



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Pédiatrie libérale dans les Hauts-de-France :
démographie, organisation et problématiques**

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 2021 à 18 heures

au Pôle Formation

par Stéphanie BRÉDY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Madame le Professeur Sylvie NGUYEN

Monsieur le Docteur Antoine CAMPION

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume POUESSEL

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

APL : Association des Pédiatres Libéraux

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CHG : Centre Hospitalier Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

FMC : Formation Médicale Continue

IEM : Institut d'Education Motrice

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

NPC : Nord-Pas-de-Calais

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

UTPAS : Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale

Sommaire

Résumé	6
Introduction	7
Matériel et méthodes	9
1. Recherche des pédiatres et questionnaire	9
2. Recueil des données	11
3. Analyses statistiques	11
4. Aspects réglementaires	11
Résultats	12
1. Population	12
2. Analyse des réponses au questionnaire	13
A. Démographie médicale et généralités	13
B. Mode d'organisation	17
C. Liens ville-hôpital	20
D. Formation médicale continue.....	24
E. Matériel utilisé.....	26
F. Difficultés ressenties de l'installation	28
G. Avenir envisagé	29
Discussion	33
Conclusion	46
Références	47
Annexes	50
Annexe 1 : Questionnaire destiné aux pédiatres libéraux	50
Annexe 2 : Densité des pédiatres libéraux par région.....	55
Annexe 3 : Densité des pédiatres libéraux dans les Hauts-de-France.....	56

Résumé

Contexte : Alors que les besoins de soins en pédiatrie augmentent et se diversifient, la pédiatrie libérale en France rencontre des difficultés liées à un déficit démographique grandissant, une désaffection pour ce mode d'exercice. L'objectif de ce travail était de dresser un état des lieux de l'exercice de la pédiatrie libérale dans les Hauts-de-France et de décrire les problématiques rencontrées.

Méthodes : Enquête observationnelle descriptive par le biais d'un questionnaire destiné aux pédiatres libéraux en activité dans les Hauts-de-France entre 2019 et 2020.

Résultats : 58 pédiatres ont participé à l'étude (taux de réponse : 48%). La majorité des participants exerçait dans le Nord-Pas-de-Calais (94%). Le mode d'exercice était principalement urbain (86%), en cabinet de groupe (55%) en association avec d'autres pédiatres (38%). La plupart des pédiatres (85%) avaient exercé en secteur hospitalier auparavant, en moyenne pendant 8,3 ans ; 66% revendiquaient un diplôme de surspécialité. La moitié (48%) des pédiatres pratiquait une activité non exclusivement libérale. Tous les participants travaillaient en réseau avec un CHU, 36% rapportaient des difficultés pour contacter les spécialistes, 46% des difficultés pour récupérer les comptes-rendus hospitaliers. Tous les pédiatres suivaient une formation médicale continue. Vingt-six pour cent des pédiatres participaient à un tour de garde, 95% acceptaient des rendez-vous en urgence. Cinquante-huit pour cent des participants s'estimaient prêts à former des internes. Les principales difficultés rapportées concernaient le manque d'informations sur les modalités d'installation (63%), le manque de temps personnel (62%), l'excès de patients (57%), et l'équilibre entre le temps médical et administratif (57%). Les principales satisfactions rapportées concernaient la relation de confiance avec les patients (98%), la liberté dans le mode d'exercice (86%), la variété des problématiques rencontrées (70%).

Conclusion : Notre étude souligne l'implication des pédiatres libéraux dans l'offre de soins destinés aux enfants notamment dans les compétences de surspécialités et la permanence de soins. Elle souligne aussi les axes d'amélioration de la pratique de la pédiatrie libérale : renforcer les liens ville-hôpital (communication), valoriser l'activité riche et variée du pédiatre en libéral vis-à-vis des pédiatres hospitaliers, améliorer la formation dans certains domaines de la pédiatrie (dépistage, éducation thérapeutique).

Introduction

La pédiatrie libérale assure un rôle essentiel pour le suivi du développement physique, social et psychologique de l'enfant, le suivi des maladies chroniques et des situations de handicap, mais également pour la prévention, l'amélioration de la santé publique, le dépistage, l'éducation à la santé, l'intervention précoce en cas de troubles de l'interaction familiale, sans oublier la formation des internes et jeunes pédiatres. [1]

Les missions du pédiatre libéral évoluent et se diversifient avec les progrès en génétique, en néonatalogie avec le suivi des prématurés, l'amélioration du dépistage, la prise en charge des troubles survenant à l'adolescence...

