents sur l'offre de soin pédiatrique ambulatoire :

1) Informar les parents quant à l'existence de l'offre de soin pédiatrique en médecine générale :

Une des attentes des parents serait d'augmenter l'offre existante de spécialistes en pédiatrie :

- *« Plus de structures peut-être... Oui voilà plus de pédiatres. »*

Certains parents n'avaient pas connaissance de la possibilité du suivi pédiatrique par le médecin généraliste et de son aptitude à réaliser celui-ci :

- *« Déjà on ne savait pas que les médecins généralistes pouvaient prendre en charge les enfants. On n'était pas du tout au courant. Donc on s'est tournés directement en fait vers un pédiatre. »*

Une partie de l'échantillon estimait que l'initiative des MG à prendre en charge des nourrissons était hétérogène et limitée :

- *« Il y en a qui soignent les enfants d'autres qui les soignent pas. Ça dépend aussi de la volonté »*

Pour permettre aux parents de s'orienter au mieux, le MG devrait les informer s'il pratique de la pédiatrie au cabinet, et également s'il ne suit pas d'enfants.

- *« J'étais déjà suivie par le médecin généraliste et il m'a dit qu'il suivait également les enfants. Donc c'est tout naturellement en fait qu'on s'est tournés... - Donc c'est votre médecin généraliste qui a abordé le sujet ? - Oui. - Et s'il l'avait fait d'emblée, s'il vous avait dit à la naissance qu'il suivait les enfants est-ce que vous vous seriez tournés vers lui dans un premier temps ? - Oui ! oui, oui. »*

2) Informé les parents sur l'accompagnement paramédical :

Il y avait au sein de l'échantillon interrogé une grande méconnaissance des aides possibles en périnatalité (sage-femmes, auxiliaires de puériculture...). Les parents ressentaient un franc manque de communication sur l'offre de soin paramédicale de la petite enfance :

- *« Déjà le fait qu'il y ait une sage-femme qui te suivait après la naissance c'était une découverte mais après elle, elle ne m'a pas dit qu'effectivement il y avait la possibilité d'un suivi plus long, et moi j'ai pas demandé non plus. Donc s'il y avait cette option-là je ne savais pas qu'elle existait »*

Une partie des sujets se tournaient alors vers la crèche comme source d'informations :

- *« Mais du coup c'est la crèche souvent aussi, à qui on pose des questions »*

Les parents estiment que l'offre de santé pédiatrique ambulatoire est riche et variée au sein d'un système de soins Français de qualité. Une partie d'entre eux méconnaissait tout de même l'aptitude du MG à réaliser le suivi pédiatrique et la plupart n'avaient aucune connaissance des aides paramédicales. Ils déploraient un manque de communication à ce propos.

2. Praticien unique : possible selon la disponibilité du médecin référent

a) Praticien unique pour un suivi de meilleure qualité :

Avoir un praticien unique confère plusieurs avantages aux parents :

D'une part, cela permet au médecin de suivre l'évolution et le développement de l'enfant :

- *« C'est surtout que la pédiatre il la connaisse ça fait un an qu'elle les suit donc il y a un trait de suivi. Elle le voit évoluer c'est rassurant »*

D'autre part, cela permet au médecin de connaître l'état de base de l'enfant en cas d'urgence.

- *« Je voulais qu'elle soit suivie par un MG pour la disponibilité des MG, en me disant que le jour que j'ai une urgence avec ma fille au moins j'aurais plus facilement un rdv avec un MG qu'avec un pédiatre donc je voulais que le médecin qui la voit connaisse son état hors état d'urgence »*

Enfin, ils apprécient de pouvoir avoir un seul médecin référent, disponible en cas de besoin. Cela n'est envisageable que dans le cas où le médecin a suffisamment de disponibilité et de créneaux d'urgence.

- *« Qu'il soit assez disponible, dès qu'il y a un petit problème j'ai envie de dire. C'est-à-dire que nous on peut attendre, petit il a un peu plus de difficulté à attendre et on a du mal à comprendre ce qu'il peut avoir. Du coup qu'il soit suffisamment disponible et sans forcément nous avoir un rendez-vous mais au moins répondre aux questions que l'on a quand on a un souci, avoir une réponse assez rapide »*

b) Suivi exclusif par le pédiatre :

Onze parents sur trente avaient un recours exclusif au pédiatre dans notre étude.

Ce Pédiatre était le référent pour le suivi même en cas d'urgence :

- *« Même elle nous a toujours pris en urgences. Elle m'a toujours, on envoyait un message et elle nous répondait ben viens à telle heure je te vois entre deux »*

Ces parents, dans l'ensemble, pensent que lorsque le choix est possible, il faut privilégier le pédiatre au MG même si ce dernier est expérimenté. Puisque le pédiatre est spécialisé, il est indispensable au suivi de l'enfant avec ou sans facteur de risque et avec ou sans pathologie chronique :

- *« Bah forcément, après il y en a qui font pédiatre aussi. Du coup il y en a qui sont habitués avec les tous petits et tout donc oui mais après oui c'est mieux d'aller voir un pédiatre. Quand je peux, je préfère. Si j'ai le choix. »*

c) Suivi exclusif par le médecin généraliste :

A l'inverse, 7 parents interrogés avaient recours exclusivement au médecin généraliste

- *« Est-ce que vous avez eu un suivi conjoint avec un pédiatre à un moment donné ou jamais ? Non, jamais. Que le MG ! »*

Certains d'entre eux évoquaient le souhait d'un retour au modèle antérieur de suivi exclusif par le médecin de famille et citaient le mode de suivi qu'avaient les générations précédentes :

- *« ... Fin avant c'était comme ça hein ! on était suivis par notre docteur de famille hein ! donc oui, moi je pense que... (...) Peut-être le fait de vouloir revenir à... c'était pas plus mal comme c'était avant. Et ouais le fait de vouloir y revenir »*

D'autres évoquaient leur préférence envers le médecin de famille, en comparaison au pédiatre :

- *« Ah moi je préfère le généraliste, la vérité. Les pédiatres ils sont trop...(grimace) les pédiatres c'est pour les bébés. Quand ils sont grands comme ça c'est bon »*

Ils s'accordaient à penser que le MG pouvait assurer le suivi et la prise en charge globale de l'enfant et du nourrisson en bonne santé, c'est-à-dire sans pathologie chronique latente :

- *« C'était mon médecin traitant à moi de quand j'étais petite qui le suivait. Parce que tout simplement j'ai confiance en elle et que pour moi fin c'était logique que tant qu'il n'y ait rien d'anormal »*
- *« Quand il n'y a pas de problème de santé latent au long cours c'est pas nécessaire forcément d'avoir un suivi pédiatrique quand ils sont plus grands. »*

Les parents apprécient avoir un médecin référent unique qui connaît l'enfant à son état de base et suit son évolution. Il assure à la fois le suivi et la prise en charge des urgences. Cela n'est possible que si le praticien est suffisamment disponible. Quand il est disponible, le pédiatre est privilégié de par sa spécialisation tandis que le médecin de famille connu de longue date est choisi pour le suivi de l'enfant sain dans la continuité des générations précédentes.

3. Suivi conjoint : critères d'orientation des parents

a) Suivi programmé de l'enfant en bonne santé :

1) Le MG coordinateur de soins :

Dans le modèle de suivi conjoint avec le médecin généraliste, ce dernier a un rôle de coordinateur des soins. Il assure le suivi global de l'enfant et prend avis auprès des pédiatres qui ont le rôle de spécialistes en cas de besoin particulier ou d'aggravation :

- *« Ah mais quand tout va bien oui ! c'est après quand ça devient trop spécifique, mieux vaut conseiller au patient de se tourner vers des spécialistes. Je pense que oui, tous les médecins sont capables de prendre des enfants, les ausculter. Mais après dès qu'ils sont malades, qu'il y a vraiment autre chose c'est mieux de les orienter vers les spécialistes. »*

Une idée forte retrouvée dans les entretiens est que le MG n'est pas spécialiste en pédiatrie. Les parents attendent de lui de savoir détecter une anomalie en temps voulu et les réorienter vers le spécialiste approprié :

- *« Qu'il repère s'il y a une anomalie qu'il veut explorer, qu'il arrive à le repérer et qu'elle soit orienté rapidement par le spécialiste. »*
- *« Qu'il sache nous alerter quand quelque chose ne va pas et soit nous rediriger soit dire c'est plus dans ma compétence 'fin voilà. Nous alerter quand il soupçonne quelque chose »*

Le MG est en capacité de réaliser le suivi annuel et le pédiatre est consulté pour une expertise dans un domaine particulier :

- « Bon nous on vient jamais aux urgences, c'est parce que là la permanence savait pas trop, puis comme ça c'était dégradé on s'est dit on vient ici parce qu'ils sont pas pédiatre non plus, c'est des généralistes mais tous les généralistes sont censés aussi soigner les enfants hein normalement. C'est pour des question diagnostic qu'on est venu là. »
- « Le suivi de tous les ans, il pèse etc. Enfin je sais pas le généraliste peut le faire »

On remarque que la relation de confiance qu'ont les parents envers leur MG est extrapolée à son réseau de spécialistes puisque c'est le médecin généraliste qui les oriente :

- « Comme je vous ai dit c'était un peu – pause- parmi ceux qui m'avaient conseillé deux personnes en qui j'avais confiance »

Dans cette optique, les parents souhaiteraient favoriser le dossier partagé entre MG et pédiatres :

- « Le problème ça pourrait être le passage du pédiatre au MG. La transmission du dossier »

2) Pédiatre et suivi programmé :

Le pédiatre, quant à lui, est bien souvent le référent pour le suivi du développement et des vaccins. Il assure le suivi global du nourrisson et occupe une place centrale pour les parents :

- « Quand euh ben il y avait des suivis de vaccin des suivis un peu plus précis ou qu'il y avait des allergies ou quoi quand ils étaient très petits on allait tout le temps chez le pédiatre. »
- « Pédiatre c'est les rendez-vous mensuels qu'elle a en ce moment c'est tous les mois et pour les vaccins aussi »
- « Le généraliste, fin on va dire c'est global. Et ça peut pas prendre en compte tout... On va dire tous les critères c'est-à-dire les enfants, les adultes, les personnes âgées. C'est pour ça que les pédiatres c'est important que ce soit présent dans le réseau. »

Les parents sont transparents envers leur MG en cas de suivi conjoint avec un pédiatre.

- *« Je lui ai dit par contre la visite des deux ans il va aller voir sa pédiatre car elle a tenu à le voir pour les deux ans. Elle m'a dit oui oui, pas de soucis c'est normal qu'il maintienne un suivi quoi »*
- *« C'est vrai qu'il sait aussi que je vois le pédiatre régulièrement. On en a plus ou moins parlé, c'est vrai que je fais tantôt l'un, tantôt l'autre, un petit peu aléatoirement j'admets ! »*

Certains parents évoquent avoir été orientés en sortie de maternité vers le pédiatre et avoir poursuivi le suivi programmé par la suite chez celui-ci :

- *« Quand on sort de la maternité ils disent il faut voir le pédiatre sous 8jours. Et du coup les premiers rendez-vous j'en reparlais avec la pédiatre elle me redonnait les rendez-vous qui vont bien. Donc au début c'est pas que c'est machinal mais tout est déjà tracé en fait avec la pédiatre. Maintenant s'il fallait que ce soit avec un médecin généraliste ça ne me pose absolument aucun soucis. C'est juste que la voie est déjà tracée en fait avec la pédiatre »*

Le pédiatre, pour ces parents, assure les visites obligatoires du nourrisson. Il ne consulte que sur rendez-vous, planifiés à l'avance et anticipés par les parents :

- *« Alors après c'est vrai que les suivis obligatoires je les fait plutôt avec la pédiatre, machinalement. C'est vrai que il faut qu'ils la voient à telle date, je peux prendre rendez-vous deux mois avant et je sais que c'est avec la pédiatre »*

b) Orientation en fonction du degré de gravité :

La majorité des parents préfèrent consulter le pédiatre pour les pathologies qu'ils estiment plus graves. Le choix du médecin dépend du motif de consultation. Par exemple, la fièvre peut être considérée comme critère de gravité pour certains parents qui ne s'adresseront alors pas au MG :

- *« Dès que ça nous inquiète on va voir le pédiatre, »*
- *« Ouais c'est vraiment selon les critères de gravité en fait. Si je sais que c'est juste une simple rhino conjonctivite ou des maladies infantiles ça va. Mais si je vois que c'est un peu plus, là comme elle a la fièvre... »*

La plupart du temps, les parents reconnaissent les compétences du MG mais il est assimilé à la prise en charge de la « Bobologie ». Pour un certain nombre de parents, le MG n'est consulté qu'en cas de pathologie aiguë jugée bénigne.

- *« Il y avait un suivi conjoint selon ce qu'ils avaient selon si bon ben ils avaient un rhume ou quoi on allait voir le médecin généraliste »*
- *« Bah quand c'était plus général justement quand c'est des choses un peu plus bénignes où même nous on identifiait à peu près... bon on allait plutôt voir le généraliste »*

Le MG occupe donc une place secondaire en semi-urgence pour les maladies saisonnières

- *« Par exemple, pédiatre vaccin / consultation classique après MG on y va pas souvent c'est plutôt urgence tout de suite (...) le médecin généraliste quand ils sont malades mais qu'ils n'ont pas de gros symptômes »*

c) Ade de transition d'un suivi commun à un suivi exclusif par le MG :

Les parents interrogés qui avaient un suivi conjoint avec le pédiatre considéraient un âge limite, variable et propre à la représentation de chacun, à partir duquel ils basculaient vers un suivi par le MG exclusivement :

- *« Dès qu'ils ont passé un certain âge on a commencé petit à petit à aller vers le généraliste mais c'était plus une question d'âge en fait (...) on commençait un peu plus à aller vers le généraliste. Mais le pédiatre pour toutes les choses, tout le suivi quoi. Surtout les visites classiques et les vaccins quoi »*

La plupart du temps, le suivi était réalisé quasi exclusivement par le pédiatre avant les 18-24 mois et le relai était envisagé dès lors que l'enfant pouvait communiquer. Les parents accordaient beaucoup d'importance au pédiatre en période préverbale car ils étaient jugés plus compétents pour interpréter la communication complexe de l'enfant.

- *« Après je pense que plus il grandit plus il peut s'exprimer et plus il est à même de dire ce qu'il a. Alors que quand il est tout petit on a peur à chaque fois de passer à côté de quelque chose de grave quoi. Donc c'est vrai que la pédiatre elle a peut-être un œil plus... bah c'est son métier ! c'est son boulot quoi elle en a vu tellement des cas que... ils savent déceler plus de chose ils ont plus l'habitude »*

Parfois, le médecin généraliste participait au suivi conjoint dès la naissance mais en privilégiant le pédiatre pour les bébés, les nourrissons :

- *« C'est vrai que jusqu'à un an je préfère que ce soit la pédiatre qui fasse vraiment les rendez-vous réguliers. Mais après mon grand il a vu le généraliste avant un an sans aucun souci. Après c'est selon les disponibilités aussi. »*

Les personnes interrogées décrivaient une évolution des modalités de suivi au fur et à mesure que l'enfant grandit avec un suivi moins régulier pour le grand enfant :

- *« Et puis après voir le pédiatre tous les deux mois ou tous les six mois quand ils sont grands ou pour les vaccins, enfin je pense que ça suffit. Et puis après quand ils sont plus vieux de temps en temps quand elle va pas bien la ramener »*
- *« Après nous on va rarement en suivi chez le pédiatre, ça va quoi donc, elle a sept ans on y va un peu moins »*

Parfois, c'était la volonté du médecin généraliste de ne suivre les enfants qu'à partir d'un certain âge :

- *« Même il m'avait dit clairement que de toute façon les nouveau-nés, il s'en occupe pas il faut les emmener à partir d'un certain âge »*

D'autres parents attendaient plus longtemps et s'adressaient au médecin généraliste en période post-scolaire (4-5-6 ans) selon son expérimentation :

- *« Je sais pas jusqu'à trois ans... enfin j'ai envie de dire jusqu'à trois/quatre ans et puis après ça peut être un généraliste. Jusqu'à qu'il parle bien et tout quoi. Dans mon esprit c'était plus ça »*

Une seule personne a estimé que l'adolescence désignait la fin du suivi pédiatrique par le pédiatre :

- *« En terme scientifique ce serait post ado. Parce que post ado on fonctionne comme un adulte si on réfléchit dans l'absolu. Après selon l'avis du pédiatre. Jusqu'à l'adolescence c'est spécifique »*

d) Place des structures de soin autres dans le suivi :

1) Choix des maisons médicales :

Le suivi dans certaines maisons médicales était réalisé par plusieurs médecins car la présence des praticiens variait d'un jour à l'autre entraînant une démultiplication des acteurs du suivi pour les parents :

- *« C'est un centre médical en fait. Il y a plusieurs médecins dans le cabinet aussi. C'est ce qu'il s'est passé la première fois qu'on l'a amené pour l'otite c'est cabinet médical et un autre docteur qui l'a vu parce qu'elle était pas là »*

2) Place des permanences médicales de santé (PM) :

Deux parents ont exprimé le souhait de présence de permanences médicales pédiatriques qui seraient gérées par des MG :

- *« Ça serait bien qu'il y ait des permanences mais aussi pédiatrique mais que ce soit un généraliste »*

Les parents dans la globalité estiment qu'il n'y a pas de suivi actuellement dans les permanences médicales :

- *« C'est des généralistes à la permanence médicale, c'est plusieurs médecins généralistes en fait et selon les jours c'est pas toujours les mêmes et puis on voit celui qu'il y a de dispo en fait »*

3) Place de la PMI dans le suivi :

La PMI est un regroupement de professions variées.

- *« Sage-femme puéricultrices et pédiatres »*

Elle occupe un rôle de prévention à l'inverse du MG qui réalise le soin. Ainsi, quelques parents se tournaient vers la PMI pour le suivi global de leur enfant et vers le MG en cas de pathologie :

- *« Le dernier je l'emmène à la PMI, les vaccins ils pèsent et tout, mais comme ils ne soignent pas, la PMI c'est de la PREVENTION alors je les emmène au Dr si ils sont malades »*
- *« Donc je le fais suivre à la PMI et si il y a un problème je l'emmène au docteur »*

Certains effectuaient un relai en fonction de l'âge avec un suivi du nourrisson par la PMI puis un recours au MG par la suite :

- « Ils sont tout d'abord un suivi par la PMI et le médecin traitant fait le relai à partir de un an et demi - deux ans »

- Dans le modèle de suivi conjoint, le MG occupe la place du coordinateur de soins. Il assure le suivi global de l'enfant sain, détecte l'anormal et réoriente aux spécialistes adéquats le cas échéant. Le pédiatre occupe un rôle central dans les visites obligatoires du nourrisson, programmées à l'avance, le suivi des vaccins et du développement.

- Le critère de gravité définit le praticien consulté : MG est plus souvent vu en cas de pathologie aiguë, jugée bénigne par les parents.

- L'âge charnière de transition pédiatre-MG est propre à chacun mais le MG est plus souvent consulté une fois la parole acquise.

- Les maisons médicales et permanences de santé ne sont pas adéquates pour le suivi de par la démultiplication des acteurs de suivi mais offrent plus de disponibilité. La PMI a un rôle central dans la prévention mais pas dans le soin.

4. Quelle orientation en cas d'urgence ?

a) Les urgences :

En ce qui concerne les nouveau-nés, certains parents ont recours systématiquement aux urgences en cas de maladie :

- « Bon le dernier de tout façon c'est un bébé, si il est malade je vais à l'hôpital »

Pour les parents dont les enfants sont suivis par un pédiatre, la plupart consultent aux urgences pédiatriques en 1^{er} recours en cas d'indisponibilité du pédiatre s'ils sont inquiets ou en cas de gravité des symptômes perçue :

- « On l'a déjà vu le pédiatre mais c'est rare. Une fois on a réussi mais sinon on est venu aux urgences direct. »

Une personne trouvait la prise en charge aux urgences plus complète car elle offrait un accès à plus de matériel et de moyens diagnostics :

- *« On est mieux aussi on va dire. Qu'au cabinet médical avec les moyens qu'ils ont... Ici vous avez tout à disposition pour être amenés à répondre au problème qu'il va avoir, que chez le médecin généraliste... »*

b) Le médecin généraliste : recours en semi-urgence selon la gravité et la disponibilité du praticien référent :

Alors que le suivi programmé de l'enfant sain est principalement réalisé chez le pédiatre dans notre étude, le MG est souvent consulté dans les situations non programmées en cas de maladie aiguë :

- *« Alors après c'est vrai que les suivis obligatoires je les fait plutôt avec la pédiatre, machinalement. C'est vrai que il faut qu'ils la voient à telle date, je peux prendre rendez-vous deux mois avant et je sais que c'est avec la pédiatre. Par contre s'ils sont malades, sans soucis je viens voir le généraliste. Je pense qu'il y a peut-être plus de dispo avec le médecin traitant »*

Le MG occupe une place de supplément dans les cas où le pédiatre n'est pas disponible ou pour les urgences relatives :

- *« Ou alors quand elle ne peut pas nous prendre en urgence, je la ramène soit chez le médecin traitant ou alors quand elle ne peut pas des fois je l'ai ramenée dans une permanence médicale d'urgence »*

Les parents estiment donc en grande majorité que le MG est plus disponible en urgence que le pédiatre, il possède plus de créneaux d'urgence :

- *« Beaucoup plus disponible ! Voilà. C'est un médecin qui malgré son planning il va pas hésiter à vous dire de venir, de vous prendre entre deux rendez-vous, même s'il doit finir beaucoup plus tard. Non non il est toujours à disposition de ses patients, toujours »*

c) Les permanences médicales :

Beaucoup de parents ont recours aux permanences médicales pour les semi-urgences, celles-ci désengorgent les urgences :

- « *Si pour nous c'est pas assez grave pour venir ici. Enfin c'est, on estime que c'est pas assez grave pour venir ici. Sinon quand vraiment c'est grave on vient là, aux urgences pédiatriques.* »

Les permanences médicales, gérées par des médecins généralistes, sont accessible sans rendez-vous, en urgence et en soirée. Cela est attractif pour de nombreux parents :

- « *Si par exemple il est malade le week-end ou si c'est jour férié ou si...* »
- « *Pour les petites urgences souvent c'est le soir après le travail en fait que je peux l'amener donc je choisis plutôt la permanence médicale dans ce cas-là mais avant d'abord je passe un coup de téléphone quand même à la pédiatre voir si elle a pas une place en urgence et si elle a pas je vais chez le MG a la permanence médicale* »
- « *Permanence médicale dans le cadre des urgences on va en premier lieu là-bas, avec des généralistes sans rendez-vous. (...). Ceci dit à la permanence on peut attendre une heure et demi, mais c'est sans rdv, je peux y aller quand je veux parce que le problème c'est en profession libérale on a pas forcément les horaires qu'on veut et là on peut y aller jusqu'à 21h30* »

En situation d'urgence, le MG est plus disponible que le pédiatre selon les parents. Il sera consulté en cas d'indisponibilité du pédiatre pour les soins non programmés sauf en cas de gravité perçue par les parents qui privilégient alors les urgences. Les permanences médicales séduisent de nombreux parents par leurs créneaux tardifs et sans rendez-vous.