La diversité des pratiques et la spécialisation en pédiatrie exigent une formation spécifique et continue, une disponibilité importante (consultations non prévues, participation à la permanence des soins), et une capacité à travailler en réseau avec de multiples autres acteurs (médecins généralistes, pédiatres hospitaliers, Protection Maternelle et Infantile (PMI), médecine scolaire...). [2, 3]

En France, au 1^{er} janvier 2020, on compte 16 084 743 enfants et adolescents âgés de moins de 19 ans, ce qui représente 24% de la population française. [4]
Dans la région Hauts-de-France en 2017, les enfants de moins de 19 ans représentaient 26% de la population ; il s'agit de la région la plus jeune de France métropolitaine. [5, 6]

En 2019, 7416 pédiatres exerçaient en France dont 586 dans les Hauts-de-France avec une densité de 52,3 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans le Nord-Pas-de-Calais (NPC) et de 49,8 en Picardie, pour une densité moyenne nationale de 66,9 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. [7, 8]

Leur mode d'exercice est en majorité hospitalier. D'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2019, en France, 21,4% des pédiatres exerçaient une activité en libéral, 10,4% avaient une activité mixte, soit 68,2% en activité salariée. Dans les Hauts-de-France en 2019, on recensait 586 pédiatres dont 14% en libéral, 10% avec une activité mixte, 77% de salariés. [8, 9]

Sur la période de 2007 à 2015, selon les données du CNOM, les effectifs de pédiatres avec un mode d'exercice libéral ou mixte ont diminué de 7,5% dans le NPC et de 3,9% en Picardie avec une tendance attendue sur la période 2015-2020 d'une diminution de 4,6 % dans le NPC et de 2,7% en Picardie. [10, 11]

Ces données soulignent l'importance de l'offre de soins en pédiatrie, mais aussi des problèmes de déficit démographique et de diminution des effectifs en libéral.

Peu de données sont disponibles sur la pratique actuelle de la pédiatrie libérale dans notre région et les difficultés rencontrées par les praticiens.

L'objectif de cette étude était de dresser un état des lieux de l'offre de soins en pédiatrie libérale dans la région Hauts-de-France, d'en décrire ses modalités pratiques et d'essayer de mettre en évidence les problématiques rencontrées par les pédiatres en ville, afin de suggérer des pistes pour améliorer les conditions de travail, l'offre et la coordination des soins dans notre région, et pour favoriser le développement de la pédiatrie de ville dans les Hauts-de-France.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une enquête observationnelle descriptive par questionnaire électronique et papier se déroulant entre avril 2019 et octobre 2020.

La population éligible comportait les pédiatres exerçant en libéral dans les Hauts-de-France, en activité au début de l'étude. Les critères d'exclusion étaient d'avoir pour adresse professionnelle une Protection Maternelle et Infantile (PMI), une clinique privée, un Institut d'Education Motrice (IEM), un centre hospitalier, un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), une Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS), une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), une pouponnière.

1. Recherche des pédiatres et questionnaire

Le questionnaire était présenté en 2019 lors d'une réunion commune entre la Société Française de Pédiatrie (SFP) et l'Association des Pédiatres Libéraux (APL) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens. Des questionnaires papier complétés étaient également collectés lors d'une réunion de l'APL en avril 2019.

La liste des pédiatres exerçant dans la région Hauts-de-France était identifiée sur le site du CNOM, permettant d'obtenir dans certains cas les coordonnées téléphoniques, sinon celles-ci étaient retrouvées par recherche sur internet.

Les adresses électroniques étaient ensuite obtenues après appel téléphonique auprès des cabinets, également avec l'aide du Dr Campion, Président de l'APL du Nord-Pas-de-Calais, permettant la diffusion du questionnaire par voie électronique aux membres de l'APL.

Le questionnaire (annexe 1) était réalisé avec le logiciel Google Forms et les réponses étaient anonymes. Il comportait sept rubriques et 110 questions.

-La 1^{ère} partie portait sur la démographie médicale et des généralités concernant les pédiatres : âge, sexe, année d'installation en ville, code postal du cabinet, caractéristiques du cabinet (seul ou en groupe, surspécialités, secteur 1 ou 2).