5. Adapter le suivi aux antécédents de l'enfant

a) Ne pas surmédicaliser l'enfant :

Certains parents ne souhaitent pas avoir recours aux médecins de manière trop systématique : ils veulent éviter de surmédicaliser leurs enfants :

- « *Moi après voilà bon je suis pas très très médecin c'est vraiment quand il y a besoin besoin quoi ; après sinon pour un oui ou pour un non je ne vais pas voir le docteur quoi (...) machin à chaque fois fallait mettre un médicament pour tous les petits bobos quoi et ça les habitue et ça ça m'a jamais trop trop plu. Donc voilà j'ai pas tendance à avoir recours coute que coute chez un docteur quoi* »

Dans cette optique, les parents interrogés préfèrent temporiser et surveiller l'enfant à domicile :

- *« J'attends de voir comment ça évolue. Sauf si vraiment ça dure hyper longtemps mais je ne suis pas une maman très inquiète je crois »*

Ils ont recours à l'automédication et demandent une expertise médicale ponctuelle :

- *« Qu'on s'auto soigne à la maison en médecine naturelle et après je vais voir le médecin quand vraiment il y a un truc plus grave en fait. Je n'ai pas vraiment un suivi tous les ans, quand ça va j'y vais pas forcément »*

b) Suivi médical d'un enfant ne bonne santé :

Les personnes interrogées pensaient qu'il fallait adapter le mode de suivi à l'état de santé de l'enfant. Le MG pouvait assurer le suivi d'un enfant en bonne santé et le spécialiste intervenait en cas de besoin. La majorité s'accorde à reconnaître l'aptitude du MG à suivre un enfant en bonne santé, à condition de savoir réorienter si besoin :

- *« Quand il n'y a pas de problème de santé latent au long cours c'est pas nécessaire forcément d'avoir un suivi pédiatrique quand ils sont plus grands. (...) Éventuellement, si besoin-est de réorienter vers le pédiatre je pense selon la maladie au long cours »*

De nombreux parents avouaient ne pas réaliser de suivi régulier en cas de bonne santé de leur enfant. Ils adaptaient la fréquence du suivi à leur état de santé :

- *« Et là depuis, ça fait deux ans, bon on n'est pas allé voir de docteur parce qu'elle avait pas de problème de santé, elle était en très bonne santé. »*

En cas de pathologie chronique, les parents ont recours au spécialiste et il y a alors un suivi conjoint intra et extra-hospitalier :

- *« Et puis après à partir du moment où il a commencé à faire des crises, des bronchiolites, en fiat, ben là on a pris rendez-vous avec une pneumo pédiatre ici à l'hôpital et puis après c'est la pneumo pédiatre qui le suit en parallèle juste pour l'asthme du nourrisson »*

Le suivi pédiatrique est moins régulier chez l'enfant en bonne santé.

Le médecin référent dépend également de l'état de santé de l'enfant avec un recours au MG pour le suivi global de l'enfant sain et au spécialiste en cas de pathologie.

Certains parents sont attentifs à ne pas surmédicaliser leur enfant et espacent d'avantage le suivi.

6. Le MG pour suppléer aux pédiatres dans le contexte de désertification des pédiatres libéraux :

a) Variations démographiques :

L'offre de soin est limitée à la campagne et en semi-rural avec parfois uniquement un MG :

- *« En milieu rural (...) Médecin général, nous c'est un MG qui la suit. Je ne pense pas qu'il y ait de pédiatre, juste 2 médecins généralistes »*

L'absence démographique de pédiatres entraîne parfois le recours aux MG :

- *« Alors en pédiatrie il y avait le pédiatre mais qui n'est plus dans ma ville et a part elle sur ma ville y en a pas d'autres à ma connaissance. Et du coup je me suis dirigée vers mon médecin traitant et pour les urgences je viens ici »*

Une maman a illustré la fuite des pédiatres vers les hôpitaux par la mutation de son pédiatre référent à l'hôpital avec l'instauration d'un suivi conjoint avec le médecin généraliste mais maintien d'un lien avec le pédiatre via les consultations externe de l'hôpital pour les visites obligatoires :

- *« Même un peu déçus qu'elle soit partie ici et j'ai pas pu la garder sur ma ville parce que... J'avoue que quand il a un petit rhume je préfère l'amener à côté au médecin traitant plutôt que de venir jusque ici ça fait un peu de route... Donc j'en avais parlé quand même à pédiatre en lui disant que si éventuellement je peux l'amener chez le médecin traitant quand il n'y a pas de cas urgent on va dire, elle m'a dit oui. Euh par contre je la vois en consultation pour la consultation des deux ans parce qu'elle tenait à le voir »*

b) Cessation d'activité des praticiens et risque de rupture de soins :

Plusieurs parents ont décrit une rupture de suivi voire une errance médicale suite à la cessation d'activité du praticien référent de leur enfant ou suite à un déménagement à la campagne de la famille :

- *« Alors euh, aujourd'hui on n'en a pas un référent parce ce que celui qu'on avait a arrêté la médecine générale (...) Quand il est parti ça a été un peu difficile. On n'a pas de gros problème de santé donc on n'est pas restés... On s'est pas dit tout de suite il faut choisir quelqu'un quoi. Donc depuis c'est bah ça reste, on en est restés la quoi. »*

Certains ont dit avoir changé leur mode de suivi pédiatrique pour un MG devant le départ de leurs pédiatres non remplacés. En cas de MG non remplacés, ils s'orientaient vers la permanence médicale :

- *« Quand c'est hors horaire du pédiatre/qu'il a plus de place je vais à la permanence médicale, parce qu'il manque clairement de médecins là où je suis. Beaucoup de départ à la retraite et pas de remplacement donc c'est compliqué. Mon médecin a dû arrêter pour des raisons de santé donc je vais à la permanence médicale. Les médecins du coin ne prennent plus de nouveaux patients et donc tous les médecins qui ont arrêté, toute la patientèle se retrouve obligée de se rabattre sur les permanences ou alors passer avec un peu de chance... »*

Des parents proposaient une prise en charge des pathologies bénignes de l'enfant par les MG pour faire face à la pénurie de pédiatres :

- *« Sur la médecine générale de l'enfant standard, pas forcément les trucs très recherchés mais par exemple si demain les pédiatres sont saturés (parce que les pédiatres sont tous saturés) (...) Peut-être pour les MG s'occuper de la base chez les enfants quoi, les gastros, les bronchites... »*

c) Charge de travail du pédiatre :

Selon les parents, les pédiatres sont peu disponibles du fait du rythme très soutenu des consultations et de leur surcharge de travail. Ils associent leur charge de travail au refus de créneaux d'urgence ou de nouveaux patients et donc à une rupture de suivi médical :

- *« Elle ne voulait pas forcément nous la prendre parce que je pense que en fait son planning était complet qu'elle ne pouvait pas la prendre entre deux rendez-vous et ...*

elle nous a bien fait comprendre que c'était pas le moment d'appeler, voilà qu'on la gênait plus qu'autre chose. Du coup on a changé de... on a préféré arrêter avec elle. »

- *« Ils ont trop de suivi classique et du coup...moi je sais qu'une fois j'avais appelé bon il m'avait dit « non c'est bon c'est pas la peine » (...) ils avaient pas trop de places... »*
- *« Mais bon les pédiatres on ne peut pas les ramener aux pédiatres parce qu'ils sont remplis, si on n'est pas déjà inscrit, si je l'appelle elle me prend pas »*

Certains estiment que cette surcharge de travail du pédiatre empiète sur le relationnel en consultation :

- *« Manque de suivi aussi. Je trouvais que c'était très rapide, euh les rendez-vous c'était voilà on regarde l'enfant ; Ça va bien ? Oui ? et c'est tout. C'était assez expéditif en fait. On l'habillait et il fallait tout de suite sortir quasiment alors qu'il n'y avait pas d'échange »*

L'offre de soin pédiatrique est limitée en campagne et des départs de médecins sont non remplacés. Les parents se tournent vers le MG par absence démographique de pédiatre ou surcharge de travail de ces derniers.

II. Critères de choix et attentes des parents concernant le suivi de leur enfant

1. Recommandations d'un tiers et ressenti personnel

a) Choix par réputation / recommandations :

Une très grande majorité des parents interrogés nous ont confié avoir choisi le médecin référent de leurs enfants par avis favorables de leurs proches et de leur famille. Le bouche à oreille concernant la réputation du médecin les a nettement guidés :

- *« Par recommandation de ma belle-sœur à l'époque qui allait chez lui qui le trouvait très bien donc euh. Plusieurs personnes d'ailleurs m'avaient parlé de lui donc ça a regroupé un petit peu »*
- *« Par rapport à ma sœur. C'était celle de ses enfants donc je suis allée »*

Certains ont eu recours aux avis présents sur internet :

- « *Ce que j'ai fait c'est que j'ai reçu des échos un peu à droite à gauche, ensuite j'ai recherché par mal sur internet, j'ai regardé les avis* »

Quelques-uns ont demandé un avis au corps médical (médecin généraliste et sage-femme principalement) :

- « *Bon moi c'était du coup à travers le médecin généraliste et aussi c'était la même personne qui avait été conseillée par la sage-femme qui m'a suivie. Donc deux personnes ça m'a suffi pour le choisir* »

Une seule personne interrogée avait choisi comme praticien un membre de la famille :

- « *C'est ma cousine sa pédiatre, voilà c'est pour ça que c'est elle* »

b) Choix personnel, ressenti :

Beaucoup de parents ont abordé l'importance du premier contact médical dans leur choix de médecin. Il ne s'agissait pas d'un réel choix sur les compétences du médecin mais plutôt sur son contact humain, le ressenti personnel qu'ils ont eu avec lui :

- « *J'ai de suite accroché, sa façon de faire comment il s'est comporté a la naissance et tout, j'sais pas j'ai eu, comme un coup de cœur on va dire* »
- « *Alors à l'accouchement en fait, il y a eu le médecin de garde qui est passé et j'ai tout de suite accroché et depuis c'est le même pédiatre qui le suit dans son cabinet* »
- « *Quand je suis venue avec elle, bah il est de suite venu vers elle... Enfin il y a quelque chose qui s'est passé donc je me suis dit : Ouais !* »

Les parents choisissent majoritairement le médecin référent de leurs enfants par recommandations (des proches principalement, d'autres professionnels de santé ou via internet).

Beaucoup choisissent un médecin suite à leur ressenti positif après le premier contact.

2. Choix portant sur les compétences et la pratique du médecin : Professionalisme, prise en charge globale

a) Suivi médical de qualité :

1) Régularité du suivi :

Une idée forte était qu'ils désiraient un suivi médical de qualité pour leurs enfants avec une régularité des consultations lorsqu'ils sont en bas âge :

- *« Ben après les rendez-vous chez le pédiatre qui sont de la naissance jusqu'aux six mois tous les mois ça c'était super »*
- *« Oui voilà quelqu'un qui la connaîtrait très bien, et la suivrait souvent, tout le temps, qui la suive régulièrement. »*
- *« Un suivi régulier, une surveillance assez bien définie pour chaque pathologie »*

2) Fiabilité du suivi / Exhaustivité du praticien :

Ils estimaient le suivi de qualité lorsque le médecin avait une approche systématique de l'enfant. Ils étaient rassurés face à un médecin consciencieux :

- *« Ce que j'aimerais pas ? Que le docteur ne soit pas autant à l'écoute qu'ils le sont. Parce que pour les deux docteurs c'est vrai qu'ils regardent vraiment tout, même si je viens parce qu'il a mal au ventre ils vont faire un check up du petit entièrement. »*

La relation de confiance envers le praticien est conditionnée par une prise en charge exhaustive du médecin :

- *« C'est difficile d'avoir un médecin qui fait l'inventaire et qui laisse rien au hasard, et j'ai l'impression que lui vraiment il étudiait tout, il faisait des examens supplémentaires pour tout pour être sûr, etc. etc. et ça ça m'a rassurée. »*

Certains parents estimaient aussi que le médecin dans sa démarche exhaustive devait s'enquérir de rechercher les pathologies graves :

- *« Mais il est parti sur quelque chose d'extrêmement plus grave et il cherche vraiment »*

b) Prise en charge globale :

La quasi-totalité des sujets inclus recherchaient un accompagnement et une prise en charge globale, à savoir :

- Recherche de conseils en parentalité, éducation :

- *« Ben voilà un petit peu plus d'accompagnement sur ces choses qui ne sont pas forcément médicales. Qu'ils t'apprennent un petit peu plus à être parent un peu »*

- Approche globale par suivi des enfants et accompagnement des parents :

- *« Qu'il s'occupe... D'avoir un bon... Qu'il s'occupe bien de la petite, de nous, d'avoir des conseils, d'être bien entourés d'avoir quelqu'un de... - La globalité ? - Oui c'est ça la globalité. »*

- Avoir des informations sur les cas pratiques du quotidien :

- *« Mais des choses bêtes hein comme l'alimentation ou comment introduire certains aliments »*

- Suivi du développement complet au sens large c'est à dire élargi aux éléments en lien avec la croissance et le développement de l'enfant :

- *« Alors quand je vais chez le pédiatre j'y vais en disant on fait la visite annuelle et on voit si le développement de l'enfant est normal »*

c) Professionnalisme :

Que le médecin soit confiant, professionnel et pertinent est source de confiance pour les parents :

- *« Ben oui ! qu'ils trouvent de suite le diagnostic, qu'ils sachent où ils vont, qu'ils soient rassurants, enfin voilà ! »*

Les parents apprécient que le médecin ait un réseau de spécialiste de qualité vers qui les orienter :

- *« Déjà elle connaît beaucoup de monde. Moi le cardio-pédiatre c'est le pédiatre qui m'a dit d'aller voir ce médecin-là, dont je suis hyper ravie parce qu'il est vraiment sensationnel ! »*

Les parents sont rassurés lorsqu'ils ressentent l'implication du médecin dans son travail :

- *« J'ai senti qu'il mettait du soin à tout ce qu'il faisait c'est-à-dire que j'ai fait une chute dans les escaliers donc j'ai tourné dans les escaliers jusqu'à taper la tête en bas et j'ai*

mal partout en fait donc c'est difficile d'avoir un médecin qui fait l'inventaire et qui laisse rien au hasard, et j'ai l'impression que lui vraiment il étudiait tout, il faisait des examens supplémentaires pour tout pour être sûr, etc. etc. et ça ça m'a rassurée. »

d) Compétences du médecin et efficacité :

Une partie des sujets inclus pensent que le contact du médecin avec les enfants est important mais reste secondaire par rapport à l'expertise médicale pure du praticien :

- *« La PREMIERE chose c'est qu'il fasse son suivi correctement, les erreurs ça arrive à tout le monde mais voilà qu'il fasse son travail correctement. Si en plus il a un bon contact avec les enfants c'est encore mieux mais je préfère un médecin qui tant pis est un peu rigide qui n'a pas une bonne approche mais qui fait bien son travail plutôt qu'un très gentil mais qui fait mal son travail. »*

Ils décrivent une nécessité d'efficacité, notamment dans la prescription médicamenteuse :

- *« Si la personne est plus douce, enfin bon après faut trouver... On n'a pas forcément le choix -Pour vous la priorité c'est qu'il soit bon dans le diagnostic ? -Oui voilà oui, bon moi ils ont pas trop peur du médical donc ça va. Et puis le pédiatre, c'est pas du tout le pédiatre justement très doux, on fait le truc bim un vaccin au revoir (Ahaha) Mais c'est efficace. L'efficacité c'est bien. »*
- *« Qu'il me donne les bons médicaments »*

Les parents recherchent l'expertise diagnostique avant tout, pour éviter une errance diagnostique :

- *« Qu'ils trouvent de suite le diagnostic, qu'ils sachent où ils vont, qu'ils soient rassurants, enfin voilà ! »*
- *« J'aimerais que ce soit mieux qu'il y ait une meilleure prise en charge, oui ce serait bien. Par exemple en ville on m'avait pas proposé le patch avant les vaccins. On m'a piqué direct oui bah je savais que ça existait ça donc je l'ai acheté moi-même et voilà oui c'est pas optimal mais on fait comme on peut ce qu'on veut c'est avoir le diagnostic. »*

Au total, la priorité est donnée au bon suivi médical rigoureux et exhaustif. Ils souhaiteraient ne pas devoir revenir sur une problématique :

- « *Tant qu'il est bien suivi, que les choses sont bien ciblées, de pas revenir plusieurs fois sur la même problématique* »
- « *Qu'il prenne soin d'elle, que tout se passe bien qu'elle grandisse très bien* »

Les parents recherchent avant tout un bon suivi médical, régulier et une prise en charge globale. Ils sont désireux de conseils et accompagnement et exigent du médecin de l'exhaustivité, du professionnalisme et de l'efficacité.

3. Une relation privilégiée :

a) **Choix d'une relation de confiance :**

1) Relation privilégiée avec le praticien :

Les parents de l'étude décrivent une relation de proximité avec le médecin référent, notamment avec le médecin généraliste qui est souvent décrit comme « accessible ». Ils apprécient de se sentir à l'aise :

- « *C'est plus « familial » quoi, c'est... C'est pas la même chose. L'aspect relationnel, oui. Vraiment. (...) j'étais plus à l'aise du coup j'arrivais un peu plus à discuter, à dire mes soucis ce qui allait ce qui n'allait pas* »

Ils décrivent une relation privilégiée et unique avec leur MG, une personne allant même jusqu'à appréhender de consulter un pédiatre simplement car il ne le connaît pas :

- « *Après voilà ça c'est mon ressenti par rapport à mon médecin traitant. Non mais je sais qu'il y en a qui changent souvent de pédiatre. Ils sont pas forcément très contents ils changent souvent de pédiatre. Du coup c'est un numéro parmi tant d'autres. Et nous j'ai l'impression qu'on n'a pas ce problème-là* »
- « *Quelles sont vos appréhensions ou vos craintes à faire appel à un pédiatre ? - Je ne le connais pas.* »

Cette relation de confiance s'inscrit dans la durée avec un médecin de famille connu de longue date :

- « *Comme elle l'a vue depuis la naissance et que j'ai confiance en elle, ben du coup je me suis orientée vers elle en tant que médecin traitant* »

- *« C'était mon médecin traitant à moi de quand j'étais petite qui le suivait. Parce que tout simplement j'ai confiance en elle et que pour moi fin c'était logique que tat qu'il n'y ait rien d'anormal »*

2) Raisons d'une telle confiance :

Le professionnalisme du médecin est source de confiance pour les parents :

- *« La PREMIERE chose c'est qu'il fasse son suivi correctement, les erreurs ça arrive à tout le monde mais voilà qu'il fasse son travail correctement »*

Ils expriment aussi une confiance dépendant de l'expertise médicale et des compétences du médecin :

- *« Ben si c'est une personne compétente on n'a pas de crainte »*

La confiance accordée au médecin est conditionnée par l'assurance qu'il dégage et par sa propre légitimité à suivre les enfants. Si le médecin se sent en capacité de prendre en charge l'enfant le fait ressentir, les parents seront rassurés :

- *« Après c'est leur métier moi je leur fait confiance. Si elle estime qu'elle peut guérir, qu'elle peut mettre un diagnostic et qu'elle est sûre d'elle moi je ne vais pas aller contre elle. Après si elle me dit j'ai un doute je préférerais que tu vois ton pédiatre... Voilà ! »*

Enfin, la relation de confiance construite avec le médecin est beaucoup basée sur leur capacité d'écoute :

- *« Après il y a aussi le feeling avec le médecin hein, si ça accroche pas... non franchement si ça accroche pas avec le médecin je vais pas retourner le voir. S'il ne m'accueille pas s'il ne m'écoute pas quand je lui dis des trucs moi j'aime bien qu'on m'écoute. Voilà pour le moment tous les médecins qu'on a été voir pour le petit ils nous ont écouté »*

b) Communication avec les parents :

1) Écoute, reconnaissance des parents :

L'attitude du médecin envers les parents doit être bienveillante. Le médecin doit être transparent, s'adapter à son interlocuteur et expliquer la prise en charge aux parents en termes simples :

- *« Des mots simples ! qu'il nous explique dans des mots qu'on comprenne nous, pas de mots compliqués, et qu'il soit efficace ! »*

Pour communiquer au mieux avec les parents, le médecin doit adopter une posture d'écoute. La relation médecin-parent est basée sur un échange équilibré avec considération de leur propos et reconnaissance de leur rôle de parents :

- *« Être à l'écoute du parent, parce que c'est vrai que des fois on décrit des symptômes et on nous dit bah elle ne tousse pas la par exemple (...). Quand je dis qu'elle tousse, bon elle tousse pas souvent mais elle tousse, ne me dites pas non. -Donc prendre en considération ce que vous dites - Tout a fait. Parce qu'on connaît nous notre enfant. »*

2) Réassurance parentale : entre inquiétude des parents et explications du médecin :

Il est important d'écouter les inquiétudes des parents pour les rassurer au mieux sans laisser de questions en suspens. Le médecin doit expliquer la suite logique des évènements et la conduite à tenir en fonction de l'évolution de l'enfant :

- *« Parce que nous parents on est très inquiets dès qu'ils ont quelque chose et bien entendu le moindre signe on se dit s'il y avait quelque chose de ce côté-là, ben si on nous en parle plus même si on l'a dit au docteur, on se dit par la force des choses c'est peut-être rien mais on a toujours dans un coin de la tête : et si ? et si ça c'était quelque chose et qu'il ait pas retenu, qu'il n'ait pas fait ... »*

Les sujets interrogés exprimaient tous un besoin de réassurance, d'autant plus chez les jeunes parents :

- *« Des fois on est inquiet depuis sa naissance jusqu'à ses un ans moi j'étais beaucoup inquiète et je sais que quand j'allais chez la pédiatre je préparais des feuilles avec une quinzaine de questions, et je sais que des fois on a pas la réponse et on s'inquiète beaucoup »*
- *« Être disponible pour les inquiétudes des jeunes parents en fait je pense parce que au moindre petit bobo des fois (...) même nous on s'inquiète pour rien alors qu'en fait*

c'est... enfin c'est normal quoi. Donc être assez disponible pour les bobos du quotidien et les attentes des jeunes parents. »

c) Recherche d'un accompagnement parental :

Les personnes interrogées auraient aimé faciliter l'accès à l'information, améliorer la communication. Divers moyens ont été évoqués : Conseils pratiques, associations de parents, brochures, groupes de parole avec partage d'expérience...