-La 2^{ème} partie concernait le mode d'organisation des pédiatres : temps de travail et de vacances, participation à une activité en dehors du libéral, organisation des journées, secrétariat.

-La 3^{ème} partie détaillait les liens entre la ville et l'hôpital et entre spécialités : réunions avec le Centre Hospitalier Général (CHG) ou CHU, demandes d'avis auprès des confrères au CHG ou CHU, avis des confrères surspécialisés en ville, délai nécessaire pour obtenir un rendez-vous de surspécialité, difficultés de communication entre la ville et l'hôpital.

-La 4^{ème} partie traitait de la formation médicale continue : sous quelles formes, à quelle fréquence, ressenti sur le besoin de formation.

-La 5^{ème} partie concernait le matériel utilisé au cabinet : dossiers papier ou informatisés, matériel pour dépistages et éducation thérapeutique.

-La 6^{ème} partie détaillait les difficultés ressenties de l'installation, la gestion des tâches administratives et des finances.

-La 7^{ème} partie interrogeait sur l'avenir envisagé : modifications de l'activité, satisfactions et frustrations liées au travail en libéral.

2. Recueil des données :

Les réponses étaient analysées avec le logiciel Google Forms par l'investigatrice principale, la seule à avoir un accès protégé par un mot de passe, et exportées sur un fichier Excel. Pour les questionnaires papier, les données étaient saisies manuellement dans le logiciel Google Forms. Des contrôles étaient effectués pour éliminer la présence de réponses en double. Les réponses et remarques recueillies en lien avec des questions libres ont été rendues sous la forme de bulles en fin de chaque partie.

3. Analyses statistiques :

Analyse descriptive des données par l'investigatrice principale à l'aide du logiciel Excel. Tous les pourcentages étaient arrondis à l'entier le plus proche.

4. Aspects réglementaires :

Une demande d'avis éthique et réglementaire était formulée auprès de Mme Trouillet, attachée de recherche clinique à l'Unité Fonctionnelle de Recherche Clinique au Centre Hospitalier de Roubaix. Devant l'absence de données de santé concernant des praticiens ou des patients, il n'y avait pas de nécessité de déclaration spécifique auprès des autorités.

Résultats

1. Population

Au mois d'octobre 2020, d'après l'annuaire du CNOM, 652 pédiatres étaient inscrits à l'Ordre des Médecins dans les Hauts-de-France. La liste était parcourue par l'investigatrice principale, les pédiatres avec une adresse de cabinet en ville étaient sélectionnés, au nombre de 122, soit 18,7%.

Le nombre de réponses était de 58 sur 122 soit un taux de réponse de 48%, après le retrait d'un doublon. L'étude portait donc sur 58 pédiatres (figure 1).

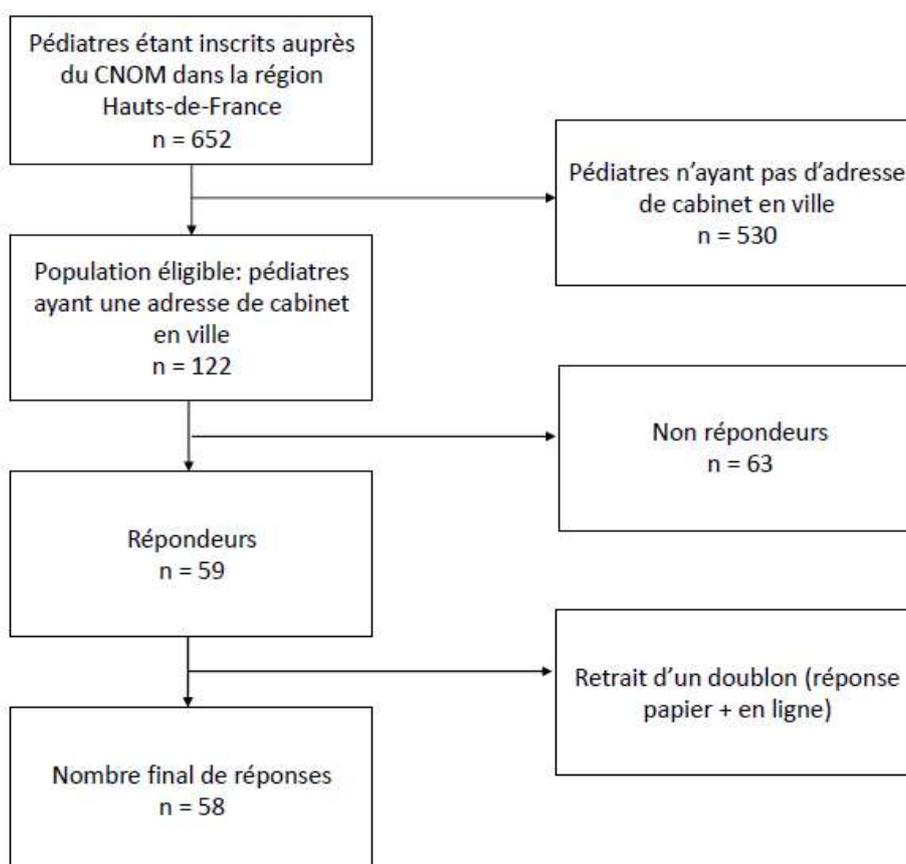


Figure 1 : Diagramme de flux.

2. Analyse des réponses au questionnaire

A. Démographie médicale et généralités

Les caractéristiques des participants sont représentées dans le tableau I.

La densité calculée de pédiatres libéraux était de 1 pédiatre libéral pour 9608 enfants, soit 10,4 pédiatres pour 100 000 enfants (122 pédiatres libéraux retrouvés dans l'annuaire du CNOM dans les Hauts-de-France, et 1 172 235 enfants de 0 à 14 ans en Hauts-de-France selon les données de l'INSEE en 2017). [5]

Tableau I : Caractéristiques des 58 participants.

	n	%	Moyenne (années)	Ecart type
Age ⁽¹⁾			49	± 11,5
Sexe féminin	44	76		
Secteur hospitalier avant libéral	49	85		
Secteur hospitalier avant libéral, durée ⁽²⁾			8,3	± 6,2
Durée d'exercice en ville			14,3	± 12
Mode d'exercice urbain	50	86		
Mode d'exercice rural	6	10		
Mode d'exercice semi-rural	2	4		
Secteur 1	28	48		
Secteur 2	24	42		
Secteur 2 OPTAM	6	10		

⁽¹⁾ 12 données manquantes.

⁽²⁾ 1 donnée manquante.

Quarante-neuf pédiatres (85%) avaient exercé en secteur hospitalier avant de s'installer en libéral. Cela signifiait que neuf pédiatres (15%) avaient eu une activité strictement libérale dans leur carrière.

Parmi la population étudiée, 28 d'entre eux (48%) exerçaient en secteur 1, 24 (42%) en secteur 2 et six (10%) en secteur 2 Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM : dispositif proposé par l'Assurance Maladie depuis 2017, ayant pour but de favoriser l'accès aux soins et de limiter les dépassements d'honoraires, en engageant le praticien à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement, lui permettant de bénéficier d'une prime).

Les pédiatres participants exerçaient en majorité dans le département du Nord (59) avec 42 réponses sur 58 pédiatres (73% des réponses), puis dans le département du Pas-de-Calais (62) avec 12 réponses sur 58 pédiatres (21%), puis les départements de l'Aisne (02) et de l'Oise (60) avec deux réponses sur 58 pédiatres (3%) chacun. Nous n'avons pas obtenu de réponse des pédiatres de la Somme (80).

La répartition des pédiatres et les taux de réponse par département sont représentés dans la figure 2.