- *« Il pourrait par exemple organiser des petits groupes les soirs, des petites choses organisées avec des sages-femmes où les parents peuvent participer et que du coup on peut un peu échanger. »*

Ils ont globalement tous besoin de réponses aux questions de la vie de tous les jours. Ils demandent à être plus encadrés, notamment les jeunes parents qui sont en demande d'un accompagnement privilégié dans le cadre du premier enfant :

- *« Des fois on est inquiet depuis sa naissance jusqu'à ses un ans moi j'étais beaucoup inquiète et je sais que quand j'allais chez la pédiatre je préparais des feuilles avec une quinzaine de questions, et je sais que des fois on a pas la réponse et on s'inquiète beaucoup, c'est surtout parce que c'est le premier enfant. Quand c'est le premier enfant on est perdus on n'a pas les codes et forcément on sait pas trop. Donc parfois on s'inquiète pour rien, parfois on a peur d'y aller... Mais c'est surtout je pense pour le premier enfant c'est très inquiétant »*
- *« Au moins avoir une explication sur toutes les petites choses qu'on s'est dite qui ne sont pas normales. Surtout quand c'est le premier où on est super inquiets »*

Au-delà des réponses aux questions du quotidien, ils sont désireux de conseils en parentalité, éducation, périnatalité, alimentation...

- *« Ben voilà un petit peu plus d'accompagnement sur ces choses qui ne sont pas forcément médicales. Qu'ils t'apprennent un petit peu plus à être parent un peu »*
- *« Qu'il nous rassure sur les petites choses quotidiennes, qu'il nous accompagne dans la diversification alimentaire. »*

En l'absence de réponse du corps médical, les parents se tournent vers diverses sources d'informations et de conseils plus généraux : les amis, la famille, la crèche, internet...

- « Ben on parle à des copains, des amis, notre famille, aux parents ou on regarde sur internet. Donc on trouve un autre moyen »

Le choix du médecin est aussi basé sur la relation de confiance entretenue avec celui-ci. Dans le cas du MG, c'est une relation de confiance privilégiée et sur le long terme. Cette confiance est fondée sur l'écoute, la communication, le professionnalisme et les compétences du médecin. Les parents sont en demande d'accompagnement et de réassurance, sur le plan médical mais aussi sur les questions du quotidien.

4. Critères logistiques et disponibilité du praticien :

a) Critères pratiques / logistique :

1) Temps de consultation, possibilités des parents :

La consultation pédiatrique se doit d'être plus longue qu'une consultation d'adulte. Quelques parents décrivaient les visites de suivi du pédiatre comme plus longues et exhaustives que chez le MG :

- « Chaque année quand ils y vont la visite dure une demi-heure. Une vraie visite ou il regarde tout, je sais pas exactement mais c'est une demi-heure. »

Pour autant, quelques sujets décrivaient des consultations plus brèves par pénurie de pédiatres :

- « Autant en ville ou à la campagne ça s'enchaîne, la salle d'attente est bondée, on a pas le temps de passer du temps avec le médecin quoi. On dit ce qu'il y a, hop une ordonnance et on s'en va. J'aimerais bien qu'on passe plus de temps à discuter comment ça va etc. Mais non il n'y a plus de médecin donc NON. »

Les modalités de suivi et le choix de médecin dépendront aussi des contraintes horaires des parents qui travaillent :

- *« C'est sans rdv, je peux y aller quand je veux parce que le problème c'est en profession libérale on a pas forcément les horaires qu'on veut et là on peut y aller jusqu'à 21h30 »*
- *« Il était chargé, surchargé euh... on est pas revenu quoi on a pas repris rendez-vous parce que.. Après pareil avec le travail c'est pas évident du point de vue des horaires. »*

2) Accessibilité et proximité :

Le choix du praticien peut se faire par proximité géographique, notamment avec choix du pédiatre le plus proche :

- *« Ah bah en fait par rapport à mon domicile le pédiatre qui était le plus proche »*

Certains parents disent aussi être attentifs à l'accessibilité du cabinet l'adaptation du cabinet aux enfants :

- *« J'ai rien de problématique mis à part les places pour se garer »*
- *« Vous savez vous rentrez chez un pédiatre vous avez les jouets, ça peut être pas traumatisant d'aller chez le MG »*

3) Importance des visites à domicile :

Plusieurs parents ont pointé du doigt l'avantage de pouvoir bénéficier de visites à domicile du MG quand leur enfant est très malade. Il n'existe pas selon eux de visites à domicile du pédiatre et ils estiment que le MG plus disponible, pouvant plus facilement se déplacer :

- *« Franchement des médecins qui viennent à domicile (...) quand ils sont vraiment fracos de pas les sortir de chez eux et que ce soit le médecin qui vienne à la maison les ausculter. (...) Toujours le même truc, le médecin à domicile quand ils sont vraiment malades. Voilà »*

b) Disponibilité du médecin :

1) Choix d'un médecin disponible, pédiatre insuffisamment disponible et recours aux PM :

La disponibilité du médecin est citée comme une des exigences principales des parents et un critère fondamental dans le choix du praticien :

- *« Être disponibles je pense que c'est... enfin pour moi c'est être disponible. Pouvoir répondre assez rapidement »*

Le MG est plus disponible que le pédiatre que ce soit pour les soins programmés ou en situation d'urgence. Les parents en général craignent l'indisponibilité du pédiatre :

- *« Parce que les pédiatres, bon selon les jours prendre des rendez-vous c'est un peu plus compliqué (...) mais pour le coup c'est vrai que le généraliste il a plus de place que le pédiatre et les créneaux horaires aussi »*

L'indisponibilité du pédiatre est mise en lien avec ses compétences et sa surcharge de travail :

- *« Le problème c'est que le pédiatre est tellement bien qu'il a peu de créneaux »*

La permanence médicale offre une disponibilité supérieure aux MG libéraux. Les familles ont recours aux PM en cas d'indisponibilité du pédiatre, en cas de maladie. Certains décident même de s'orienter quasi-exclusivement vers la PM pour sa disponibilité :

- *« Mais quand j'ai un problème j'ai envie d'avoir un rendez-vous de suite. Donc la permanence elle correspond mieux »*
- *« Quand le pédiatre n'est pas disponible on va à la permanence médicale du village »*

2) Interfaces communicationnelles pour encore plus de disponibilité du praticien :

Les attentes des familles seraient une disponibilité totale du médecin via un système de messagerie instantanée, un lien possible rapidement par téléphone pour pouvoir les rassurer au quotidien :

- *« Avoir un médecin à qui on pourrait vraiment poser des questions... ce n'est pas possible même avec la pédiatre, mais peut être communiquer par mail ou je sais pas ou autre »*
- *« Si des fois on pouvait communiquer avec un médecin par mail ou par téléphone »*
- *« Avoir juste un autre système de communication pour pouvoir poser nos questions avoir quelqu'un sans forcément se déplacer »*

Les parents sont très demandeurs d'interfaces de communication immédiate. Certains suggéraient la création d'une interface de communication avec les patients numérique sécurisée instantanée pour assurer la continuité des soins (pouvant être gérée par les internes en formation au cabinet par exp.)

- *« Avec le numérique. Une sorte de messagerie instantanée. Sans appeler le secrétariat sans prendre de rendez-vous, juste j'ai ça par rapport à la dernière fois où je suis venu il y a deux jours : est-ce que ça va mieux ? peut-être moins de rupture entre le patient et le médecin (...) et l'interne peut peut-être discuter en direct avec les patients qui... ça peut être intéressant je pense. »*

Le choix de médecin dépend de critères logistiques (durée de consultation, horaires, situation géographique, visites à domicile...). Les familles attendent du médecin référent d'être suffisamment disponible et aimeraient majorer encore l'accessibilité au médecin par des interfaces communicationnelles numériques.

5. Comportement du médecin adapté aux enfants : douceur, tact, patience, explication

La prise en charge chez le MG peut être vue par certains comme plus « traumatisante » pour les enfants car leur cabinet est parfois moins adapté avec un cadre plus strict :

- *« Vous savez vous rentrez chez un pédiatre vous avez les jouets, ça peut être pas traumatisant d'aller chez le MG »*

Le médecin devra mettre en confiance les enfants en adaptant sa prise en charge et faire preuve de patience et de douceur :

- *« Que le médecin en prenne en compte que c'est un enfant : être doux, être patient, un comportement adapté à l'enfant c'est important car ça les impressionne déjà les pauvres... Voilà les mettre à l'aise savoir les approcher »*

Il convient d'adapter sa pratique au quotidien et avoir des gestes adaptés : « Douceur, bienveillance, tact, gentillesse, patience, précautions, positivité » ont été cités par les familles pour illustrer cela :

- *« Bah rein que sa façon de faire, les gestes qu'elle va avoir avec l'enfant, sa façon de rassurer euh les parents, (...) si on me met en confiance et qu'elle a des gestes doux et attentionnés avec mon fils, je laisse faire. Mais quand je vois que c'est sec et que c'est pas – pause – je stop tout quoi. »*

Pour créer un climat de confiance avec l'enfant, il est important de l'écouter, y être attentif, lui expliquer nos gestes et le rassurer :

- *« Très tendre, très douce, très, elle lui parle beaucoup elle lui explique ce qu'elle lui fait »*

Plusieurs parents ont parlé des liens précoces établis dès la rencontre de l'enfant avec le médecin :

- *« Quand je suis venue avec elle, bah il est de suite venu vers elle... Enfin il y a quelque chose qui s'est passé donc je me suis dit : Ouais ! »*

Certains ont souligné l'importance et la fragilité de la relation médecin-enfant, à préserver :

- *« Moi parce qu'ils ont vite peur du docteur après. Je ne veux pas les traumatiser des médecins après. Je veux avoir le temps de... la santé c'est important donc je veux pas qu'elle soit traumatisée »*

Les parents sont attentifs au comportement du médecin envers l'enfant et attendent du praticien d'avoir une pratique douce, bienveillante, d'écouter et rassurer leur enfant afin de créer et préserver une relation médecin-malade de qualité.

III. Vision des parents concernant le suivi par un MG, quelle place pour le médecin généraliste ?

1. Le médecin de famille : uniformisation du suivi familial, suivi sur le long terme, relation privilégiée.

a) Relation de confiance sur le long terme :

La relation de confiance du parent avec son MG est construite en amont de la naissance de l'enfant. Elle est en lien avec son propre suivi médical depuis des années :

- *« Ça a été mon pédiatre à moi. Et du coup ben il a eu le suivi mon fils mon mari (...) C'est vraiment mon médecin de famille (...) J'ai une totale confiance en lui et c'est vrai qu'il est quand même vachement disponible donc je veux vraiment que ce soit lui qui le suive quoi (...) Si demain mon MG vient à arrêter la pédiatrie, je me tournerai plus vers un pédiatre (...) Enfin j'aurais pas forcément confiance au généraliste que je ne connais pas. - D'accord. Et du coup si votre nouveau médecin traitant admettons aborde le sujet, vous dit qu'il suit des enfants et vous le propose est-ce que vous vous tournerez vers lui ? - Je pense pas. - Il vous faut vraiment une relation en amont de confiance ? - Oui oui oui. »*

Cette relation privilégiée avec le médecin de famille n'est pas extrapolable aux autres MG. Les parents confieront leurs enfants à un médecin qu'ils connaissent au préalable mais ne sont pas forcément enclins à voir un MG qui n'est pas leur médecin de famille. Certains se tourneraient vers un pédiatre si leur médecin de famille n'exerçait plus.

- *« Parce qu'il paraît suffisamment compétent et que j'ai toujours eu confiance en lui quand il y a eu un souci il a toujours été là donc je préférais aller voir quelqu'un que je connaissais déjà plutôt que d'être un nouveau patient auprès de quelqu'un d'autre »*
- *« Euh.. Ben si demain mon MG vient à arrêter la pédiatrie, je me tournerai plus vers un pédiatre. - Et pour quelle raison ? - Parce que c'est vraiment dans le domaine du bébé, de l'enfant et je... Enfin j'aurais pas forcément confiance au généraliste que je ne connais pas »*

La particularité de la relation avec le médecin dit « de famille » est une confiance aveugle des patients envers lui. Ils savent qu'ils peuvent compter sur lui et lui font parfois même plus confiance qu'à un pédiatre malgré l'expertise de ce dernier :

- *« Et surtout de la confiance. Je sais que bon bah voilà mon médecin moi je peux faire confiance. Que s'il me dit il faut faire comme ça je, sais que, il faut faire comme ça quoi »*
- *« Enfin c'est spécial parce que du coup moi c'est vrai que mon médecin c'est vraiment de la confiance absolue quoi. »*
- *« C'est que juste c'est le docteur et je voulais pas aller voir un pédiatre parce que... Bon après le pédiatre il sait ce qu'il fait aussi mais... Je sais pas, je ne sais pas comment l'expliquer. C'est une confiance ; C'est la confiance en fait »*

Avec le médecin de famille, la relation privilégiée est basée sur le dialogue et la proximité ressentie :

- *« Je suis rentrée dans le cabinet on a commencé à discuter, et rien que le fait des conseils. De suite il va donner des conseils, il va prendre le temps de chercher, de, de conseiller. Déjà rien que là je me suis sentie en sécurité, et me suis dit il n'y a pas de doute : c'est bon »*

b) Unification de la prise en charge, simplification du parcours de soins :

1) Prise en charge familiale :

Se tourner vers le MG signifie avoir un médecin référent pour toute la famille :

- *« Toute la famille va au même endroit c'est familial aussi »*
- *« De tout, de toute la famille. Et euh donc ben le choix ça a été mon père qui nous l'a conseillé et il était vraiment super quoi donc on a tous adhéré »*

Les familles citent beaucoup le lien intergénérationnel avec le MG. C'est le même médecin qui a vu grandir les parents et parfois les grands-parents et qui voit la famille évoluer :

- *« Parce que c'est mon médecin traitant. Du coup habitant toujours au même endroit il me connaît depuis toute petite, il a suivi mes parents »*
- *« C'est mon médecin de famille, par ma mère, c'est notre Docteur qui suit tout le monde »*

Le MG a une approche globale du foyer. Il peut notamment proposer un suivi conjoint mère-enfant :

- *« Et quand il l'a vue on en a discuté il m'a demandé comment s'était passé l'accouchement, la grossesse, s'il y avait eu des soucis, comment allait la petite et tout ça il s'est vachement intéressé. »*

2) Simplification du parcours de soin :

Le fait de se tourner vers le MG simplifie le parcours de soin pour les parents de par la prise en charge familiale mais aussi la gestion du suivi et des urgences :

- *« Oui j'en ai toujours eu un bon souvenir. Et je trouve ça bien parce qu'au moins il la suit de A à Z, il nous suit, et je trouve que c'est pas plus mal »*
- *« Pour nous c'est beaucoup plus simple ! »*

Une idée forte dans les entretiens concerne la disponibilité et la proximité du médecin de famille :

- *« Moi je sais qu'il n'y a jamais eu de soucis il y a toujours eu une proximité, il y avait quoi que ce soit maman elle appelait le docteur il était là, il était présent. C'est pas comme les pédiatres hein ! la dernière fois j'étais... Au début quand elle est née j'ai dû appeler trente fois pour avoir quelqu'un alors que là je sais que s'il y a quoi que ce soit, soit je passe, soit je l'appelle et il me répond quoi. Ouais, c'est la proximité ! »*

c) Importance de l'expérience en pédiatrie du médecin généraliste :

Choisir un MG avec une activité en parallèle dédiée à la pédiatrie est source de confiance pour les parents. Le suivi par le MG est possible sous réserve qu'il ait de l'expérience en pédiatrie :

- *« Moi un généraliste ça me poserait pas de problème. Enfin un généraliste qui fait des enfants, qui en a un peu. Je sais qu'il en a des biens qui font des enfants »*

Les personnes qui ont choisi de se tourner vers leur MG ont confiance en lui en raison de cette expérience :

- *« Votre médecin traitant est-il en capacité de réaliser le suivi de votre enfant ? - Oui, je pense. Entièrement même. - Pour quelle raison ? - Ben déjà je sais qu'il a pas mal d'expérience, il y a déjà ça aussi. »*
- *« Est-ce que vous pensez que votre médecin traitant est en capacité de suivre un enfant ? Bah oui ! Largement ! - Pour quelle raison ? - son expérience »*

Au-delà de l'expérience, les parents doivent ressentir l'intérêt du MG pour la pédiatrie :

- *« Et dès qu'on commence à discuter que de suite il s'est intéressé et puis il a des compétences dans ce domaine et... Et je suis restée un quart d'heure dans la salle d'attente à discuter un peu avec les gens : « il est génial ; il est top ; ma fille elle fait des kilomètres et des kilomètres pour venir le voir ; il est top avec les enfants » ; voilà rien que ça c'est énorme ! c'est... ouais ! ça fait déjà un avis. »*

Au contraire, les parents ayant choisi un pédiatre pensent que l'expérience du MG peut partiellement compenser son manque de formation mais que le suivi optimal est assuré par pédiatre :

- *« Le pédiatre sa visite il sait exactement ce qu'il faut faire parce qu'il fait ça toute la journée, le MG il regarde un peu plus le carnet mais c'est guidé par le carnet de santé quand même. Il est moins formé le MG c'est sur »*

De façon générale, les parents craignent le défaut d'expérience du MG qu'ils ne connaissent pas :

- *« Qu'il n'ait pas assez d'expérience pour les enfants, moi ce serait juste ça »*

Certains estiment que les MG plus âgés seraient plus compétents en pédiatrie de par leur plus grande expérience :

- *« Ben déjà elle a un certain âge, on voit qu'elle connaît bien son métier »*
- *« Je sais pas les nouveaux mais certainement les anciens parce que les anciens ils s'occupaient des bébés aussi »*

La confiance accordée au médecin de famille est absolue et non extrapolable aux autres MG. La relation de confiance est fondée en amont de la naissance de l'enfant et le MG propose une prise en charge du foyer dans sa globalité, simplifiant le parcours de soin familial. L'expérience du MG en pédiatrie est un critère majeur de choix.

2. Ressenti des parents sur les différences entre pédiatres et généralistes :

a) Exhaustivité et prise en charge globale :

1) Le pédiatre exhaustif :

Prise en charge du pédiatre est maximaliste en recherchant toujours des éléments de gravité sans banaliser les symptômes ou les propos des parents. Cela les met en confiance car le pédiatre ne laisse rien au hasard :

- *« Un peu comme pour nous, que rien ne soit laissé au hasard quand on leur parle quand on leur dit il y a tel tel tel, qu'ils étudient vraiment toutes les caractéristiques sans laisser quelque chose au hasard quoi »*

Le pédiatre adapte la consultation en fonction de l'âge. Il sait rechercher les problèmes spécifiques aux enfants ; il propose des consultations plus longues et plus complètes :

- *« Après moi le pédiatre je vais pas trop la voir quand elle est malade, moi quand je vais le voir c'est pour la consultation des vaccins/tranches d'âge donc forcément c'est plus poussé. C'est pas le même genre de consultation voilà »*
- *« Chaque année quand ils y vont la visite dure une demi-heure. Une vraie visite ou il regarde tout, je sais pas exactement mais c'est une demi-heure. »*

2) Le MG moins complet :

Souvent, les parents ont souligné que le MG ne remplace pas le pédiatre :

- *« Entre la pédiatre et le médecin traitant ? Bah c'est pas pareil hein ! La pédiatre on arrive elle les déshabille elle les pèse elle les ausculte de A à Z, ben le médecin traitant il ne fait pas exactement tout pareil. Enfin il va l'ausculter aussi mais c'est différent. - Il avait été moins exhaustif du coup vous trouvez ? Moins complet ? - Ouais ouais...*

Ouais c'est pas un pédiatre quoi. Alors je ne dis pas qu'il l'a mal pris en charge hein ! mais c'est pas pareil »

Beaucoup disent avoir confiance en leur MG pour la prise en charge de son enfant en cas d'urgence mais privilégieront le pédiatre pour le suivi :

- *« Je vais aller chez un MG quand il y a un problème mais je vais pas emmener mes enfants pour dire on fait la visite annuelle »*

Le MG, par manque d'exhaustivité, peut entraîner un retard diagnostic de l'enfant malade et un retard de prise en charge :

- *« Pensez-vous qu'il est en mesure de réaliser le suivi de votre fille ? -Non. La concrètement il n'a pas su voir que la petite ne prenait pas de poids. Depuis la naissance elle ne prend pas assez de poids. On aurait dû la faire suivre par un pédiatre. Depuis le début de la maternité c'est que lui qui l'a vu »*

Plusieurs parents ont évoqué le suivi limité des troubles de l'apprentissage ou du développement par le MG :

- *« Je pense que ça peut être un bâclé mais encore une fois ça dépend du généraliste. Il y a des pédiatres qui bâclent sûrement aussi mais dans la moyenne je pense que oui ils ont plus tendance à faire ça vite et à moins aller en détail et à moins cibler les trucs spécifiques aux enfants que les pédiatres. Quand on va chez le pédiatre il y a le suivi par âge, il y a des exercices qu'on leur fait faire, les vérifications c'est pas 15 minutes. »*

Le MG, consulté pour une pathologie aiguë spécifique, focalise généralement sa prise en charge à ce motif seulement sans revenir sur le reste du suivi :

- *« Après un MG c'est bien mais c'est un MG, c'est pas méchant mais on va aller le voir/donner du doliprane et ne va pas pousser plus que ça »*

Enfin, des parents redoutent que le MG ait tendance à banaliser tout symptôme :

- *« Qu'il ne soit pas spécialisé dans les enfants et qu'il généralise tout, c'est comme ça mais (...) c'est vrai que moi je préfère les emmener voir le pédiatre que le MG »*

b) Différences dans l'attitude du médecin :

1) Différences de prescriptions : Pédiatres attentistes / MG interventionnistes :

Les parents ne remarquent pas de franc désaccord en matière de diagnostic mais soulignent une meilleure antibiovigilance du pédiatre qui réalise des prescriptions plus raisonnées :

- « *Le pédiatre est plus spécialisé (...) il tendance à moins avoir recours aux ATB systématiquement (...) le pédiatre va avoir tendance à me dire, si il y a ça vous donnez ça et si dans les 48 heures c'est toujours pas réglé vous avez une deuxième ordonnance pour prendre des ATB par exemple. Donc on peut éviter la sur-médicamentation peut être* »
- « *Globalement ils ont toujours été plutôt d'accord après c'est plus des tendances à donner plus ou moins d'ATB. Les pédiatres un peu attentistes et les pédiatres interventionnistes, il y a toujours 2 catégories. C'est vrai que le généraliste a tendance ATB-Cortisone assez facile* »

En permanence médicale, ils ont remarqué que le médecin prescrivait souvent un traitement d'attaque d'emblée. Ils avaient parfois l'impression d'une surmédicalisation de l'enfant mais paradoxalement appréciaient d'avoir un traitement efficace d'emblée :

- « *Au niveau de la permanence médicale, j'ai l'impression qu'ils gèrent plutôt l'urgences et pour être de pas avoir de problème ils mettent le plus gros traitement, c'est le sentiment que j'ai. Mon pédiatre est plutôt d'accord, à chaque fois elle me dit c'était pas forcément nécessaire. L'urgence est traitée donc c'est pas grave parce qu'on sait que l'urgence est traitée donc même si il a eu un petit peu trop de médicament, au moins c'est réglé (...) Donc j'apprécie d'aller chez le pédiatre mais après la permanence elle est là et c'est vrai qu'ils vont donner de suite le traitement le plus agressif mais en même temps le problème est réglé aussi donc...* »

2) Le MG, interlocuteur privilégié mais moins spécialisé :

Le MG est jugé plus disponible que le pédiatre pour accompagner et rassurer les parents et leur offrir des réponses aux questions du quotidien :

- « *C'est pas comme les pédiatres hein ! la dernière fois j'étais... Au début quand elle est née j'ai dû appeler trente fois pour avoir quelqu'un alors que là je sais que s'il y a quoi que ce soit, soit je passe, soit je l'appelle et il me répond quoi.* »

Il y a une proximité supplémentaire et une accessibilité du médecin généraliste qui fait de lui un interlocuteur privilégié :

- « *C'est juste que le MG c'est plus simple en fait* »
- « *Je sais que s'il y a quoi que ce soit, soit je passe, soit je l'appelle et il me répond quoi. Ouais, c'est la proximité !* »

Cependant, une personne a souligné que le MG, par manque d'expérience, prodigue moins de conseils aux parents car il a moins de connaissances pratiques à leur transmettre :

- « *Les pédiatres ils ont plus l'habitude parce qu'ils font ça toute la journée quand même, que les généralistes ils font plus les adultes/les enfants plus grands. Je pense qu'ils auraient moins tendance à donner des conseils que le pédiatre, parce que le pédiatre c'est son travail quand même. Sur la nourriture...* »

3) Prise en charge du pédiatre axée-patient et répercussions sur la relation avec les parents :

Pour certaines familles, le pédiatre semble détaché des questions de vie quotidienne des parents :

- « *Mais des choses bêtes hein comme l'alimentation ou comment introduire certains aliments, des choses que du coup nous on ne savait pas trop et on avait un peu l'impression que c'était pas des questions qu'il fallait poser à une pédiatre* »

L'approche centrée-enfant chez le pédiatre peut instaurer une certaine distance avec le parent :

- « *J'étais plus à l'aise du coup j'arrivais un peu plus à discuter, à dire mes soucis ce qui allait ce qui n'allait pas. Tandis qu'avec la pédiatre j'avais l'impression qu'il y avait une barrière. Une certaine barrière que j'ai pas trouvé avec...* »

Une maman a souligné l'effet néfaste d'une attitude jugeante en consultation :

- « *Ben j'y allais j'étais stressée ! j'étais stressée... - Par la peur de mal faire ? - Oui vraiment c'est, c'est ça ! parce que vraiment à deux reprises j'ai eu deux-trois réflexions par rapport à la petite. Et en fait j'étais tellement stressée que j'oubliais la moitié, j'oubliais les vaccins, j'oubliais... ça a été une catastrophe !* »

Les consultations chez le pédiatre sont décrites comme plus formalisées, ciblées sur les pathologies de l'enfance et le versant médical strict et peuvent être moins relationnelles :

- *« Ouais la proximité. Ils étaient beaucoup plus, fin c'était un peu plus à la chaîne quoi. On était les uns derrière les autres, et là je trouve qu'il y a plus de proximité. C'est plus « familial » quoi, c'est... c'est pas la même chose. L'aspect relationnel, oui. Vraiment »*
- *« On ne fait pas parti de ces parents qui lisent des bouquins du jour au lendemain du matin au soir sur l'éducation et sur comment suivre les gamins, donc on aimerait bien que les pédiatres nous donnent un petit peu plus d'informations, et ça il ne fait pas du tout. Donc c'est vraiment juste question-réponse c'est tout. Pas trop de contextualisation, pas trop de ça c'est peut-être dû à ça mais vous pourriez faire ça aussi, c'est juste s'il y a un problème il dit la raison pour laquelle à son avis elle a ce problème-là mais il n'y a pas beaucoup, pas trop d'élaboration autour. »*

La relation en pédiatrie est tripartite puisqu'elle concerne le médecin, le patient mais aussi ses parents qui en sont indissociables. Ils ressentent le besoin d'être impliqués autant que leur enfant dans cette relation :

- *« Ils étaient très professionnels, très bien, à l'écoute de la petite, mais c'est moi qui ne me sentais pas forcément à l'aise avec »*

A l'extrême, une maman a décrit avoir ressenti un désintérêt du pédiatre pour son enfant, entraînant d'un suivi qu'elle jugeait irrégulier et incomplet :

- *« Pour les vaccins au tout début elle faisait pas forcément attention alors qu'on avait des rappels. Là par exemple au début c'était tous les mois, et elle voulait pas forcément le faire donc on n'a pas trop compris ce qu'il se passait. Mais elle a un peu changé du jour au lendemain. C'est-à-dire que le premier rendez-vous ça s'était très bien passé et après pas du tout. Comme si elle voulait plus suivre notre fille... Alors qu'elle n'a pas de problème de santé, rien du tout hein ! mais... (écarte les bras signe d'incompréhension) »*

4) Le contact avec les enfants n'est pas le même :

Une attitude positive est favorable à une bonne relation avec l'enfant. Cela était plutôt décrit avec le pédiatre car ils ont un contact plus facile avec les enfants. A l'inverse, les MG peuvent être maladroits avec les bébés par manque d'habitude :

- « C'est sûr qu'un pédiatre il a quand même plus l'habitude, de s'occuper des enfants, les bébés pour les manipuler tout ça qu'un généraliste. (...) Surtout quand ils sont tout bébé, parce que quand ils sont tout bébé ils ont l'habitude quand même les pédiatres alors que les généralistes un peu moins quand même, forcément ils sont pas spécialisés -Vous les sentez plus maladroits ? - Oui, même si ils sont quand même gentils avec elle tout ça mais on sent qu'ils ont quand même moins l'habitude des bébés »

Certains parents ont souligné l'impatience du MG avec les enfants notamment en permanence médicale :

- « La pédiatre elle a l'habitude des enfants je pense, de se comporter avec des enfants et puis à la permanence médicale je pense que le médecin il enchaîne il en peut plus et à la fin on dirait que on le ... on le fait chier on l'embête quoi ! »
- « Dans les dispensaires, je leur aurais jamais emmené mes enfants dans les sens où ils n'ont aucune empathie, pas très agréables, très aigris »

En règle générale, de très nombreux parents estiment que la pratique est similaire entre le pédiatre et le MG sur le fond. Les différences notées concernent principalement la forme (l'habitude des enfants et le fait d'être plus ou moins à l'aise avec eux) :

- « Entre le généraliste et le pédiatre ? Euh – pause- non franchement non. (...) Mais après sinon, je, ouais fin j'avais l'impression qu'elles le suivaient bien toutes les deux, il a été bien suivi depuis sa naissance »
- « Bon on sent que le pédiatre a l'habitude des enfants hein ça c'est pas un secret, on sent que il a, il est peut-être plus à l'écoute et encore que non notre généraliste a vraiment été super quoi même avec les enfants donc non j'ai pas noté de grosse grosse différence »

c) **Différences en matière de compétences médicales en pédiatrie : vision hétérogène en population générale :**

1) Pour certains, le MG est compétent pour le suivi global de l'enfant sain :

Une personne a jugé les compétence égales entre MG et pédiatre :

- « Non c'est son rôle aussi, c'est comme le pédiatre, c'est les mêmes »

Une autre personne voyait en son MG un rôle d'expert de par la confiance qu'elle lui attribuait, allant jusqu'à l'interroger systématiquement même après un avis spécialisé :

- *Après ça m'est arrivé de mener mon fils aux urgences, bon c'était en week-end, mais j'ai besoin quand même de confirmation par mon médecin traitant. - Même si aux urgences il voit un pédiatre ? - Oui je vais quand même appeler mon médecin ou lui envoyer un message par la suite pour lui demander confirmation si je peux bien lui donner le traitement et tout ça*

La grande majorité des parents avaient une vision globalement positive du suivi pédiatrique en MG. Ils jugent que le suivi médical est fiable et bien cadré :

- *« Pour toutes les fois où je suis venue, j'ai eu aucun souci, c'était très bien. Le petit est toujours ressorti avec les traitements qu'il fallait, et je suis pas revenue quelques jours après. »*
- *« Que pensez vous du suivi pédiatrique en médecine générale ? Que du bien, oui oui. Non non je n'ai rien à dire »*
- *« Bah jusqu'à présent tout va bien (...) Moi pour l'instant ça va, j'ai jamais eu, quand ils sont malade c'est toujours des bons pronostics... Tout se passe bien »*

Les parents encouragent la pratique de la pédiatrie en MG :

- *« Que ce soit plus commun de voir les enfants ? parce qu'on a l'impression que petit faut voir un pédiatre et grand faut voir un médecin généraliste. Mais que finalement ils sont tout à fait formés aussi pour voir des enfants, enfin en bas âge si on peut dire »*

Une idée forte était la similitude du suivi proposé par le MG et le pédiatre :

- *« Non, bah après pfff moi à chaque fois ils m'ont dit comme le pédiatre quoi (...) Oui voilà c'est les mêmes ATB, pareil le doliprane... »*
- *« Vous n'avez pas remarqué de différences entre pédiatre et MG ? - Non parce que mon MG il est plutôt bien »*

2) Compétences hétérogènes des MG en pédiatrie :

En cas de discordance entre l'avis du pédiatre et du MG pour une même prise en charge, le MG est décrédibilisé aux yeux des parents :

- *« Par exemple une fois le généraliste il m'avait dit que c'était quelque chose ça passait donc je suis allé voir sa pédiatre et c'était autre chose. Donc du coup... »*

Une autre grande partie de l'échantillon interrogé soulignent le manque de spécialisation du MG et son manque d'expérience et estiment donc ses compétences limitées à certains domaines (les pathologies bénignes principalement) :

- *« Franchement rien ils ne manquent rien, c'est juste que voilà ils sont pas spécialisé dans l'enfant, ils sont plus générales. -Mais vous n'avez pas ressenti de différences ? -Non c'est juste qu'ils sont pas spécialisés, mais ils font des bons diagnostics »*
- *« A aucun moment j'ai pensé à aller voir un MG. C'est pas qu'il n'ont pas les compétences loin de là mais il sont beaucoup plus habitués à être avec des petits bout de choux. »*

Il y a une hétérogénéité des compétences pédiatriques parmi les MG :

- *« Et est-ce que vous pensez que chaque généraliste peut être à même de suivre les enfants ? - Non, peut-être pas tous ? - Et que faudrait-il alors, pour quelle raison ? - Être... Comment dire cela ? Avoir des bases quand même pour les enfants quoi, dans la pédiatrie »*

En PMI, les médecins ont des compétences variables d'une structure à une autre et parfois jugés insuffisantes :

- *« Avant on connaissait la PMI qui est à côté-là. Après bon, on n'est pas trop satisfaits. - D'accord, pour quelle raison ? - Ben la dernière fois que je l'ai amenée il y a trois semaines, bon ça a été... Fin classique doliprane, enfin c'était pas un suivi poussé on va dire. C'était doliprane, et sirop pour la toux et... (...) on avait un suivi sur le Marseille avant (...) et c'était bien plus poussé quoi. C'était la PMI. Mais les personnes quand-même elles étaient compétentes. »*

Certains estimaient que la qualification des médecins de campagne pouvait être inférieure mais en amélioration face à la pénurie de pédiatres :

- *« Après c'était à la campagne c'est peut-être les médecins ils étaient moins compétent dans ces zones-là et plus compétent dans la ville »*
- *« Peut-être pas parce que justement il va être habitué à voir toute sorte de personne et puis s'il y a que lui ... »*

3) La spécialisation du pédiatre : gage de compétence :

Le pédiatre est jugé plus compétent pour connaître précisément le développement de l'enfant. De par sa formation spécialisée, il est plus compétent et a une prise en charge plus spécifique à l'enfant :

- *« Mais sinon c'est vrai que pour le suivi savoir ce qui est attendu au niveau développement à tel c'est vrai que ça ...pédiatre, leur pédiatre en tout cas est très rigoureux »*
- *« Maintenant je dirais que c'est mieux d'aller voir un pédiatre parce qu'il suit un enfant il ne suit pas d'adultes donc vraiment il est ciblé que sur les enfants par rapport à un MG. »*
- *« Bah je trouve que le pédiatre, fin, il est un peu plus, je sais pas comment trouver les mots, fin sur la prise en charge je trouve qu'ils sont beaucoup plus spécifiques par rapport aux enfants en fait, que les médecins généralistes qui sont, voilà qui sont vraiment général ils sont pas vraiment... - D'accord. Moins centrés sur l'enfant ? - Ouais. »*

Les parents nous ont souvent répété qu'à l'instar d'autres spécialistes, le pédiatre travaille en pédiatrie ; « Chacun son rôle en médecine » :

- *« Je ...pense que c'est bien que les enfants voient un spécialiste, voilà le pédiatre. Après quand il y a besoin je vais voir le MG mais sinon je suis... c'est comme j'ai pas de craintes à aller voir un MG pour les problèmes de cœur mais il y a un moment il faut aller voir un cardiologue. Je pense que c'est pareil pour les enfants »*
- *« Je pense qu'il sont pas assez spécialisés dans les enfants, après faut pas généraliser pour un. Les pédiatres ils ont 3 ans de plus qu'un médecin. Moi je pense qu'un médecin qui a l'habitude de voir des adultes il faut que ce soit chacun sa spécialité à un moment donné. C'est comme un médecin il peut pas accoucher ou... Non chacun sa spécialité. Donc je pense que c'est bien d'être suivi par un pédiatre. »*

Ainsi, confier son enfant à un MG inconnu n'est pas aussi aisé que pour un pédiatre de par sa spécialisation, garantie d'une bonne prise en charge :

- *« Euh.. Ben si demain mon MG vient à arrêter la pédiatrie, je me tournerai plus vers un pédiatre. - Et pour quelle raison ? - Parce que c'est vraiment dans le domaine du bébé, de l'enfant et je... Enfin j'aurai pas forcément confiance au généraliste que je ne connais pas »*

4) Pour d'autres parents : inaptitude du MG à assurer le suivi pédiatrique :

Une minorité des parents interrogés avaient ressenti une nette différence de prise en charge et avaient une vision très négative du suivi pédiatrique en médecine générale :

- « *Entre la pédiatre et le médecin traitant ? Bah c'est pas pareil hein ! (...) C'est pas un pédiatre quoi. Alors je ne dis pas qu'il l'a mal pris en charge hein ! mais c'est pas pareil* »
- « *Moi franchement...pas du tout* »

Ils estimaient que le MG est inapte à assurer un suivi pédiatrique de qualité :

- « *Je pense pas que quand ils sont tout petit les généralistes soit aptes* »

Certains ont souligné la méconnaissance du MG du développement staturopondéral normal de l'enfant et une méconnaissance des syndromes pédiatriques divers et des troubles de l'apprentissage :

- « *Un généraliste j'aurais peur qu'il passe à côté de quelque chose parce qu'il n'est pas au fait de toutes les pathologies de l'enfance/de tous les problèmes, maintenant on diagnostique plus de chose qu'il y a 20 ans tous les « dys » etc il y a plein de nouveaux syndromes et tout ça...* »

Un mauvais suivi pédiatrique du MG, notamment un carnet de santé rempli aléatoirement peut entraîner un retard de prise en charge de l'enfant malade :

- « *Parce que les courbes n'étaient pas remplies ? -Non lui il ne les remplissait pas, il prenait les mesures de poids il ne remplissait pas les courbes. Il marquait vous savez dans le tableau avec les passages date machin/tour crânien tout ça il remplissait mais nous il disait que tout allait bien que tout se passait bien donc nous on a suivi on n'a pas cherché à remplir la courbe. Et au final depuis le début elle est en dessous de la courbe. Nous c'est notre premier avec l'allaitement on sait pas trop quelle quantité du coup on a fait confiance. Donc pour le coup on a les boules on s'est dit qu'on aurait dû la faire suivre pas un pédiatre...* »

d) Différences en matière de disponibilité :

Savoir que son pédiatre est disponible si besoin est source de confiance :

- « *Pour sa disponibilité, on a son téléphone portable au moindre souci il répondait* »

Les parents ont besoin de réassurance rapide en cas d'urgence. L'indisponibilité du pédiatre devant l'incertitude des parents lorsque leur enfant est malade est source d'angoisse importante :

- *« Et puis le pédiatre il est plein donc c'est compliqué. (...) Peut-être que les pédiatres aient plus de créneaux d'urgence peut-être parce je pense qu'ils n'en n'ont pas assez »*
- *« La disponibilité, parce que quand ils sont malades on est vite inquiet et c'est un peu compliqué niveau créneaux et tout. Ils sont vite demandés les pédiatres donc bon »*

D'une façon générale, la quasi-totalité s'accordent à trouver le MG plus disponible que le pédiatre :

- *« On y est allés quand les petits étaient malades parce que c'était long pour avoir un rdv avec les pédiatres »*
- *« Parce que les pédiatres, bon selon les jours prendre des rendez-vous c'est un peu plus compliqué (...) mais pour le coup c'est vrai que le généraliste il a plus de place que le pédiatre et les créneaux horaires aussi. »*

- Le pédiatre est jugé plus exhaustif que le MG.

- La prise en charge est globalement similaire. A noter des prescriptions plus raisonnées du pédiatre et des différences dans le comportement avec les enfants (risque de maladresse du MG par manque d'habitude).

- La vision du suivi pédiatrique en MG est hétérogène mais majoritairement positive.

- Le MG est un interlocuteur privilégié, plus accessible, mais ses compétences en pédiatrie sont hétérogènes. La spécialisation du pédiatre est gage de compétence mais sa pratique est ciblée sur le médical pur.

- Le MG est plus disponible que le pédiatre

3. Confiance versus appréhensions parentales : crainte de l'erreur diagnostic, conséquences néfastes d'une expérience négative

a) La confiance accordée au médecin :

La confiance envers le praticien conditionne l'accès au soin. Si le parent ne se sent pas en confiance, il ne confiera pas son enfant au médecin.