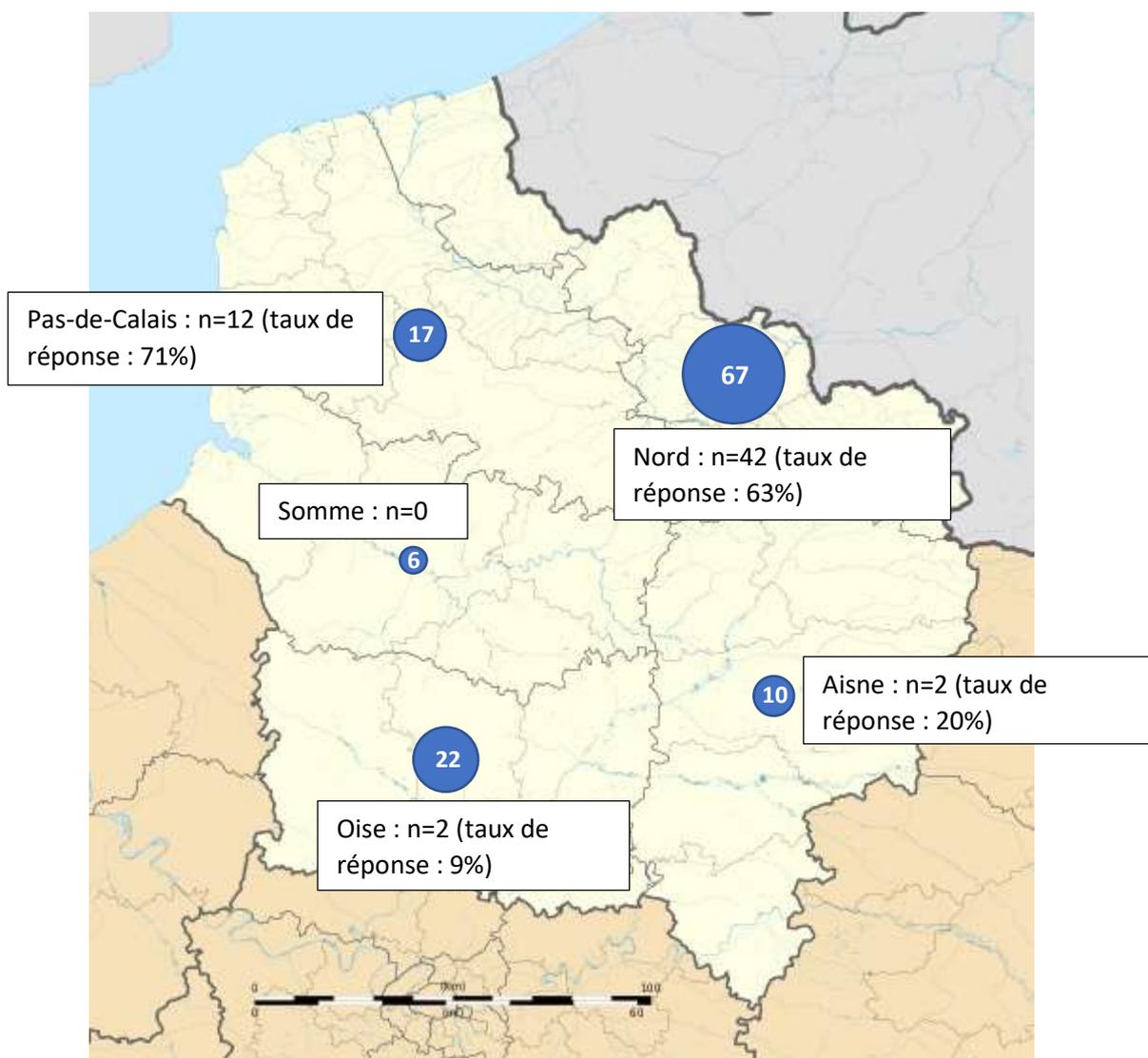


Figure 2 : Nombre de pédiatres par département selon les données du CNOM (dans le rond bleu) et participants à l'étude.

Concernant le mode d'installation, 26 pédiatres (45%) rapportaient travailler seul(e)s en cabinet, 32 (55%) travaillaient en groupe.

Parmi les pédiatres travaillant en groupe, 22 collaboraient avec d'autres pédiatres uniquement, dix avec d'autres spécialités. Cette répartition est représentée dans la figure 3.