- *« Si je le sens pas euh je laisse pas mon enfant. (...) Parce qu'il a pas installé ce truc de confiance, il était très sec, euh je sais pas j'avais pas confiance donc quand on a pas confiance on laisse pas son enfant à n'importe qui quoi »*

De façon plus générale, certains ont parlé de leur confiance envers le corps médical et de l'acceptation de l'incertitude en santé :

- *« Ouais et puis il a fait des études pour ! Nous patients on a confiance en vous ! »*
- *« Donc si la seule crainte que je peux avoir c'est me dire bon on peut passer à côté d'un truc mais ça comme tout le monde quoi. L'erreur est humaine fin pour moi ce serait pas... c'est comme ça quoi »*

b) Craintes parentales :

1) Crainte de méconnaître une pathologie grave :

Il y a une crainte de méconnaître une pathologie grave de manière générale malgré la confiance attribuée aux médecins et la reconnaissance de leur « savoir » :

- *« Moi bien sur j'ai peur qu'on passe à côté de certaines choses »*

Cette appréhension est commune envers le pédiatre et le MG :

- *« Est-ce que vous avez les mêmes craintes quand vous allez voir le généraliste ou le pédiatre ? - Oui oui, c'est une crainte globale, je crois que tout le monde l'a en disant ben je sais pas moi je dis n'importe quoi, j'ai mal au ventre, on me dit c'est peut-être si vous avez eu la diarrhée des crampes d'estomac et puis en fait je rentre chez moi et j'ai un truc une tumeur ou un je sais pas quoi et dans la nuit je suis pas bien et j'y passe. Tout le monde a ce schéma-là qui est déjà arrivé dans l'entourage, machin, ah j'ai un peu mal à la tête je rentre chez moi et puis je fais une rupture d'anévrisme tout seul chez moi, tout le monde y pense, on sait que ça peut arriver »*

La confiance accordée au praticien entraîne une responsabilité :

- « *Nous on s'en est pas rendu compte parce qu'on a fait confiance mais ...* »

2) Crainte de l'erreur médicale, en particulier du MG :

La crainte de faire une erreur médicale concerne plutôt le médecin généraliste. Les parents redoutent les oublis, les erreurs diagnostiques :

- « *Qu'il ne soit pas compétent, c'est juste ça, nous on fait confiance pour sa santé. Juste qu'il soit apte à gérer sa santé. On ne s'est pas forcément tourné vers un pédiatre parce qu'on nous l'a conseillé on s'est dit tant qu'à faire il est sur place. C'est peut-être un tort.* »
- « *Il aurait pu, mais je préfère quand même consulter un pédiatre qui a vraiment, par rapport à l'expérience que j'ai autour de moi, j'ai le cas de plusieurs amis qui consultent uniquement chez un médecin généraliste et il y a eu quelques « OUBLIS » parce qu'ils ne sont pas spécialisés donc oui il peut suivre mais je suis bien contente d'aller chez un pédiatre. C'est un choix* »

Cette crainte est exacerbée s'il y a eu une expérience personnelle compliquée avec errance diagnostique et/ou complications médicales. L'erreur médicale d'un MG est source d'appréhensions par la suite à consulter un autre généraliste. Il y a un impact des mauvaises expériences sur l'opinion des parents et une tendance à la généralisation à tous les MG :

- « *Oui peur qu'il se trompe oui, il y en a qui se sont déjà trompés mais après (...) Bah j'y vais plus. C'est pour ça que je vous dis je préfère un pédiatre à la base* »
- « *En soit pas grand-chose parce moins j'y vais au mieux je me porte après un minimum de contrôle, un bilan quoi. Là il a 2 jours on est allé voir le MG pour un bilan il nous a dit non on fait pas de bilan à un enfant de 6ans. Donc je suis venue aux urgences. J'attends qu'il soit un peu plus compétent pour les enfants. Après je pense qu'il y en a des très bon. Le peu de fois où on est allé voir le MG c'était pas des bonnes expériences* »

En cas d'erreur médicale du MG, les parents perdent confiance en lui et regrettent de s'être tournés vers lui. Ils privilégient alors le pédiatre :

- « *Donc pour le coup on a les boules on s'est dit qu'on aurait dû la faire suivre par un pédiatre...* »

- « C'est un peu pour ça qu'on est ici parce qu'il nous a dit je veux avoir un autre avis. Il s'est rendu compte trop tard parce que quand on arrive ici on nous dit qu'il aurait dû s'en rendre compte avant donc... »

3) Crainte d'une mauvaise compréhension du nourrisson

Les parents soulignent la nécessité d'une formation du médecin pour communiquer avec les enfants en période préverbale et comprendre leur dialogue non-verbal :

- « Par exemple un bébé ne peut pas savoir parler et je pense qu'il faut une formation spécifique pour comprendre le langage du corps, de l'enfant. »

Ils craignent une erreur médicale par manque de compréhension du médecin de cette communication complexe. Les pédiatres seraient donc plus apte à traduire le langage corporel des enfants :

- « Les pédiatres ils savent parler aux enfants, ils savent leurs attitudes, ils comprennent les langages corporels d'un enfant qui ne sait pas parler donc forcément ça donne plus confiance et je pense que c'est ça qui manque à un MG. »

Les parents ont confiance envers le corps médical mais redoutent la méconnaissance d'une pathologie grave en règle générale.

Ils craignent l'erreur médicale ou le retard diagnostic, notamment du MG et son manque de compréhension du nourrisson en période préverbale.

4. Manque de formation des MG, implication hétérogène des MG en pédiatrie

a) **Implication variable des médecins généralistes en pédiatrie :**

Certains MG orientent directement les parents vers un pédiatre :

- « Je sais que quand je lui ai demandé pour suivre ma fille, il m'a dit tout de suite ce pédiatre-là. - D'accord il vous a lui orienté vers un pédiatre - Ouais. Donc j'en déduis qu'il ne faisait pas ça »

D'autres médecins généralistes choisissent de ne suivre les enfants qu'à partir d'un certain âge. Quelques parents ont remarqué une initiative limitée des MG pour réaliser le suivi des nourrissons :

- *« Même il m'avait dit clairement que de toute façon les nouveau-nés, il s'en occupe pas il faut les emmener à partir d'un certain âge »*
- *« Il y en a qui soignent les enfants d'autres qui les soignent pas. Ça dépend aussi de la volonté et la connaissance et l'habitude. »*

b) Transparence et reconnaissance de ses aptitudes :

La réorientation des parents par le MG doit être en fonction de ses compétences. Le MG se doit d'être transparent envers les parents quant à son aptitude ou non à suivre leurs enfants. Les parents estiment aussi que s'il n'est pas formé, il est préférable qu'il adresse les parents à un confrère compétent :

- *« C'est à eux de juger ce que vraiment ils ont envie s'ils ont envie d'être spécialisés dans les adultes ou les deux. Parce que je sais que par exemple ma belle-mère elle a un médecin qui ne veut pas voir les enfants parce qu'il ne s'en sent pas capable. Donc à partir du moment où le docteur s'en sent capable et qu'on se sent en confiance »*
- *« Je pense que le MG ne doit pas accepter les enfants et il doit se consacrer à voir les enfants plus grands. Parce qu'il y en a qui se disent pédiatre et MG et je ne pense pas que ce soit bon »*

Le MG doit être conscient de ses compétences et limites en pédiatrie et savoir les remettre en question :

- *« Tout simplement accepter qu'à un moment on a nos limites et je pense que ça c'est propre à chacun. A un moment on a nos limites dans nos connaissances et il faut savoir dire ... »*

c) Formation pédiatrique :

1) Formation initiale des MG en pédiatrie hétérogène et insuffisante :

La quasi-intégralité des parents interrogés pensent que la formation initiale du MG est insuffisante et qu'il doit se former en pédiatrie :

- *« La connaissance de tout ce qui est la pédiatrie, tout ce qui est vaccin et tout ça. - Donc se former ? - Oui voilà se former dans tout ce qui est pédiatrie »*
- *« Qu'on approfondisse la formation des généralistes en pédiatrie ? Ah bah oui, OUI complètement ce serait bien »*

- *« Du coup est-ce que vous pensez que tout médecin généraliste est à même de faire le suivi pédiatrique d'un enfant en bonne santé ? - euh moi non, je ne pense pas. Je pense qu'il faut un minimum de formation pour pouvoir après... - Et est-ce que vous pensez que les médecins généralistes ont cette formation initiale ? je ne pense pas. Après je pense qu'ils se tournent plus vers les adultes. C'est pour ça d'ailleurs qu'il y a des pédiatres je pense. »*

Une formation complémentaire du MG serait nécessaire face à la pénurie de pédiatres pour pouvoir assurer le suivi des nourrissons :

- *« Bah pour moi ce serait bien. Vu que les pédiatres il n'y en a pas beaucoup vu qu'il y a de moins en moins de médecin, si les médecins généralistes sont formés pour les enfants je trouve ça indispensable même »*

2) Formation spécifique et plus longue du pédiatre :

La formation spécialisée du pédiatre est source de confiance pour les parents tout en reconnaissant que les MG sont en mesure de prendre en charge les enfants :

- *« Je pense que ça va les médecins généralistes il n'y a pas de soucis au niveau des enfants enfin ils savent vraiment bien les prendre en charge. C'est juste que c'est vrai c'est plus rassurant de les ramener chez un pédiatre parce qu'ils sont spécialisés. Mais jusqu'à présent les médecins généralistes que j'ai vu pour la petite il n'y avait pas de soucis elle a eu des bonnes prises en charge »*
- *« Moi j'ai préféré un médecin spécialisé dans la pédiatrie. Déjà je suis plus confiante quand je l'amène là-bas »*

Les parents se tournent également vers un pédiatre pour une expertise dans un domaine dédié de par leur formation spécifique :

- *« Non je préférais un pédiatre. Un médecin bien spécialisé dans le domaine »*
- *« A part enfin plus avec la pneumo pédiatre vraiment on voyait qu'elle était spécialisée dans le traitement pour mon enfant c'est elle qui a trouvé le bon traitement pour le stabiliser »*

3) Importance de la formation continue :

Les parents soulignent la nécessité d'une formation continue devant l'évolution très rapide des recommandations :

- « *Parce qu'après chez les enfants ça change tout le temps ! Ne serait-ce que chez le nourrisson avant on nous disait il faut stériliser les biberons après faut plus stériliser, faut leur donner à boire chaud maintenant faut leur donner à boire tiède faut faire comme-ci faut faire comme ça, ça change tellement ! en tant d'années fin je vois, il y a dix ans en arrière et maintenant c'est complètement différent* »
- « *Les enfants ça change tout les temps les recommandations. Un coup on dort sur le ventre un coup on dort sur le dos.. je pense que des formations ce serait pas mal pour eux pour se mettre à la page* »

Quelques parents craignent un défaut d'actualisation des connaissances des MG, estiment que l'évolution est trop rapide pour être à jour dans chaque catégorie d'âge et que la formation continue en matière de thérapeutiques est insuffisante :

- « *Peut être à la limite de temps en temps refaire une formation pour se remettre dans ce qui est d'actualité* »
- « *Mais je pense qu'ils sont pas en phase. Déjà il y a beaucoup d'évolution sur les médicaments en permanence. (...) ils sont pas encore... Ils se perdent parce qu'il a plein de chose à savoir. Il faut conserver un côté pour enfant et un côté pour grand enfant/adultes* »

Une maman a souligné que les praticiens plus jeunes seraient plus à jour des nouvelles recommandations :

- « *Si peut être un peu plus à jour vu qu'elle sortait enfin elle est toute nouvelle donc elle est un peu plus à jour des nouvelles choses* »

Selon les parents, l'implication des MG dans l'offre de soin pédiatrique est variable. Les MG doivent être transparents sur leur habilité à prendre en charge ou non les enfants, être conscients des limites de leur formation et savoir réorienter les parents le cas échéant. La formation initiale des MG est insuffisante selon les parents, et la formation continue à améliorer.

D. Discussion :

I. Forces et limites de l'étude

1- Les différents biais :

a) Biais de sélection :

Notre étude étant une thèse qualitative avec des effectifs réduits, la population étudiée n'est pas représentative de la population cible. Cela induit donc un biais de sélection avec notamment une majorité de femmes et une situation géographique réduite (principalement Aubagne et les villages alentour). La répartition majoritairement citadine peut également biaiser les résultats puisque l'offre de soin pédiatrique est plus conséquente en ville. Cependant, le lieu de recrutement principal, à savoir un service d'urgence pédiatrique, nous a permis de sélectionner une population tout de même variée avec des parents issus de divers milieux socio-économiques et d'âges différents.

Il y a également un biais de recrutement et plus précisément un biais de volontariat lié au fait que les caractéristiques des personnes volontaires pour participer à l'étude peuvent être différentes des celles des personnes qui décident de ne pas participer.

b) Biais d'investigation :

D'une part, un biais d'investigation a probablement été induit par notre manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens semi dirigés. En effet, il fallait veiller à rester le plus neutre possible et ne pas influencer les parents interrogés, mais cela peut s'avérer complexe pour des investigatrices inexpérimentées. Pour les premiers entretiens, il était difficile de respecter les silences, alors qu'ils permettent aux personnes interviewées de développer leur réponse et de reformuler leurs idées de façon plus précise. Aussi, avoir un guide d'entretien bien établi est une aide précieuse pour la réalisation des entretiens mais il peut s'avérer parfois moins adapté et plus complexe à suivre pour certains entretiens.

D'autre part, les parents savaient dès le début de l'entretien que nous étions internes en médecine générale et cela a pu influencer leur réponse. Nous avons ressenti pour quelques parents une retenue dans l'expression de leur opinion. Ils n'osaient pas dire librement ce qu'ils pouvaient penser ou reprocher aux médecins généralistes. Toutefois, cette retenue ne concernait qu'une minorité des parents interrogés et, lorsqu'incités à être le plus transparent possible, ils évoquaient tout de même leurs réticences et leur vision personnelle.

c) Biais externes :

Nous avons choisi un lieu d'entretien nous permettant de faciliter le contact avec les parents. Il y a eu parfois des interruptions lors des entretiens nuisant au bon déroulé de ce dernier. Cela était dû au fait que les enfants étaient dans la même pièce et le contexte des urgences a engendré quelques interruptions en cours d'entretien par le personnel soignant. Ceci était tout de même rare car nous nous efforcions de réaliser l'entretien au moment le plus opportun.

d) Biais de recueil :

Nous avons utilisé la fonction dictaphone de notre smartphone pour enregistrer chacun des entretiens et pouvoir les retranscrire par la suite. Il y avait donc le téléphone placé sur la table en cours d'enregistrement ce qui pouvait engendrer une retenue chez les interviewés. Il arrivait qu'à la fin de l'entretien, une fois l'enregistrement éteint, les parents rajoutaient des commentaires et reprécisaient certaines réponses. Ces données n'ont pas été retranscrites ce qui constitue un biais de recueil.

2- Forces de l'étude :

a) Triangulation des données :

L'analyse de chaque entretien a été réalisée par deux personnes différentes puis mise en commun. Cette triangulation des données a permis une limitation du biais d'interprétation via un double codage puis une validation de leur convergence.

b) Nombre de sujets inclus :

Nous avons réalisé 30 entretiens, ce qui nous a permis d'avoir une vision d'ensemble avec beaucoup de sujets abordés par les différents parents interrogés.

c) Sujet d'actualité :

Notre thématique de recherche s'inscrit dans le débat actuel de politique de santé Française en apportant le point de vue des principaux concernés dans le choix de praticiens : les parents. Cette approche, à la différence des rapports officiels publiés, est au cœur des représentations des citoyens Français et on remarque que leur point de vue converge avec les préconisations des derniers rapports en date.

II. Interprétation des résultats :

1- Critères de choix et attentes parentales :

Le choix du médecin référent se fait souvent sur recommandation des proches et, dans une moindre mesure, des professionnels de santé. Toutefois, le ressenti personnel des parents occupe une place importante dans ce choix, en particulier le premier contact qu'ils auront avec le médecin constitue un instant déterminant pour poursuivre, ou non, le suivi avec ce praticien.

Pour les parents, il est primordial que l'enfant ait un bon suivi médical c'est-à-dire exhaustif et régulier, et ils accordent donc beaucoup d'importance au professionnalisme du médecin. Ils sont en demande de conseils en parentalité, réassurance, et attendent du médecin une prise en charge globale et non centrée uniquement sur le médical. Les jeunes parents, en particulier lorsqu'il s'agit du premier enfant, ont besoin d'être rassurés et de trouver réponse aux multiples questions du quotidien.

Tandis que beaucoup de parents sont très attentifs au comportement du médecin avec leur enfant et recherchent une attitude bienveillante, de la douceur, de la patience, de la gentillesse, une minorité des parents de notre étude privilégie une expertise diagnostique fiable même si cela doit être au détriment du versant relationnel du trinôme médecin-parent-enfant. Cela dit, une très grande majorité des parents

priorise une relation de confiance basée sur l'écoute et le dialogue et refuse toute prise en charge en l'absence de confiance établie.

Quels sont les piliers de cette relation de confiance ? Le professionnalisme du médecin, la connaissance de ses compétences via sa formation ou son expérience, l'aptitude communicationnelle du praticien semblent en être les piliers fondamentaux. La disponibilité est aussi gage de confiance car les parents se sentent rassurés de savoir qu'ils peuvent être rapidement pris en charge en cas d'urgence, les symptômes des enfants en bas âges étant rapidement source d'angoisse pour eux. Enfin, les critères plus « logistiques » arrivent au second plan telles que la proximité et l'accessibilité du cabinet.

Dans la littérature, on retrouve plusieurs thèses quantitatives s'intéressant aux critères de choix des parents pour le suivi de leur enfant par le pédiatre ou le médecin généraliste. Dans sa thèse, Laurence Myara Zenou s'est intéressée aux facteurs déterminant l'orientation des nourrissons et des enfants de moins de 6 ans vers le médecin généraliste ou le pédiatre. Son travail conclut que les parents choisissent le pédiatre d'abord pour ses compétences, puis pour ses conseils, son écoute et le médecin généraliste pour ses compétences également puis pour sa disponibilité. Elle a aussi recherché les facteurs déterminants dans le choix entre les deux praticiens et il en ressort que ce choix dépend de l'âge de l'enfant et des parents, de la présence d'une fratrie, du lieu d'habitation et de la catégorie socio-professionnelle des parents. (30)

Les thèses qualitatives de Fanny Mascré « Suivi médical des enfants âgés de 0 à 2 ans : motivations des parents, concernant le choix du praticien pour le suivi médical de leur premier enfant, en Picardie » (31) et de Mélanie Artuffel-Meifret « La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d'enfants de zéro à six ans » apportent des résultats similaires à notre étude concernant le point de vue des parents. Mme Artuffel-Meifret y ajoute l'aspect financier de la consultation chez le spécialiste non retrouvé dans nos entretiens (32).

Dans notre étude, les parents mentionnent leur volonté de prioriser les soins primaires ambulatoires et leur vigilance à l'égard de la surmédicalisation. Ils

s'accordent à affirmer l'importance des structures de premier recours en ambulatoire, cela ayant probablement été exacerbé par le contexte de la pandémie COVID 19 avec la crainte du contagement infectieux intra hospitalier.

Attentes parentales / critères de choix :

- **Choix sur recommandations des proches et ressenti personnel.**
- **Suivi médical de qualité, professionnalisme, compétences, disponibilité.**
- **Relation de confiance, attitude adaptée aux enfants, conseils et accompagnement des parents**

2- Représentation des parents sur le suivi de leur enfant par un médecin généraliste :

Dans l'ensemble, les parents reconnaissent que le système de santé français est fiable et se sentent privilégiés par rapport au reste du monde en matière de santé. Ils estiment que les études médicales françaises sont de haut niveau et que les médecins formés, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, en sortent compétents. D'une façon plus générale, ils apprécient l'organisation des soins pédiatriques et des outils de suivi en France, notamment le carnet de santé.

a) Avantages perçus par les parents concernant le suivi de leur enfant par un médecin généraliste :

Beaucoup de parents mettent en avant le côté pratique du suivi par le généraliste : proximité du cabinet, disponibilité, visites à domicile, simplification du parcours de soin avec suivi et urgences assurés par le même médecin qui connaît bien l'enfant et sa famille. Le médecin généraliste est dans l'ensemble plus disponible que le pédiatre pour les parents et ce d'autant plus en situation d'urgence.

Certains parents valorisent le suivi de leur enfant par le médecin généraliste car sont très attachés à la notion de médecin de famille. Ils tiennent à garder le lien créé au fil des générations. Le suivi par le médecin de famille permet une uniformisation du

suivi familial et induit une relation privilégiée avec le praticien qui occupe une place au cœur des foyers. Dans ce modèle de suivi, les parents attendent de leur généraliste qu'il joue un rôle de coordination des soins et veulent qu'il sache repérer des anomalies sans retard diagnostic afin de les réorienter vers le spécialiste adapté si nécessaire.

Cette relation privilégiée avec le médecin de famille explique grand nombre de suivis pédiatriques par le médecin généraliste et est décrite dans l'ensemble des travaux de thèses qualitatives précitées s'intéressant aux points de vue des parents. (31)(32)

Ressenti des parents, les avantages du suivi par le MG :

- **Médecin de famille, relation de confiance privilégiée au sein du foyer, intergénérationnelle**
- **Simplification du parcours de soin, proximité, disponibilité**
- **Coordinateur de soins : repérage de l'anormal et réorientation adaptée**

b) Les limites de la relation de confiance envers les médecins généralistes, quelle place du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique ?

Dans notre étude, pour la grande majorité des enfants suivis par un MG, les parents avaient choisi un médecin qu'ils connaissaient auparavant et avec qui la relation de confiance était déjà établie. Ils savaient son intérêt pour la pédiatrie et ses compétences dans ce domaine. Ainsi, pour beaucoup d'entre eux, savoir que leur MG a une activité parallèle en pédiatrie (crèche, PMI..) et qu'il a de l'expérience dans ce domaine est source de motivation à lui confier le suivi de leur enfant.

Aucun parent de notre étude n'avait choisi pour le suivi de leur enfant un MG lambda sans le connaître auparavant ou avoir eu de bons retours les mettant en confiance. Cela n'est pas transposable au choix du pédiatre qui, quant à lui, peut être choisi « à l'aveugle » car, de par sa formation et son statut de pédiatre, il confère déjà une confiance implicite aux parents. On comprend que le MG, ayant suivi une formation générale, est donc considéré comme apte à prendre en charge les enfants, mais doit en pratique faire ses preuves pour acquérir la confiance des parents.

Parmi les parents ayant choisi un pédiatre pour le suivi de leur enfant, beaucoup expriment un réel manque de confiance envers les MG et lui confèrent un rôle très secondaire uniquement en cas d'indisponibilité du pédiatre. Ils ne le consultent qu'en cas de pathologies bénignes et préfèrent consulter aux urgences pédiatriques s'ils jugent les symptômes de leur enfant trop graves pour une consultation de généraliste. Pour autant, la plupart ont été satisfaits de la prise en charge réalisée par le MG en urgence et ne remarquent pas de franche discordance entre les prises en charge du pédiatre et du MG (15% des parents interrogés relèvent toutefois une meilleure antibiovigilance de la part des pédiatres avec des prescriptions plus raisonnées).

Ces résultats illustrent parfaitement la problématique actuelle de surcharge des urgences pédiatriques. On estime que la proportion du recours inadapté aux urgences pédiatriques représente presque 30 % des consultations (11) et concerne majoritairement les bébés de moins de 2 ans. Le recours aux urgences pédiatriques augmente de 2% par an alors que la population infantile diminue depuis 2014 (11). Cela s'explique par l'importance de l'inquiétude parentale concernant les jeunes enfants avec un besoin de réassurance et de conseil en puériculture, une méconnaissance de l'offre de soin ambulatoire et, d'après nos résultats, un manque de confiance des parents envers les compétences pédiatriques du généraliste.