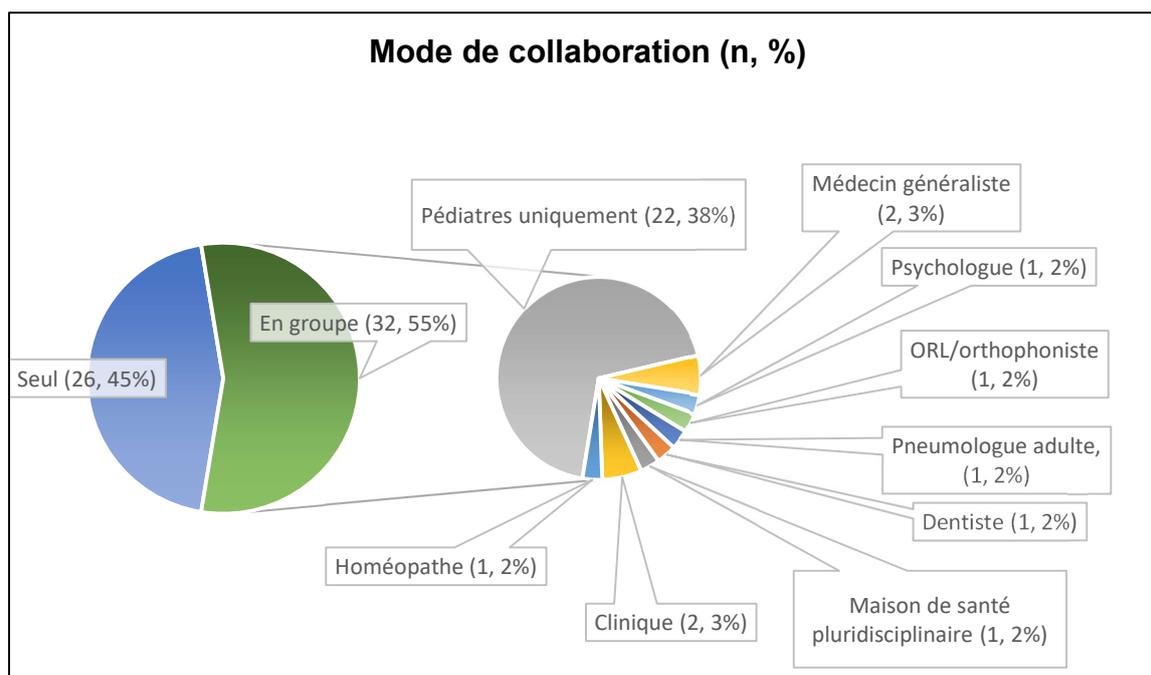


Figure 3 : Mode de collaboration des pédiatres (en valeur absolue et pourcentage).

Un diplôme de surspécialité était déclaré par 38 pédiatres (66%), dont la liste est détaillée dans le tableau II.

Sur 34 pédiatres (quatre données manquantes), 12 (35%) proposaient une plage dédiée de consultation de surspécialité par semaine.

En étudiant un groupe de pédiatres âgés de moins de 45 ans (n=27, 46%) à ceux âgés de plus de 60 ans (n=13, 22%), il semble y avoir une plus grande proportion de pédiatres surspécialisés chez les pédiatres âgés de moins de 45 ans (n=22 soit 81%), que dans le groupe de plus de 60 ans (n=5 soit 38%).

Tableau II : Diplômes de surspécialités revendiqués par les pédiatres participants.

Surspécialités déclarées (38 réponses)	n	%
Pneumologie et allergologie	8	21
Néonatalogie	5	13
Gastro-pédiatrie	4	10
DU lactation humaine, allaitement maternel	3	8
DIU réanimation néonatale	2	5
DIU maternité	2	5
DIU médecine fœtale	2	5
Dermatologie	2	5
Gynécologie pédiatrique	2	5
Neurophysiologie	2	5
Neuropédiatrie	2	5
Homéopathie	2	5
DIU échocardiographie, vaccinologie, prévention des maladies infectieuses, pathologies infectieuses pédiatriques, endocrinologie, urgences pédiatriques, onco-hématologie, néphropédiatrie, réanimation.	1	3

B. Mode d'organisation

Concernant le temps de travail :

Les pédiatres rapportaient travailler en moyenne huit demi-journées par semaine (écart type : 1,66), et prendre en moyenne 6,7 semaines de vacances par an (écart type : 1,9).

Concernant l'activité :

Vingt-huit pédiatres (48%) rapportaient avoir une activité mixte (non exclusivement libérale). Ils passaient en moyenne 5,5 demi-journées par mois (écart type : 4) en dehors de leurs consultations en libéral pour des activités complémentaires, décrites dans le tableau III. Les principales activités complémentaires concernaient une participation à des consultations hospitalières (n=10, 17%), en crèche (n=7, 12%), en service hospitalier (n=7, 12%) ou au CAMSP (n=5, 9%).