Plusieurs parents de notre enquête pointent du doigt un suivi limité par le MG pour le dépistage des troubles de l'apprentissage ou du développement avec des consultations moins adaptées à l'âge de l'enfant. Beaucoup d'entre eux préfèrent garder le généraliste pour les pathologies aiguës et bénignes dans le cadre de semi-urgences et ne le considèrent pas suffisamment compétent pour un suivi de fond adapté. La thèse de Marion Chouvin soutenue en septembre 2021 (« Place du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique des enfants de moins de 6 ans dans le Vaucluse ») (33) retrouve que les consultations réalisées dans le cadre des affections aiguës sont majoritairement pratiquées par les médecins généralistes alors que les consultations obligatoires et de dépistage sont réalisées pour 70 % chez le pédiatre, pour 20 % chez le médecin généraliste et 9 % en PMI (1 % a déclaré une absence de suivi) pour leur enfant de 0 à 2 ans. De 2 à 6 ans, les proportions s'inversent, le suivi étant réalisé à 71 % chez le médecin généraliste, 25 % chez le pédiatre, 1 % en PMI (3 % d'absence de suivi). Pourtant, le médecin généraliste joue un rôle de dépistage

fondamental. Ses missions sont décrites dans le code de santé publique (article L4130-1) : il contribue à l'offre de soins ambulatoires, oriente les patients, assure la coordination des soins et contribue aux actions de prévention et de dépistage (34). Selon les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale et du rôle du médecin généraliste préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) en 2002 (35), leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Pour être efficace en termes de prévention, le médecin généraliste doit effectuer un suivi régulier avec les examens de dépistage clinique et paraclinique adaptés à chaque âge. C'est dans cette dynamique que la nouvelle convention médicale a introduit une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) adaptée au domaine de la pédiatrie(36) avec une place centrale accordée au thème de prévention. En effet, dans le tableau détaillé des indicateurs ROSP du médecin traitant de l'enfant, la majorité des objectifs concernent la prévention : dépistage des troubles sensoriels de l'enfant de moins de 1an, dépistage des troubles de l'apprentissage, vaccination, obésité, antibiorésistance (37). Concernant le dépistage des troubles sensoriels de l'enfant, il existe des outils simples, disponibles en cabinet de médecine générale notamment pour la fonction visuelle (Cible de suivi oculaire, Eye Chart, échelle de Pigassou, échelle de Parinaud, échelle de Monoyer pédiatrique...) mais les médecins généralistes rencontrent plus de difficulté dans le dépistage des troubles auditifs par manque de matériel disponible ou en raison du coût de celui-ci et par manque de formation. Cela est rapporté dans la thèse de Julia Beaumont Chouquais « Freins et leviers des consultations de suivi des enfants de 0 à 6 ans par les médecins généralistes de l'agglomération caennaise » (38) et dans celle de Emilie Cassol intitulée « Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois: étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine ». (39) Ceci explique que cette tâche est bien souvent laissée à la PMI ou à la médecine scolaire.

Enfin, n'oublions pas que le médecin généraliste a également un rôle de dépistage des troubles du spectre autistiques. La HAS a émis des préconisations en ce sens pour guider les médecins libéraux de premier recours à dépister précocement, idéalement avant 18 mois, ces troubles (repérage des signes précurseurs précoces, questionnaires tels que le m-CHAT par exemple) (40).

Pour toutes ces raisons et parce que les parents craignent que les médecins généralistes aient plus de difficultés à appréhender les enfants en période pré verbale, environ la moitié de notre échantillon de parents jugent la transition pédiatre – MG possible une fois passée l’acquisition du langage vers 2-3 ans. Il est alors plus aisé pour le médecin généraliste de comprendre les plaintes de l’enfant et de dépister des troubles de développement. Ces résultats sont semblables à ceux discutés par Mme Chloé Bergeron dans sa thèse en matière d’âge charnière (41). Les autres pics d’âges décrits par Gwenaëlle Bienfait dans le travail de thèse « Regard des parents d’enfants suivis par un pédiatre vis-à-vis du suivi et de la prise en charge de l’enfant par le médecin généraliste » sont l’entrée à l’école (6 ans), l’entrée au collège (11-12 ans) et plus rarement l’adolescence vers 14-15ans. (42)

Ressenti des parents sur les limites du suivi par le MG, place du MG :

- **Relation de confiance en amont de la naissance et expérience en pédiatrie du MG sont indispensables**
- **Malgré compétences du MG et prise en charge jugées similaires par les parents, place secondaire en semi-urgence du MG pour les pathologies aiguës et bénignes.**
- **Rôle peu reconnu du MG pour le dépistage et la PEC des troubles développementaux**
- **Âge charnière de transition vers le MG après l’acquisition de la parole**

c) Inquiétude des parents quant à la formation des généralistes, la crainte du manque de formation continue :

Bien que beaucoup de parents estiment que les médecins généralistes ont un bagage de connaissances important dans l’ensemble des domaines de la médecine à la fin de leurs études, la majorité d’entre eux mentionnent tout de même la nécessité d’une formation complémentaire en pédiatrie. Ils ont bien conscience que les pédiatres ont une formation plus longue et cela les mets en confiance pour leur confier leur enfant. Ils ne savent pas exactement en quoi consiste la formation des généralistes en pédiatrie, mais, considèrent que leur formation étant « générale », ils sont censés

maitriser les bases de la pédiatrie. Beaucoup de parents évoquent l'hétérogénéité de l'intérêt porté par les médecins généralistes à la pédiatrie et donc de leurs compétences dans ce domaine. Ils suggèrent alors qu'il faudrait plus de généralistes formés en pédiatrie. Il est donc du ressort des généralistes de rassurer les parents quant à leurs compétences et de les informer qu'en cas de situations trop complexes dépassant leur champs de connaissance ils sauront les réorienter vers un confrère.

Les médecins généralistes, lorsqu'interrogés à ce sujet, s'estiment pour la plupart suffisamment compétents et formés même s'ils déplorent que leur formation initiale ait été trop orientée sur de la pédiatrie hospitalière, ne leur permettant pas d'acquérir toutes les compétences nécessaires au suivi du nourrisson en ville. Pour la plupart, ils ont pallié cette lacune par leur expérience confortant leur assurance au fil des années.
(39)

Ressenti des parents : une formation pédiatrique des MG hétérogène et insuffisante

d) Les MG pour suppléer aux pédiatres dans le contexte de désertification des pédiatres libéraux :

Plusieurs parents nous rapportent une rupture de leur suivi avec leur pédiatre traitant suite à une cessation d'activité libérale. Pour certains il s'agissait d'un départ à la retraite tandis que pour un des parents interrogés il s'agissait d'une transition professionnelle avec arrêt d'une activité libérale pour une activité salariale hospitalière. Or, la démographie actuelle fait que ces départs ne sont pas remplacés.

On peut se demander pourquoi on assiste actuellement à une telle pénurie de pédiatres libéraux. En effet, certains des bassins de vie ne recensent aucun pédiatre en exercice libéral ou mixte. Tout d'abord, la population des pédiatres vieillit : leur moyenne d'âge était d'environ 49,2 ans en 2018. Le taux de féminisation était de 69,6% en 2018. C'est donc une spécialité médicale largement représentée par la population féminine. Environ 80% des internes en pédiatrie sont des femmes (43). Or, ces dernières souhaitent mener une vie professionnelle compatible avec une vie de famille, ce qui est plus accessible avec un statut de salarié. Un rapport de

l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), explique que les jeunes pédiatres diplômés préfèrent l'exercice salarial à l'exercice libéral car celui-ci leur offre la possibilité de travailler à temps partiel (le plus souvent à 75% ou 80% d'un temps plein) - avec une diminution inhérente du nombre de gardes et les avantages en matière de protection sociale et maternelle qu'implique le salariat (43). Les jeunes femmes pédiatres sont attirées par la pédiatrie spécialisée et par l'exercice en centre hospitalo-universitaire. On observe une désaffection pour les postes de pédiatrie générale dans les hôpitaux non universitaires.

Cette évolution va donc à l'encontre des attentes des parents qui, pour beaucoup d'entre eux, souhaitent un suivi de leur enfant par un pédiatre libéral dans l'idée que sa formation plus longue et spécialisée permettra un suivi optimal de leur enfant. Il va donc falloir trouver un compromis pour satisfaire les attentes des parents avec des effectifs de pédiatres libéraux de plus en plus faibles. Comment optimiser l'activité des pédiatres libéraux ? Comment renforcer la confiance des parents envers les généralistes pour le suivi de leur enfant ?

Attentes des parents :

- **Majorer l'offre de soin pédiatrique**
- **Pédiatres et MG disponibles**

[3- Quelles peuvent être les pistes d'amélioration pour le suivi pédiatrique en France ?](#)

Tous les rapports des différentes institutions sur les dix dernières années montrent qu'il faut rationaliser l'organisation du suivi pédiatrique entre pédiatre et MG. Certes, il y a une fuite des pédiatres libéraux, mais, la démographie des médecins généralistes libéraux va décliner également dans les prochaines années. Les projections de la DREES estiment que les effectifs de médecins généralistes libéraux (hors remplaçants et exercice mixte) vont décliner jusqu'en 2028 avant de remonter (13). Le manque de pédiatre ne pourrait donc pas être substitué par les médecins généralistes même si on faisait l'hypothèse que tous les MG pratiquent de la pédiatrie. On s'interroge alors sur la capacité du système de santé ambulatoire à prendre en charge les enfants dans les

prochaines années si les rôles des différents acteurs ne sont pas clarifiés. En l'absence de mesures, le risque est celui d'un report sur l'hôpital (notamment sur les urgences pédiatriques).

a) Améliorer la communication :

1) La communication auprès des parents :

Bien que les parents soient en mesure de citer les différents acteurs du suivi de leur enfant, il leur est plus difficile de préciser le rôle de chacun et plusieurs acteurs de santé ont tendance à être oubliés.

Tout d'abord, certains parents de notre étude ignoraient totalement la possibilité de suivi de leur enfant par un médecin généraliste. Dans son travail de thèse, Mme Myara Zenou décrit qu'en sortie de maternité 62% des parents inclus avaient été orientés par le personnel vers un pédiatre contre 2% vers un médecin généraliste et 36% vers une PMI (30). On remarque dans nos entretiens que les parents ont tendance à faire plus facilement confiance à un médecin qui se présente comme volontaire pour suivre leur enfant d'autant plus s'il précise ses capacités dans le domaine. Il est donc important pour le MG d'aborder le sujet avec les parents, les informer sur ses aptitudes à suivre ou non leur enfant.

Il y a également une méconnaissance des aides possibles en périnatalité (sage-femmes, auxiliaires et infirmières puéricultrices...). En 2013, le rapport de l'ONDPS préconisait la mise en place d'une consultation prénatale de prévention et d'éducation à visée pédiatrique. Celle-ci serait programmée lors du dernier trimestre de la grossesse, de façon obligatoire pour les primipares et sur la base du volontariat pour les autres. Elle permettrait d'aborder les rôles des différents acteurs de santé de l'enfance et amorcer des réponses aux questions des parents sur l'offre de soin pédiatrique. Dans ce même rapport, il était demandé aux sage-femmes et infirmières puéricultrices de porter une attention particulière à l'information aux femmes enceintes lors des cours de préparation à l'accouchement. (44)

2) La communication entre acteurs de santé :

Les pédiatres libéraux ne sont pas en mesure d'assumer la prise en charge des enfants à eux seul. Il va donc falloir développer une collaboration avec les autres acteurs de santé en soins primaires, à savoir les généralistes et les PMI. La communication est malheureusement limitée entre ces différentes parties. Les médecins généralistes rapportent ne pas faire appel aux pédiatres libéraux à visée d'expertise et adresser aux secteurs hospitaliers (39). Lorsque néanmoins le pédiatre est consulté pour un avis, il informe rarement le généraliste par un courrier. Inversement, les médecins généralistes ne complètent pas le carnet de santé de manière systématique (surtout dans le cadre des pathologies aiguës). Il y a un manque de transmission d'informations et de décisions conjointes. Le recours à de multiples acteurs de santé de manière un peu aléatoire et désorganisée peut s'avérer délétère pour la santé de l'enfant et peut engendrer une surmédicalisation du patient avec une répétition des consultations.

Le rapport Sommelet publié en 2006 suggérait que le pédiatre ambulatoire retrouve un rôle de recours pour les enfants et les adolescents et se repositionne comme « spécialiste » et non comme « généraliste » de l'enfant. Le pédiatre et le généraliste doivent être complémentaires, sans entretenir une rivalité dont l'enfant et ses parents peuvent être les victimes. Le Pr Sommelet proposait un suivi conjoint avec une prise en charge par le pédiatre des situations plus spécifiques (prise en charge systématique des nouveau-nés et des très jeunes enfants au moins dans les trois premiers mois) ou complexes (suivi des nouveau-nés à risque (prématurés, retards de croissance intra-utérins, pathologies néonatales)). Elle réservait aussi au pédiatre la réalisation des dépistages aux âges-charnières car ces examens nécessitent une méthodologie rigoureuse. Une amélioration de l'efficacité du système de santé ambulatoire permettrait de décharger les services hospitaliers et notamment les urgences. Pour faciliter l'articulation entre les acteurs du système de santé des enfants, le Pr Sommelet proposait de désigner un pédiatre référent pour un groupe de médecins généralistes. Il serait ainsi disponible en second recours en amont de l'hôpital (22).

Quinze ans plus tard, le Pr Brigitte Chabrol, missionnée par l'IGAS, dresse un rapport sans équivoque (11) : la coordination entre acteurs de santé reste insuffisante

sur le territoire et cela est délétère aux médecins tout comme aux familles. Elle redéfinit les rôles du pédiatre libéral comme second recours pour expertise en population générale et comme premier recours en tant que coordinateur de soins uniquement pour le suivi d'enfants avec facteurs de risques ou atteints de pathologies chroniques. Le médecin généraliste, quant à lui, doit, selon elle, devenir le référent du suivi global de l'enfant sain, non vulnérable. Il assure le suivi programmé ainsi que la gestion des soins urgents. Pour se faire, il est conseillé aux médecins de faire appel à des assistants médicaux pour aider médecins généralistes et pédiatres dans leurs tâches respectives.

b) Valoriser le rôle des PMI, maisons médicale et centres de santé :

En 2018, le Premier ministre a confié à Madame Michèle Peyron, députée de Seine-et-Marne, une mission sur la protection maternelle et infantile (PMI). Le bilan est celui d'une crise majeure de la protection maternelle et infantile dans notre pays. Décentralisée depuis 1983, à la croisée du sanitaire et du social, la PMI, dont les missions sont définies par le Code de la santé Publique (CSP), mobilise au sein des départements des effectifs pluridisciplinaires (médecins, infirmières puéricultrices, sages-femmes, psychologues...). Elle a pour principe une triple accessibilité : géographique, financière (gratuité) et administrative (absence de formalités, accueil inconditionnel, visites à domicile).

Alors que l'efficacité de la prévention précoce est bien établie scientifiquement et que la PMI constitue un levier de prévention adapté pour réduire les inégalités sociales de santé, elle a pourtant été négligée par l'État et par l'Assurance Maladie, avec un manque de financement et un déficit croissant des médecins. La PMI investit davantage les problèmes sociaux (mineurs en danger, mode de garde). Les moyens dévolus à la prévention sont réduits alors que les évolutions sociétales en cours auraient plutôt nécessité de les renforcer (demande accrue de soutien à la parentalité, augmentation de la pauvreté, augmentation des troubles du comportement) (45). Le plan d'action du gouvernement des 1000 premiers jours piloté en 2021 par le Ministère des solidarités et de la santé (46) prévoit un renforcement des moyens des PMI avec des financements supplémentaires mais ces derniers restent inférieurs aux préconisations du rapport Peyron.

c) Solliciter les paramédicaux :

Dans ce contexte de demande accrue des parents d'accompagnement en périnatalité, le rôle des infirmières puéricultrices semble essentiel. En France, le rôle attribué aux infirmières puéricultrices est très limité en comparaison aux pays voisins. Par exemple, au Royaume-Uni les infirmières puéricultrices réalisent des visites à domicile pour les femmes et jeunes enfants, et les infirmières salariées au sein de cabinets de groupe ont un rôle de prévention et dépistage avec également le suivi de maladies chroniques.

La délégation de tâches semble essentielle pour faire face à la baisse de démographie libérale. Les infirmières puéricultrices pourraient davantage être sollicitées, au-delà du cadre des PMI, pour leurs compétences dans le domaine de la puériculture et travailler en coordination avec un médecin, potentiellement au sein d'une même structure. Le rapport de l'IGAS évoque les différentes possibilités d'exercice des infirmières puéricultrices : consultations de puériculture et d'accompagnement des parents (soins aux nourrissons, soutien parental), réalisation d'examens du développement, dépistage et tests sensoriels, vaccinations, bilan de santé des enfants en école maternelle, éducation thérapeutique, visites et soins à domicile (nouveau-nés, maladies chroniques) (11).

L'exercice en cabinet de groupe pluridisciplinaire semble optimal mais l'exercice des infirmières puéricultrices pourrait aussi être isolé dans les déserts médicaux, tout en restant en lien avec un médecin référent. Comme mentionné dans le rapport Peyron, l'activité des infirmières puéricultrices en PMI n'est actuellement pas financée par l'assurance maladie. Il faudrait inscrire les actes dédiés aux infirmières puéricultrices dans la Nomenclature Générale des Actes et des prestations (NGAP) pour permettre leur financement par l'assurance maladie.

Les sage-femmes, quant à elles, ont une activité libérale croissante depuis 2012 et devraient atteindre une hausse d'exercice libéral de 70% d'ici 2040 si la tendance persiste. Leur disparité territoriale étant moindre que celle des médecins, elles auront également un rôle à jouer dans le suivi des nouveau-nés (13).

d) Démarches gouvernementales pour rendre la pédiatrie attractive :

La démographie pédiatrique libérale a diminué de 12% en 5 ans en raison de la faible attractivité de la profession. Aux Épreuves Classantes Nationales (ECN) il y a 15 ans, elle était choisie parmi les premières spécialités ; elle est aujourd'hui au 17^{ème} rang. (47)

1) Revaloriser le salaire des pédiatres libéraux :

Une publication de la DREES de 2022, mentionne que parmi les spécialistes situés en bas de l'échelle de rémunération, on retrouve les psychiatres et les pédiatres avec des revenus moyens de 86 000 euros pour les pédiatres alors qu'il est de 92 000 euros pour les généralistes (48). La pédiatrie n'est donc pas la spécialité la plus attractive en matière de rémunération (49). Les propositions de l'IGAS de redéfinir le pédiatre libéral en tant que spécialiste à part entière s'accompagnent d'un souhait de revaloriser son expertise en tant que spécialiste en adaptant la nomenclature des actes des pédiatres libéraux (11).

2) Augmenter le nombre de postes aux ECNi :

Les annonces du président de la République dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » impliquent une suppression du numerus clausus national. Le nombre d'étudiants en médecine admis dans chaque faculté de médecine devrait être fixé par l'université en question, en lien avec les Agences Régionales de Santé (ARS), et serait alors fonction des besoins territoriaux et des capacités d'accueil de ladite Faculté. (50) Ainsi, il est prévu une augmentation annuelle du nombre de postes proposés en médecine générale et en pédiatrie jusqu'en 2023-2024 aux ECNi. En 5ans, il devrait y avoir 55 postes supplémentaires proposés en pédiatrie. Néanmoins, comme nous l'avons vu précédemment, il est à craindre que la majorité des internes se formant en pédiatrie se tournent ensuite vers une activité salariale hospitalière et l'augmentation de postes ne saurait donc à elle-seule remédier à la problématique actuelle.

3) Améliorer la répartition géographique :

Face à la problématique croissante des déserts médicaux, le gouvernement Français a mis en place des mesures pour tenter d'homogénéiser l'offre de soin sur le territoire. Le contrat d'engagement de service public (CESP) créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a vu le jour dans cette optique. Il est proposé aux étudiants en médecine de percevoir une allocation mensuelle dès la deuxième année de formation, et ce jusqu'à la fin de leurs études, ainsi qu'un accompagnement individualisé par l'ARS et une aide à l'installation (avantages financiers et fiscaux). En échange, les bénéficiaires du CESP s'engagent à exercer en zone sous-dotée pour une durée minimale de 2 ans et pour une période couvrant celle où ils auront perçu ladite allocation. (51) On remarque que les incitations financières ont un impact sur la démographie des médecins mais à court terme uniquement avec des installations de jeunes praticiens qui ne resteront pas forcément en zone isolée sur le long terme.

Une autre stratégie, nous l'avons vu précédemment, consiste à augmenter le quota de médecins formés. L'augmentation seule d'étudiants ne saurait remédier à la désertification médicale puisqu'ils ne seraient pas forcément mieux répartis sur le territoire. En revanche, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis la recommandation en 2010 de recruter plus d'étudiants issus de zones sous-dotées, d'augmenter le nombre d'étudiants formés en zones rurales et par ce fait décentraliser les lieux de formation. Ainsi, en augmentant le quota de médecins issus de milieux isolés, il y aurait une plus grande probabilité qu'une partie retourne exercer dans ces zones déficitaires (52).

L'autre piste évoquée à plusieurs reprises est celle de la régulation de l'installation (soit par un nombre d'années défini à exercer en désert médical soit par un quota d'installation délimité par zone géographique). Cette dernière est source de débats répétés, largement décriée par les syndicats médicaux. La littérature internationale rapporte que de telles mesures auraient globalement un impact positif sur la répartition géographique régionale sans éviter des pénuries médicales à l'échelle locale. (53)

En décembre 2021, le rapport de la DREES « remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques » dresse le bilan de ces mesures et fait le parallèle avec l'organisation de soin dans les autres pays du monde. Il en ressort que

les mesures isolées sont inefficaces, elles doivent s'inscrire dans une politique globale avec des mesures d'ensemble (financières, géographiques, de formation, de quotas...). Les actions ayant montré le plus d'impact, notamment chez les jeunes médecins, sont celles qui facilitent l'exercice collectif et pluri-professionnel (maisons de santé, centres de santé, pôles de santé...). Ces programmes sont efficaces et présents au centre des réflexions en politique de santé puisqu'ils permettent de répondre d'une part aux besoins de la population et d'autre part aux aspirations professionnelles des praticiens en matière d'exercice conjoint, de temps de travail, d'organisation et de qualité de vie. Depuis 2017, il est notamment possible pour ces structures d'exercice collectif de conclure une convention avec l'université afin de renforcer la recherche en soins primaires et les impliquer dans la formation des étudiants en médecine. Ces derniers ont ainsi la possibilité de découvrir un autre mode d'exercice en stage ambulatoire. (53) Nous retiendrons également les conclusions tirées par le Pr Yvond Berland dans son rapport de la commission démographique médicale en 2005 : « les mesures incitatives doivent être centrées plus sur l'amélioration des conditions d'exercice que sur l'aide strictement financière. Tous les professionnels membres de la commission et les jeunes étudiants ont insisté sur la nécessité d'essayer avant tout d'améliorer les conditions de vie et d'exercice dans les zones démedicalisées afin d'éviter le départ de ceux qui exercent, et d'attirer les plus jeunes » (53).

e) Améliorer la formation des MG en pédiatrie :

Les médecins généralistes étant amenés à jouer un rôle central dans le suivi de l'enfant, il est primordial que leur formation prenne en compte cette fonction.