Tableau III : Activité libérale et mixte, répartition des activités complémentaires

	n	%
Activité libérale exclusive	30	52
Activité mixte :	28	48
Consultation à l'hôpital	10	17
Service hospitalier	7	12
Crèche	7	12
CAMSP	5	9
Pédiatrie humanitaire	3	5
Institut pour enfants handicapés	3	5
PMI	1	2
Foyer d'adolescentes/jeunes mamans	1	2
CIC	1	2

La moyenne du nombre de patients vus par jour dans leur secteur d'exercice était de 19,5 (écart-type : 7). Les enfants étaient suivis en moyenne jusqu'à l'âge de 16 ans (écart type : 2).

Treize pédiatres (26%, avec 8 données manquantes) participaient à un tour de garde, pour tous en néonatalogie ou en maternité, pour un également aux urgences pédiatriques et en réanimation.

Pour onze pédiatres parmi ceux-là, le nombre moyen de gardes était de six par mois (écart-type : 2). Deux pédiatres rapportaient faire des semaines d'astreinte en maternité, environ une semaine par mois.

Sur 57 réponses, deux pédiatres (4%) proposaient des consultations sans rendez-vous, entre une et deux demi-journées par semaine.

Les rendez-vous étaient cependant acceptés en urgence par 54 pédiatres (95%). Pour 42 pédiatres (78%), la consultation était possible dans la journée, pour cinq pédiatres (9%), dans les trois jours, pour cinq (9%) dans la semaine, pour deux (4%) plus d'une semaine après la demande.

En dehors de l'urgence, le délai habituel pour obtenir un rendez-vous est résumé dans le tableau IV.

Tableau IV : Délai habituel des rendez-vous

Délai	Eté ⁽¹⁾ n (%)	Hiver ⁽²⁾ n (%)
< 1 semaine	13 (24)	9 (17)
1 semaine – 1 mois	22 (41)	22 (42)
1 mois – 2 mois	14 (26)	14 (27)
> 2 mois	5 (9)	7 (14)

⁽¹⁾ 4 données manquantes

⁽²⁾ 6 données manquantes

Le nombre d'avis ponctuels donnés en tant que consultant était en moyenne de huit par semaine (écart-type : 12, avec 4 données manquantes).

Concernant l'organisation du cabinet :

Sur 57 pédiatres, 44 (77%) rapportaient avoir un secrétariat au cabinet, en moyenne (sur 44 réponses) 8,6 demi-journées par semaine (écart-type : 2,9).

Sur 57 pédiatres, 43 (75%) utilisaient les prises de rendez-vous sur internet.

« Les délais de rendez-vous sont variables selon si l'enfant est connu du cabinet ou non, adressé ou non, rendez-vous long ou pas (examen annuel, énurésie, problème scolaire...). »

« Quasiment tous mes patients sont aussi vus par le généraliste ou la PMI, mais certains parents veulent absolument toujours voir leur pédiatre. »

« Pour les urgences je suis sélective car peu de place. »

C. Liens ville-hôpital

Trente-et-un pédiatres (54%) participaient à des réunions au CHU, à une fréquence d'une fois par mois pour sept (23%), d'une fois tous les trois mois pour 15 (50%), d'une fois tous les six mois pour cinq (17%), et d'une fois par an pour trois (10%).

Tous les pédiatres rapportaient prendre des avis auprès des confrères au CHU, plusieurs fois par semaine pour dix pédiatres (17% des cas), plusieurs fois par mois pour 33 pédiatres (57% des cas), moins d'une fois par mois pour 15 (26%).

Ils rapportaient adresser des enfants aux urgences pédiatriques plus d'une fois par semaine pour trois d'entre eux (5%), plusieurs fois par mois pour 19 (34%), moins d'une fois par mois pour 32 (57%); deux pédiatres (4%) rapportaient ne jamais envoyer d'enfant aux urgences.

La fréquence à laquelle les pédiatres rapportaient prendre des avis auprès de spécialistes en ville est détaillée dans le tableau V. Les délais habituels estimés avant d'obtenir un rendez-vous de surspécialité sont indiqués dans le tableau VI.