En 2004 a été créé le Diplôme d'Études Spécialisées (D.E.S) de médecine générale comportant l'obligation de réaliser un stage en gynécologie/pédiatrie.(54)

En 2006, le Pr Sommelet émettait, dans son rapport, des recommandations visant à améliorer la formation des médecins généralistes. Il était question d'homogénéiser l'enseignement pédiatrique du D.E.S de MG par des binômes MG-pédiatres, de prolonger le stage de pédiatrie à 6 mois obligatoires et de proposer des DIU de

pédiatrie aux médecins généralistes intéressés dans la limite des besoins de santé régionaux (22).

En 2014, l'intersyndicale des internes de médecine générale ISNAR-IMG va plus loin en préconisant une formation en santé de la femme et de l'enfant centrée majoritairement sur l'ambulatoire en stage d'internat suite à une enquête nationale réalisée auprès des internes Français en 2013. (55)

La réforme du troisième cycle de 2017 suit ces recommandations et instaure un stage obligatoire en santé de l'enfant séparé du stage « santé de la femme ». Le stage de pédiatrie doit donc durer 6 mois et sera réalisé en terrain ambulatoire et/ou hospitalier. (56) Hélas, en cas de capacité de formation insuffisante, les internes restent amenés à réaliser des stages couplés mère/enfant. En matière de stages ambulatoires, les pédiatres libéraux sont très peu nombreux à former des internes de médecine générale et la majorité des stages proposés actuellement sont encore hospitaliers, en particulier aux urgences pédiatriques. En guise d'exemple, les postes ouverts par l'ARS pour les choix de mai 2022 à l'université Aix-Marseille étaient répartis ainsi :

- 35 postes « santé de l'enfant » d'une durée de 6 mois dont 20 hospitaliers et 15 ambulatoires (8 terrains de stage chez des pédiatres, 7 terrains de stage chez des généralistes).
- 57 postes couplés gynécologie/pédiatrie d'une durée de 3 mois chacun dont 55 postes hospitaliers et uniquement 2 ambulatoires.

Les internes s'accordent à trouver la formation exclusivement hospitalière inadaptée à leur pratique future mais ils sont demandeurs de stages couplés hospitaliers (notamment aux urgences pédiatriques) et ambulatoires. Ils remettent fréquemment en cause le caractère obligatoire et la durée du stage de santé de la femme, contrairement à celui de pédiatrie pour lequel ils estiment que les 6 mois sont nécessaires. (57)

La formation théorique, elle aussi, est hétérogène sur le territoire car au-delà des enseignements du deuxième cycle, il appartient à chaque faculté de fixer le contenu de ses formations aux internes concernant la santé de l'enfant.

Le rapport de l'IGAS de 2021 rappelle ces éléments et propose la création d'une option « santé de l'enfant » au sein du D.E.S de médecine générale qui prolongerait d'un an la formation de l'interne en pédiatrie et soulignerait également ses aptitudes auprès des parents, renforçant leur confiance (11).

Enfin, n'oublions pas que la formation médicale continue constitue une obligation pour tout médecin, qui peut être satisfaite au choix du médecin (participation à des journées de formation, presse médicale, groupes de pairs...), selon l'article 59 de la loi du 4 mars 2002. (58)

4- Organisation dans les autres Pays Européens :

Les modalités de suivi des enfants sont très variables selon les différents pays d'Europe. Le rapport de l'OMS de 2018 « Situation of child and adolescent health in Europe » (situation de la santé des enfants et adolescents en Europe) , s'est intéressé aux différents systèmes de soins primaires pédiatriques en Europe (59). Alors que certains pays comme l'Allemagne, l'Espagne ou la Grèce ont un suivi pédiatrique quasi exclusif dans lequel plus de 75% des enfants sont suivis par un pédiatre au moins jusqu'à l'âge de 6 ans, dans d'autres pays comme la Grande-Bretagne, les Pays-Bas ou le Danemark, les soins primaires pédiatriques sont assurés par les médecins généralistes devant l'absence de pédiatres ambulatoires. La France, quant à elle, a mis en place un système mixte que l'on peut également retrouver en Belgique ou en Italie avec la possibilité d'un suivi conjoint pédiatre-généraliste mais surtout une grande variabilité des modalités de suivi entre les enfants.

Dans beaucoup de pays européens, les professionnels médicaux et paramédicaux sont regroupés au sein de centres de santé appelés centres communautaires dans lesquels les acteurs de santé travaillent en groupe ou indépendamment.

Pour illustrer la diversité et les divergences des différents systèmes de soins primaires pédiatriques en Europe, nous allons développer plus précisément leur organisation dans certains pays européens :

a) Allemagne :

En Allemagne, on compte près de trois fois plus de pédiatres qu'en France pour la même population d'enfants. Dans les villes, les enfants de moins de 7 ans sont donc suivis par un pédiatre pour 80-90% d'entre eux. Les Allemands se heurtent également à la problématique des déserts médicaux et les modalités de suivi sont différentes dans les zones rurales avec une proportion plus importante d'enfants suivis par des généralistes (environ 50% des moins de 7 ans). Au-delà de 13 ans, les enfants sont majoritairement suivis par des médecins généralistes. Les pédiatres travaillent généralement en cabinet de groupe avec d'autres médecins et professionnels paramédicaux. Ces centres sont équipés d'un petit plateau technique. (60)

b) Italie :

En Italie, les enfants de 0 à 6 ans sont suivis par les pédiatres agréés par le Service National de Santé (SSN), au sein de centres communautaires (85 % en ville et 15 % dans les zones rurales) (61). A partir de 6 ans, une majorité est suivie par le généraliste. La PMI est un système n'existant qu'en France mais, en Italie, il existe aussi des équipes pluridisciplinaires et coordonnées de soins pour veiller à la bonne continuité des soins. Elles se composent de pédiatres, généralistes, infirmiers et du personnel de soin médico-social. Leur action est limitée à une zone géographique locale appelée district sanitaire. Les médecins généralistes et les pédiatres sont rattachés aux districts sanitaires des unités sanitaires locales (ASL), chargées de garantir le service des soins primaires médico-sociaux en fonction des besoins de la population. Au sein du SSN, les patients sont libres d'obtenir des soins de santé auprès de n'importe quel prestataire de soins de santé public (même en dehors de leur autorité locale de santé ou de leur région) et de tout prestataire privé, conventionné avec le SSN. Les patients sont libres de choisir leur médecin généraliste et leur pédiatre pour les enfants de moins de 14 ans parmi ceux qui travaillent dans leur ASL. (61)

c) Espagne :

En Espagne, les médecins travaillent essentiellement dans des centres communautaires où sont coordonnées les activités des médecins généralistes (pour les individus au-delà de 15 ans), des pédiatres (pour les enfants de 0 à 14 ans), des infirmières, des chirurgiens-dentistes, des assistantes sociales (62). On distingue les centres de santé publics (« centros de salud ») avec des médecins généralistes et des pédiatres pour dispenser des soins primaires de base et les centres de santé spécialisés (« centros de especialidades ») avec des praticiens de multiples spécialités. Il existe tout de même une partie des pédiatres qui exercent en cabinet privé. Bien que la population infantile soit moins importante en Espagne par rapport à la France, on y recense beaucoup plus de pédiatres (62). En conséquence, le suivi des enfants est majoritairement assuré par les pédiatres et ce jusqu'à leurs 15 ans.

Le système de santé espagnol est doté d'un vaste réseau de centres de santé et d'hôpitaux répartis sur l'ensemble du territoire. La localisation des différents établissements est décidée par les régions. Les soins primaires doivent être disponibles dans un délai de 15 minutes à partir de n'importe quel lieu de résidence (62). En zone rurale, il existe des cabinets médicaux où les médecins de la région sont présents de façon périodique.

d) Grande-Bretagne :

A la différence des Pays cités précédemment, en Grande-Bretagne, il n'y a pas de pédiatres ambulatoires et les soins primaires sont assurés par les médecins généralistes qui exercent au sein de cabinet de généralistes avec un statut de salariés ou d'associés. Le « General Practitioner » (GP), c'est-à-dire le médecin généraliste, constitue la pierre angulaire du système de santé public anglais, le National Health Service (NHS) (63). Il prodigue les soins de premier niveau et assure un rôle central de coordonnateur de soins pour l'accès aux spécialistes. Le traitement et le suivi des pathologies complexes nécessitent une prise en charge spécialisée en milieu hospitalier. Les généralistes ont un large domaine de compétences et d'exercice incluant la pédiatrie, la gynécologie, la dermatologie ou encore l'ophtalmologie. Cependant, l'absence de pédiatres de soins primaires en Grande Bretagne pose un

problème en termes de santé publique avec des retards diagnostic et, un recours plus systématique aux services d'urgences pédiatriques en cas de pathologies aiguës sans passer par les centres de santé qui assurent la permanence des soins. Les Anglais sont conscients des limites de leur système de santé en pédiatrie, notamment en matière de dépistage, prévention, gestion des difficultés psycho-sociales, prise en charge des troubles du comportement. Ces problématiques ont insufflé la mise en place d'un programme national de santé comportant un volet spécifique sur les soins primaires pédiatriques.

5- Pourquoi si peu d'évolution depuis plus de quinze ans ?

Les nombreux rapports cités tout au long de cette thèse ont soulevé des problématiques communes concernant le suivi des enfants en France avec des propositions d'axes d'amélioration similaires. Le rapport rédigé en 2006 par le Pr Danièle Sommelet avait déjà clairement établi un état des lieux du système de santé pédiatrique en développant les limites de la pédiatrie ambulatoire. Il avait été défini un ensemble de propositions de réformes dans le but d'optimiser le suivi des enfants et d'assurer la pérennité de la pédiatrie libérale. Ces idées ont par la suite été reprises par de nombreux textes mais, très peu d'évolutions ont été constatées en pratique. Ainsi, le rapport de l'IGAS publié en mai 2021, soit quinze ans après le rapport Sommelet, dresse un constat similaire aux précédents et se fait alarmant en parlant d'une crise de la pédiatrie libérale. On peut alors se demander pourquoi, dans une société où tout évolue si vite, la transition de la pédiatrie libérale est-elle si longue à être appliquée ? Comment faire évoluer cette situation maintenant que les problématiques ont été clairement identifiées depuis de nombreuses années et que les recommandations ont été définies à plusieurs reprises ?

a) Réticence des médecins généralistes :

Les textes recommandent de laisser une place de plus en plus importante aux médecins généralistes dans le suivi des enfants. Cependant, les médecins généralistes se sentent-ils tous aptes à endosser ce rôle ? En 2019, dans son travail de thèse, Marion Denni s'est intéressée au ressenti des jeunes médecins généralistes

face à l'exercice de la pédiatrie et aux difficultés rencontrées (64). Il ressort de son étude que beaucoup de jeunes médecins généralistes ont une appréhension à pratiquer la pédiatrie et que les consultations avec les nourrissons peuvent être anxiogènes pour eux. Des difficultés sont aussi rapportées par certains médecins généralistes concernant le suivi du développement normal de l'enfant. D'autres évoquent leur manque de connaissance théorique pour prodiguer des conseils du quotidien (concernant l'alimentation, le sommeil, etc). On peut en déduire que, devant ce manque d'assurance des jeunes médecins généralistes à pratiquer de la pédiatrie, certains vont moins prendre l'initiative de suivre les enfants et les adresseront systématiquement au pédiatre, y compris pour un suivi classique. On en revient donc à la problématique de la formation des internes de médecine générale en pédiatrie. Une optimisation de celle-ci permettrait probablement de réassurer les généralistes en uniformisant et renforçant leurs compétences en pédiatrie.

La thèse d'Emilie Cassol publiée en 2015 mettait en évidence une diversité des pratiques des médecins dans le suivi des enfants (39). Elle soulignait notamment que la réalisation de formations complémentaires en pédiatrie relève actuellement de la propre initiative du médecin ce qui induit une variabilité des pratiques. Pour autant, les médecins interrogés se sentaient en mesure de réaliser un suivi pédiatrique en population générale.

b) Réticence des pédiatres :

La réticence peut aussi venir des pédiatres libéraux car certains sont attachés à leur rôle fondamental de pédiatrie générale et ne souhaitent pas prendre le rôle « d'expert en ambulatoire pour les enfants » comme suggéré par le président de MG France (65) . Cette position a été exprimée par certains pédiatres lors de la réforme de la désignation du médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans, source de polémiques. Le syndicat national des pédiatres français (SNPF) n'était pas favorable à cette mesure et se montrait attaché à l'idée que les parents puissent garder la liberté de choisir un pédiatre pour le suivi de leur enfant. Pour eux, cela reviendrait à « méconnaître les particularités du développement et la souplesse nécessaire au suivi de l'enfant ». Le Conseil National des Professionnels de Pédiatrie (CNPP) via le communiqué de presse de juin 2014 « j'aime mon pédiatre », appelait les Français à

venir témoigner leur soutien contre le projet de loi de santé 2014 visant à instaurer le médecin traitant dès l'enfance (66). Il précisait que ce projet était celui d'un seul syndicat de médecins généralistes non majoritaire et ne devait pas s'inscrire dans la loi de Santé. Le CNPP craignait le développement d'une médecine à deux vitesses par l'application d'un parcours de soins signifiant la baisse du remboursement des consultations chez le pédiatre lorsque l'enfant ne serait pas adressé par le médecin traitant. Cependant, le Dr Nathalie Gelbert, vice-présidente du CNPP, dénonçait le risque pour les pédiatres libéraux choisis comme médecin référent d'être saturés par le fait de devoir réaliser les 20 consultations obligatoires alors que toutes ne nécessitent pas l'expertise d'un pédiatre. Cette charge de travail pour les suivis classiques limiterait leur disponibilité pour le suivi des enfants avec des pathologies chroniques, prématurés ou toute autre consultation nécessitant l'expertise d'un pédiatre. Elle déplorait également que les médecins généralistes n'aient malheureusement pas assez souvent le réflexe d'adresser leurs patients aux pédiatres libéraux pour un avis spécialisé (67). Le CNPP appelait alors à une meilleure synergie entre pédiatres et généralistes, la communication entre eux étant insuffisante.

La loi a finalement abouti à la désignation d'un médecin référent de l'enfant pouvant être un pédiatre ou un généraliste et l'absence de pénalité financière en cas de consultation avec un autre médecin (68). Devenir médecin référent de l'enfant offre également l'accessibilité à la ROSP (Rémunération sur Objectifs de santé publique) aussi bien pour les généralistes que pour les pédiatres, bien que les montants alloués par la ROSP pédiatriques soient très inférieurs à ceux correspondant aux personnes âgées. Elle a pour objectif d'intégrer dans la pratique des médecins des indicateurs sur la prévention et les maladies chroniques.

Ces désaccords et discordances dans la réorganisation du suivi des enfants a pu retarder l'application des réformes suggérées. Néanmoins, l'évolution démographique actuelle ne laisse que peu de choix à grand nombre de parents résidant en territoire sous-dotés concernant le choix du médecin référent de leurs enfants. Certaines régions de France considérées comme « déserts pédiatriques » n'ont plus de pédiatres ambulatoires. Il apparaît donc indispensable d'optimiser la formation en pédiatrie des internes de médecine générale puisqu'ils seront indéniablement de plus en plus sollicités, dans leur exercice à venir, pour prendre en charge des enfants.

E. Synthèse et pistes d'amélioration :

A partir de ce travail de recherche, nous nous sommes efforcées de synthétiser le ressenti et les attentes des parents interrogés afin de les mettre en parallèle avec les limites du parcours de soins actuel et de proposer une optimisation de ce dernier.

Ressenti et attentes des parents	Limites du parcours de soins actuel, contraintes pratiques	Optimisation possible du parcours de soin
<p>Manque de communication sur l'offre de soin médicale (MG) et paramédicale de la petite enfance</p>	<p>Pratique parfois individualiste des praticiens</p> <p>Médecins n'informant pas les parents des recours paramédicaux de ville</p> <p>Orientation systématique vers le pédiatre au décours de certaines maternités</p>	<p>Favoriser la communication entre professionnels médicaux notamment MG et pédiatres (Carnet de santé, courriers d'adressage, avis spécialisés, comptes-rendus...) pour un travail en collaboration</p> <p>Fournir aux parents l'information sur la variété de l'offre paramédicale (réseau de proximité) : infirmières et auxiliaires puéricultrices, sage-femmes...</p> <p>→ Accompagnement global</p> <p>En tant que MG, informer en amont les parents de notre activité de pédiatrie au cabinet. Transparence et conscience des aptitudes et limites du MG</p>
<p>Simplification du parcours de soins, proximité, disponibilité du praticien</p>	<p>Peu de regroupements de professionnels médicaux et paramédicaux de la petite enfance (hors PMI). Pédiatres surchargés et donc peu disponibles</p>	<p>Maisons médicales avec professionnels de santé (pédiatres/MG + paramédicaux)</p> <p>→ Travail en collaboration et optimisation logistique</p> <p>→ Disponibilité accrue, meilleure orientation.</p>

<p><u>Avantages du médecin de famille</u> : relation de confiance privilégiée au sein du foyer, intergénérationnelle</p> <p><u>Avantage du pédiatre</u> : rôle central de par sa spécialisation dans le suivi global (vaccins, développement...), confiance induite par son statut de spécialiste</p>	<p>Suivi pédiatrique mal défini, multiples acteurs du suivi.</p> <p>Choix du médecin consulté par les parents selon le contexte clinique (urgence, disponibilité, gravité ressentie) sans liaison entre les acteurs (MG / Permanences / Pédiatres / Urgences pédiatriques).</p>	<p>REDEFINIR LE ROLE DE CHAQUE ACTEUR :</p> <p><u>MG coordinateur de soin</u> : référent du suivi de base de l'enfant sans pathologie chronique, dépistage et réorientation adaptée. Assure le suivi et gère les urgences</p> <p><u>Pédiatre</u> : second recours pour expertise spécialisée ou suivi des enfants à risque ou atteints de pathologies chroniques</p> <p><u>Permanences médicales / urgences pédiatriques</u> : dans le cadre de la permanence de soin (we/j fériés) et des urgences graves.</p>
<p>Désir de ne pas démultiplier les acteurs du suivi : avoir un médecin référent unique qui connaît l'enfant à son état de base et suit son évolution.</p>		
<p>L'offre de soin pédiatrique est limitée en campagne avec des départs de médecins non remplacés.</p> <p>Les parents se tournent vers le MG par absence démographique de pédiatre ou surcharge de travail de ces derniers.</p>	<p>Déserts médicaux, pénurie de pédiatres</p> <p>Pédiatres attirés par l'exercice spécialisé, salarial, en centre hospitalo-universitaire</p>	<p>Rétablir l'attractivité de la pédiatrie :</p> <p>→ Augmenter le nombre de postes (ECNi)</p> <p>→ Revaloriser le salaire des pédiatres libéraux en tant que spécialistes.</p> <p>Stratégies de lissage de l'offre de soin sur le territoire, lutte contre les déserts médicaux (CESP, CPTS, incitations...)</p>
<p>Majorer l'offre de soin pédiatrique en libéral</p> <p>Prioriser les soins primaires ambulatoires</p>		
<p>Importance du pédiatre en période préverbale (communication complexe de l'enfant)</p>	<p>Appréhension de certains MG à pratiquer de la pédiatrie, consultations avec les nourrissons pouvant être anxigènes</p>	<p>OPTIMISER LA FORMATION DES MG :</p>

<p>Formation pédiatrique des MG hétérogène et insuffisante. Importance de l'expérience en pédiatrie.</p>	<p>Formation de base en pédiatrie de 3 ou 6 mois pour les internes de MG. Terrains de stage hospitaliers en majorité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stage de pédiatrie obligatoire pour tous les internes de MG de 6 mois - Formation plus centrée sur l'ambulatoire
<p>Importance accordée au professionnalisme, suivi médical rigoureux, exhaustivité du praticien.</p>	<p>MG jugé moins exhaustif, moindre antibio-vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Option « santé de l'enfant » : formation complémentaire en pédiatrie d'un an pour les MG intéressés
<p>Importance du comportement du médecin adapté à l'enfant, attitude bienveillance, douceur, patiente</p>	<p>MG parfois moins habitués plus maladroits</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser l'aptitude des MG impliqués en pédiatrie auprès des parents : renforcer leur confiance - Formation continue tout au long de l'activité professionnelle - Groupes de pairs (+/- pluri professionnels avec pédiatres) - Améliorer coordination et dialogue entre MG et pédiatres.
<p>Importance d'établir une relation de confiance avec le médecin. Lien privilégié avec le médecin de famille</p>	<p>Consultations chez le pédiatre parfois jugées comme plus formalisées, moins relationnelles</p>	<p>MG = interlocuteur privilégié. Relation en amont avec le médecin de famille, place l'enfant au sein d'un foyer. Prise en charge conjointe mère-enfant</p>
<p>Demande de conseil en parentalité, besoin de réassurance parentale, accompagnement éducatif au-delà du médical</p>	<p>Inquiétudes parentales notamment pour le premier enfant, sensation d'isolement, besoin d'aide en parentalité</p>	<p>Proposer groupes de parole/ateliers/accompagnement des parents par auxiliaires ou IDE puéricultrices. Place centrale du MG au sein des foyers, importance de la communication à travers l'écoute et la réassurance.</p>

<p>Attentes parentales d'une disponibilité accrue via interfaces communicationnelles numériques</p>	<p>Surcharge de travail des médecins, disponibilité parfois insuffisante, problématiques de suivi post-soins</p>	<p>Respect de la vie privée du médecin</p> <p>Apports du numérique dans le suivi médical (téléconsultation)</p> <p>Développer télé secrétariat dans structures pluridisciplinaires</p> <p>Proposer une réévaluation IDE</p>
---	--	---

Fort de ces constatations, nous avons, à travers ce schéma, proposé une optimisation du parcours de soins pédiatrique libéral :

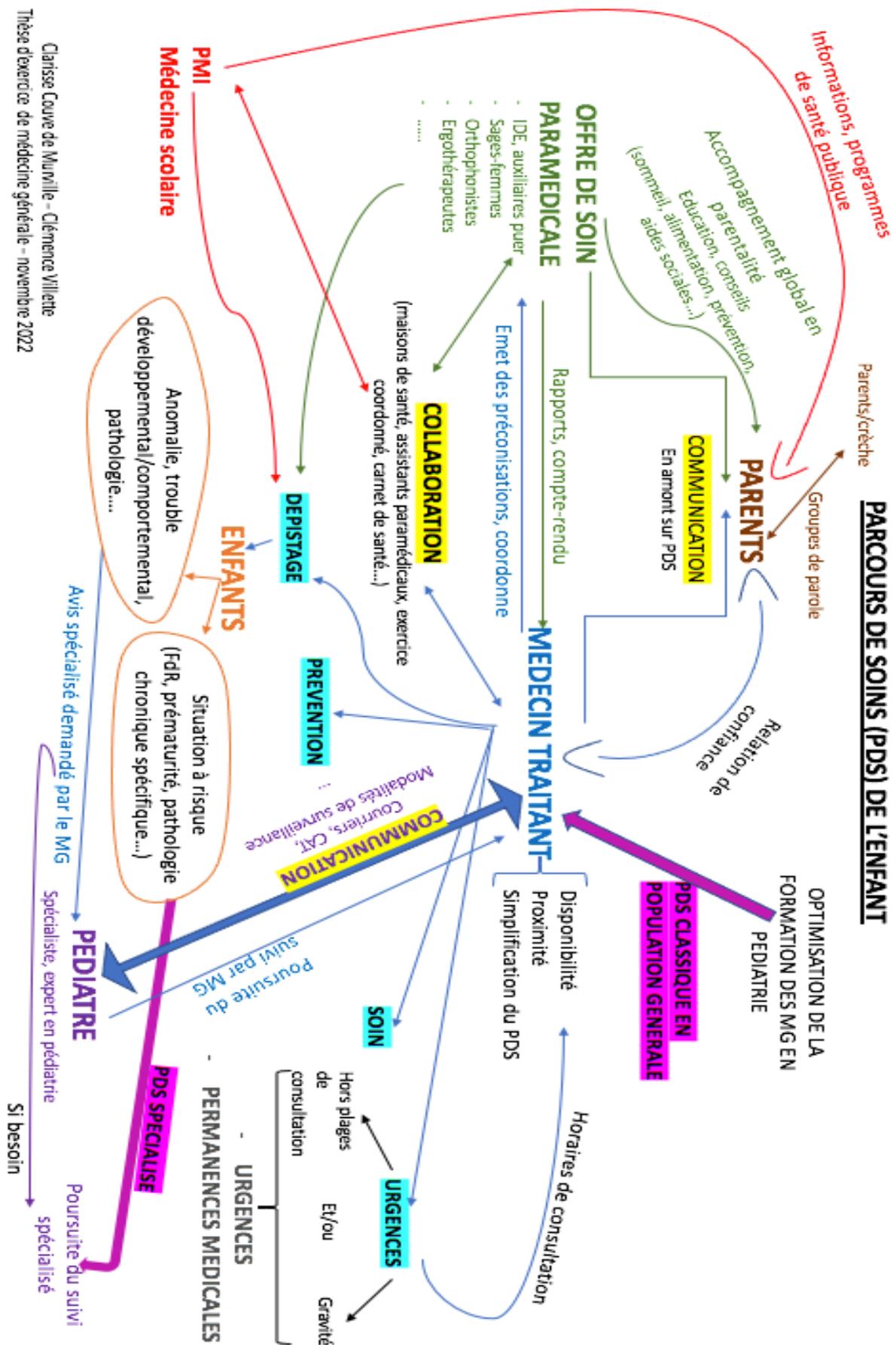


Figure 2 : Proposition d'optimisation du Parcours de soin pédiatrique

F. Conclusion :

Le choix des parents concernant le médecin traitant de leur enfant constitue un élément important qui impacte le suivi pédiatrique et le parcours de soins de l'enfant. Notre étude s'est attachée à recueillir leur ressenti sur le système de soins primaires pédiatriques actuel et leurs attentes pour l'avenir.

Les parents attachent une importance toute particulière au choix du médecin pour leur enfant et souhaitent une relation de confiance et une disponibilité en cas d'urgence. Les autres qualités attendues sont le professionnalisme, la rigueur et la compétence. Ils attendent également des qualités relationnelles adaptées au jeune enfant, comme la bienveillance, la patience et la douceur. Ils recherchent une prise en charge globale et un accompagnement qui va au-delà de la prise en charge médicale stricte en attendant du médecin qu'il puisse également prodiguer des conseils sur la parentalité.

Le choix du médecin traitant est donc un élément important et les familles s'appuient souvent sur les recommandations de leurs proches et sur leur ressenti personnel lors de la rencontre avec le médecin. En ce sens, le généraliste, comme médecin de famille a une place particulière au sein du foyer avec une relation de confiance privilégiée, préétablie et intergénérationnelle. Le parcours de soin peut être simplifié pour les familles avec une plus grande disponibilité et une proximité accrue.

Malgré la reconnaissance des compétences du médecin généraliste et une prise en charge jugée souvent similaire à celle du pédiatre, le généraliste occupe fréquemment une place secondaire en semi-urgence dans la prise en charge des pathologies aiguës et bénignes. Le rôle de ce dernier dans le suivi des enfants, le dépistage et la prise en charge des troubles développementaux est fréquemment méconnu. Les parents estiment que la formation pédiatrique des médecins généralistes est hétérogène et globalement insuffisante.

Comme nous l'avons exposé dans notre thèse, les contraintes démographiques sur la pédiatrie ambulatoire incitent à restructurer le parcours de soin de l'enfant. Les

différentes impulsions d'optimisation du suivi pédiatrique envisagées sur les dernières années tardent à aboutir. Nous avons également pu soulever au cours de notre étude un défaut de communication auprès des parents sur l'offre de soins médicale et paramédicale. Il semblerait judicieux que le médecin généraliste, préalablement formé, les informe de la possibilité de réaliser ce suivi si leur enfant ne présente pas de pathologie chronique requérant un parcours spécialisé auprès d'un pédiatre. Ainsi, le médecin généraliste retrouve son rôle de coordinateur en soins primaires : il assure le suivi global de l'enfant, prévient et dépiste les troubles développementaux et les pathologies, et propose une orientation adaptée le cas échéant, s'ils dépassent son champ de compétence. Cette redéfinition du parcours de soins pédiatrique permettrait de repositionner le pédiatre en tant qu'expert de l'enfant, assurant le suivi global des enfants atteints de pathologies chroniques spécifiques ou des enfants à risque. Le pédiatre, libéral ou salarié, en tant que spécialiste, devrait également pouvoir être sollicité de manière ponctuelle par le médecin généraliste à visée d'expertise sur une anomalie repérée au cours du suivi classique de l'enfant. Il émettrait ainsi des préconisations au médecin traitant sur la prise en charge et les modalités de suivi à adopter. Dans ce schéma, la prise en charge serait optimisée par une meilleure communication entre les acteurs de soins et une majoration de l'offre de soin en population générale avec un praticien référent unique, et un second recours plus disponible.

En ce sens, il est primordial d'optimiser la formation des internes de médecine générale au cours du troisième cycle, en leur permettant d'effectuer un stage d'au moins 6 mois en pédiatrie et d'appréhender dans la mesure du possible l'exercice pédiatrique libéral. Il faudrait également permettre aux internes de médecine générale intéressés de réaliser, au cours de leur cursus une formation supplémentaire optionnelle d'un an afin de renforcer leurs compétences en pédiatrie libérale. Ils pourraient ainsi constituer au sein du parcours de soins de l'enfant, un recours pédiatrique local, clairement identifiable par les familles.

Les professionnels de santé paramédicaux spécialisés dans la petite enfance devraient aussi pouvoir être associés plus systématiquement à la prise en charge ambulatoire. Coordonnés par le médecin traitant, ils participeraient au suivi de l'enfant et offriraient aux parents l'accompagnement global recherché en les conseillant sur les

nombreuses questions de la vie quotidienne et en participant au pré-tri des demandes de soins non programmés.

Ainsi, le regroupement de professionnels de santé médicaux et paramédicaux au sein de maison de santé pluriprofessionnelles est un mode d'exercice favorable à la collaboration entre professionnels de santé, offrant donc une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité.

G. BIBLIOGRAPHIE :

1. Pédiatrie / Histoire de l'Inserm [Internet]. INSERM. Disponible sur: <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/pediatrie>
2. Larousse É. Définition de la pédiatrie [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/p%C3%A9diatrie/15223>
3. Convention relative aux droits de l'enfant [Internet]. OHCHR. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
4. Baudon JJ. Naissance de la pédiatrie au 19 e siècle. La Presse Médicale. avr 2017;46(4):438-48.
5. Bégué P. Regards sur le passé et l'avenir de la pédiatrie, sa place à l'Académie de médecine. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. nov 2016;200(8-9):1743-50.
6. Introduction à la puériculture et à la pédiatrie [Internet]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/intro_pediatrie/site/html/2.html
7. Naissances – Fécondité - France - Tableau de bord de l'économie française [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/22_NAI
8. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2
9. Atlas CNOM tome 2 - Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales-2021.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse_etude/1hv7pva/atlas_cnom_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales_-2021.pdf
10. Chiffres clés : Pédiatre et néonatalogue | Profil Médecin [Internet]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-pediatre/>
11. Fauchier-Magnan et Fenoll - La pédiatrie et l'organisation des soins de santé .pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf>
12. Pédiatrie et soins de santé des enfants : une situation préoccupante [Internet]. vie-publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/280485-pediatrie->

et-soins-de-sante-des-enfants-une-situation-preoccupante

13. Anguis M. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?.pdf [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
14. DD 17-Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
15. Parcours de soins coordonnés.pdf [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf
16. 280116_dp_loi-de-sante.pdf [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
17. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0022 du 27/01/2016 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=f1zqqKkO-FAUZH67_XjED-7mT0ji9z3kMMVYU8Jy7sc=
18. Consultation par âge | PEDIADOC [Internet]. Disponible sur: <http://pediadoc.fr/ages>
19. Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>
20. Rapports Innocenti [Internet]. UNICEF France. 2013. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/rapports-innocenti>
21. Innocenti Research Centre - 2021 - Des mondes d'influence : Comprendre ce qui détermine le bien-être des enfants dans les pays riches.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Report-Card-16-Des-Mondes-d-Influence-Comprendre-ce-qui-determine-le-bien-etre_RC16_FR.pdf
22. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé [Internet]. vie-publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/29050-lenfant-et-ladolescent-un-enjeu-de-societe-une-priorite-du-systeme>
23. Qui veut la disparition de la pédiatrie ? [Internet]. Syndicat National des Pédiatres Français. 2017. Disponible sur: <https://www.snpf.fr/actualite/veut-disparition-de-pediatrie/>
24. « Disparition programmée de la pédiatrie : quel avenir pour la prise en charge des enfants ? » (Communiqué) [Internet]. La Veille Acteurs de Santé. 2020. Disponible sur: <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/163191/disparition-programmee-de-la-pediatrie-quel-avenir-pour-la-prise-en-charge-des-enfants-communique/>
25. Virey B. Rétablir l'attractivité de la pédiatrie | Avenir Spé [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.syndicatavenirspe.fr/retablir-lattractivite-de-la-pediatrie/>
26. Michel M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : Généraliste, Pédiatre ou PMI ? [Thèse]. Université Toulouse III; 2013
27. Winance M, Fournier C. Chapitre 1. Jalons historiques pour comprendre les enjeux de la recherche qualitative. Les recherches qualitatives en santé [Internet].

- Paris: Armand Colin; 2016. p. 24-42. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-24.htm>
28. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Princeton, NJ: Recording for the Blind & Dyslexic; 2008.
29. Rapport de la DREES : Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans - octobre 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1128.pdf>
30. Myara Zenou L. Facteurs déterminant l'orientation des nourrissons et des enfants âgés de moins de 6 ans vers le médecin généraliste ou le pédiatre [Thèse]. Université Paris Diderot-Paris 7; 2014.
31. Mascré F. Suivi médical des enfants âgés de 0 à 2 ans: motivations des parents, concernant le choix du praticien pour le suivi médical de leur premier enfant, en Picardie [Thèse]. Faculté de médecine d'Amiens; 2019.
32. Artufel-Meiffret M. Enquête qualitative auprès de 16 parents dans les Alpes-Maritimes [Thèse]. Université de Nice; 2013.
33. Chouvin M. Place du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique des enfants de moins de 6 ans dans le Vaucluse [Thèse]. Université Aix Marseille; 2021.
34. Légifrance. Article L4130-1 - Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438/
35. Allen et Heyrman - Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille.pdf [Internet]. Disponible sur: https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
36. Rosp du médecin traitant de l'enfant [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>
37. Guide méthodologique 2021 - ROSP Médecin Traitant de l'enfant.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/489906/document/rosp_2021_medecin_traitant_enfant_guide_methodologique_assurance_maladie.pdf
38. Beaumont Chouquais J. Freins et leviers des consultations de suivi des enfants de 0 à 6 ans par les médecins généralistes de l'agglomération caennaise [Thèse]. Université de Caen-Normandie; 2018.
39. Cassol É. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois : étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine [Thèse]. Université Bordeaux 2 ; 2015.
40. HAS - Trouble du spectre de l'autisme Des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires - Février 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_des_signes_dalerte_a_la_consultation_dediee_en_soins_primaires_1er_ligne_-_synthese.pdf

41. Bergeron C. Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant [Thèse]. Université d'Angers; 2019.
42. Bienfait G. Regard des parents d'enfants suivis par un pédiatre vis-à-vis du suivi et de la prise en charge de l'enfant par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.
43. Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009.pdf [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf
44. Observatoire des territoires - ANCT - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&i=apl.apl_mg_65_hmep&s=2018&view=map36
45. Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>
46. 1000 premiers jours-presentation-24.08.21.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-presentation-24.08.21.pdf>
47. Rétablir l'attractivité de la pédiatrie | Avenir Spé [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.syndicatavenirspe.fr/retablir-lattractivite-de-la-pediatrie/>
48. Rapport de la DREES mars 2022 : Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/er1223.pdf>
49. Martos S. Démographie en péril, rémunération peu attractive : la pédiatrie libérale craint pour sa survie [Internet]. Le Quotidien du Médecin. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/demographie-en-peril-remuneration-peu-attractive-la-pediatrie-liberale-craint-pour-sa-survie>
50. Ministère des solidarités et de la santé : Dossier de presse « Ma santé 2022, un engagement collectif » 18 septembre 2018 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
51. Ministère de la Santé et de la Prévention - Le principe du CESP [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
52. Strasser R, Neusy AJ. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. Bull World Health Organ. 1 oct 2010;88(10):777-82.
53. Portela M (DREES/SEEE). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. 2021;78.
54. ISNAR-IMG. DES de médecine générale [Internet]. ISNAR-IMG. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>
55. ISNAR-IMG. Historique de l'ISNAR-IMG [Internet]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/lisnar-img/historique/>
56. ISNAR.IMG : La réforme du troisième cycle des études médicales- septembre 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/La-reforme-du-troisieme-cycle-en-3-mn-27-09-2017.pdf>
57. Daillencourt F. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine

générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie ? [Thèse]. Université Bretagne Loire; 2018.

58. Légifrance. Article 59 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001849148

59. World Health Organization. Regional Office for Europe. Situation of child and adolescent health in Europe [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2018. 220 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342237>

60. Le système de santé allemand [Internet]. Disponible sur:

<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/allemande.html>

61. Le système de santé italien [Internet]. Disponible sur:

<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/italie.html>

62. Le système de santé espagnol [Internet]. Disponible sur:

<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/espagne.html>

63. Le système de santé britannique [Internet]. Disponible sur:

https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume_uni.html

64. Denni M. Exercice de la pédiatrie en médecine générale: ressenti des jeunes médecins, difficultés rencontrées et attentes de formation [Thèse]. Faculté de médecine de Strasbourg; 2019.

65. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. MG France. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>

66. CNPP - communiqué de presse « j'aime mon pédiatre » du 10 juin 2014 [Internet]. Disponible sur:

https://afpa.org/content/uploads/2017/06/cp_jaimemonpediatre_2014-06-10-1.pdf

67. Le médecin traitant pour les enfants fâche les pédiatres [Internet]. 2014.

Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/06/19/22501-medecin-traitant-pour-enfants-fache-pediatres>

68. Légifrance. Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0022 du 27/01/2016 [Internet]. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=f1zqqKkO-FAUZH67_XjED-7mT0ji9z3kMMVYU8Jy7sc=

H. Liste des abréviations :

- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
- UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance).
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- UE : Union Européenne
- SNPF : Syndicat National des Pédiatres Français
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- RGPD : Règlement Général sur le Protection des Données
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- SUDOC : Système Universitaire de Documentation
- HAS : Haute Autorité de Santé
- MG : Médecin Généraliste
- PM : Permanences Médicales
- WONCA : World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners/family physicians (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille)
- ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers
- ONDPS: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- CSP : Code de la Santé Publique
- NGAP : Nomenclature Générale des Actes et des Prestations
- ECN : Épreuves Classantes Nationales
- ARS : Agences Régionales de Santé
- CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
- HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- DES : Diplôme d'Études Spécialisées

- DIU : Diplôme Interuniversitaire
- ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
- SSN : Servizio Sanitario Nazionale (Service national de santé)
- ASL : Azienda Sanitaria Locale (Autorités sanitaires locales)
- GP : General Practitioner (Médecin généraliste)
- NHS : National Health Service
- SNPF : Syndicat National des Pédiatres Français
- CNPP : Conseil National des Professionnels de Pédiatrie
- FdR : Facteur de risque

I. Liste des annexes et tableaux :

- Annexe 1 : formulaire d'information et de consentement destiné aux parents
- Annexe 2 : fiche de renseignements socio-démographiques destinée aux parents
- Annexe 3 : guide d'entretien initial destiné aux investigatrices
- Annexe 4 : guide d'entretien modifié destiné aux investigatrices
- Figure 1 : tranches d'âge des parents (cf page 16)
- Figure 2 : Proposition d'optimisation du parcours de soin pédiatrique (cf page 101)
- Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée (cf page 17)
- Tableau 2 : caractéristiques des entretiens (cf page 19)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT :
ETUDE QUALITATIVE : SUIVI PEDIATRIQUE EN VILLE.

Dans le cadre de notre thèse de médecine générale, nous réalisons une étude portant sur le suivi pédiatrique en ville : point de vue des familles concernant leur choix de praticien référent.

Méthode : Entretien (10-15min) réalisé par une interne de médecine générale dans les locaux des urgences pédiatriques d'Aubagne ; enregistrement audio permettant une retranscription exacte ; questions ouvertes selon guide prédéfini d'entretien ; anonymisation des données.

Objectif : Optimiser la formation pédiatrique en médecine générale ; cibler les attentes des parents et adapter notre pratique future.

Que se passe-t-il si je participe à cette étude ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience sur le suivi de vos enfants.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

- Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.
- Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits et les transcriptions gardées de façon sécurisée.
- L'analyse des données sera réalisée par deux internes de médecine générale.
- Les résultats seront utilisés dans le cadre de notre thèse en médecine générale et pourront éventuellement être publiés.

CONSENTEMENT :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et bénévole et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

SIGNATURE :

Annexe 2 : fiche de renseignements socio-démographiques destinée aux parents :

FICHE DE RENSEIGNEMENT :

- Numéro d'identification du participant :
- Je suis : UN HOMME UNE FEMME
- tranche d'âge : 20-25 ans 25-30 ans 30-35 ans 35-40 ans
> 40 ans
- DEPARTEMENT :
- PROFESSION :
- REVENU DU FOYER : Mensuel / Annuel (au choix)
- NOMBRE D'ENFANTS :
- AGE DES ENFANTS :

Annexe 3 : guide d'entretien initial destiné aux investigatrices :

GRILLE D'ENTRETIEN :

1. Résidez-vous en ville ou à la campagne ; en semi-rural ?
2. Quelles sont les structures / praticiens pour le suivi pédiatrique existants dans votre lieu d'habitation ? (PMI ; urgences ; généraliste ; pédiatre ; autre).
3. Combien avez-vous d'enfants ? Quels sont leurs âges ?
4. Ont-ils des problèmes de santé / nécessitent-t-ils un suivi régulier ?
5. Comment avez-vous choisi le médecin référent de votre/vos enfant(s), quelle est votre expérience personnelle ? (Développer +++ ressenti)
6. (Si suivi conjoint généraliste / pédiatre) : dans quelles circonstances voyez-vous l'un ou l'autre des praticiens ? (Ou à partir de quel âge pour le suivi ?)
7. Quels seraient vos besoins/exigences en tant que parent pour le suivi de vos enfants ?
8. Quelles sont vos appréhensions/craintes concernant le suivi pédiatrique de votre enfant ?

Annexe 4 : guide d'entretien modifié destiné aux investigatrices :

GRILLE D'ENTRETIEN :

1. Résidez-vous en ville ou à la campagne ; en semi-rural ?
2. Quelles sont les structures / praticiens pour le suivi pédiatrique existants dans votre lieu d'habitation ? (PMI ; urgences ; généraliste ; pédiatre ; autre).
3. Combien avez-vous d'enfants ? Quels sont leurs âges ?
4. Ont-ils des problèmes de santé / nécessitent-ils un suivi régulier ?
5. Comment avez-vous choisi le médecin référent de votre/vos enfant(s), quelle est votre expérience personnelle ? (Développer +++ ressenti) **Avez-vous perçu des différences dans la prise en charge par le pédiatre ou généraliste ?**
6. **Pensez-vous que votre médecin traitant est en capacité de réaliser le suivi de votre enfant ? Vous l'a-t-il proposé ? S'il vous l'avait proposé, vous seriez-vous tourné plutôt vers lui ? Pourquoi ? (Développer)**
7. (Si suivi conjoint généraliste / pédiatre) : dans quelles circonstances voyez-vous l'un ou l'autre des praticiens ? (Ou à partir de quel âge pour le suivi ?)
8. ~~Quels seraient vos besoins/exigences en tant que parent pour le suivi de vos enfants ?~~ **Qu'attendez-vous du médecin qui suit votre enfant ?**
9. ~~Quelles sont vos appréhensions/craintes concernant le suivi pédiatrique de votre enfant ?~~ **À faire appel à un pédiatre pour suivre votre enfant ? Et un généraliste ? (Poser les deux).**
10. **Que pensez-vous du suivi de vos enfants en médecine générale ?**
11. **Quelles seraient vos suggestions envers les médecins généralistes pour répondre au mieux à vos attentes en tant que parent ?**

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.