Tableau V : Fréquence de prises d'avis auprès de spécialistes en ville

	> 1 fois/jour	> 1 fois/semaine	> 1 fois/mois	< 1 fois/mois	Jamais
Spécialité	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ORL	2 (3)	17 (29)	27 (47)	12 (21)	0 (0)
Ophtalmologie	0 (0)	15 (26)	23 (40)	19 (32)	1 (2)
Pneumologie ⁽¹⁾	0 (0)	2 (3)	21 (38)	24 (43)	9 (16)
Allergologie	0 (0)	3 (5)	19 (33)	28 (48)	8 (14)
Gastro-entérologie ⁽²⁾	0 (0)	1 (2)	13 (24)	38 (69)	3 (5)
Cardiologie	0 (0)	3 (5)	26 (45)	28 (48)	1 (2)
Dermatologie ⁽³⁾	0 (0)	3 (5)	12 (21)	41 (72)	1 (2)
Neurologie ⁽³⁾	0 (0)	1 (2)	5 (9)	49 (86)	2 (3)
Psychiatrie ⁽³⁾	0 (0)	0 (0)	6 (10)	45 (80)	6 (10)
Dentiste	0 (0)	2 (3)	5 (9)	47 (81)	4 (7)

⁽¹⁾ 2 données manquantes ⁽²⁾ 3 données manquantes ⁽³⁾ 1 donnée manquante

Tableau VI : Délais habituels estimés pour obtenir un rendez-vous de surspécialité :

Spécialité	< 1 semaine	< 1 mois	< 6 mois	< 1 an	> 1 an
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ORL ⁽¹⁾	13 (23)	12 (21)	31 (54)	1 (2)	0 (0)
Ophtalmologie ⁽²⁾	3 (5)	14 (26)	33 (60)	3 (5)	2 (4)
Pneumologie ⁽³⁾	4 (8)	15 (30)	23 (46)	7 (14)	1 (2)
Allergologie ⁽⁴⁾	3 (6)	17 (36)	23 (49)	4 (9)	0 (0)
Gastro-entérologie ⁽⁵⁾	3 (5)	16 (31)	31 (59)	3 (5)	0 (0)
Cardiologie ⁽⁶⁾	18 (32)	29 (52)	9 (16)	0 (0)	0 (0)
Dermatologie ⁽⁷⁾	4 (8)	17 (33)	28 (54)	3 (5)	0 (0)
Neurologie ⁽⁵⁾	0 (0)	3 (5)	21 (40)	12 (23)	17 (32)
Psychiatrie ⁽⁸⁾	2 (4)	7 (14)	31 (60)	7 (14)	4 (8)
Dentiste ⁽⁹⁾	5 (10)	24 (49)	19 (39)	1 (2)	0 (0)

⁽¹⁾ 1 donnée manquante ⁽²⁾ 3 données manquantes ⁽³⁾ 8 données manquantes
⁽⁴⁾ 11 données manquantes ⁽⁵⁾ 5 données manquantes ⁽⁶⁾ 4 données manquantes
⁽⁷⁾ 6 données manquantes ⁽⁸⁾ 7 données manquantes ⁽⁹⁾ 9 données manquantes

Pour 48 pédiatres (83%), il ne semblait pas nécessaire d'adresser leurs patients à des spécialistes adultes en raison de délais trop longs.

Sur 27 réponses, 17 pédiatres (63%) rapportaient faire des réunions communes au cabinet pour discuter des dossiers problématiques, plusieurs fois par semaine pour neuf (69%), plus d'une fois par mois pour un (8%), moins d'une fois par mois pour trois (23%).

Vingt-et-un pédiatres (36%) rapportaient avoir des difficultés à contacter les spécialistes, majoritairement en raison de leur manque de disponibilité (n=15, 58%), parfois par absence de coordonnées connues (n=8, 31%) ou par manque de temps (n=3, 11%).

Les modes de communication préférentiels avec les spécialistes étaient répartis de manière assez équitable : communication par mail (n=30, 53%), par téléphone (n=30, 53%), par courrier (n=26, 46%).

Vingt-six pédiatres (46%) rapportaient avoir des difficultés à récupérer les comptes-rendus d'hospitalisation pour leurs patients. Sur 57 réponses, 26 pédiatres (46%) rapportaient récupérer le compte-rendu moins d'un mois après la sortie, 21 pédiatres (37%) plusieurs mois après la sortie, quatre pédiatres (7%) rapportaient un délai variable. Six pédiatres (10%) les récupéraient dans la semaine.

On ne retrouvait pas de préférence sur le format des documents reçus avec 29 réponses (50%) pour le format papier, 29 réponses (50%) pour le format électronique.

« Délai souvent beaucoup plus court si on réussit à avoir le spécialiste au téléphone. »

« Surspécialistes au CHU injoignables si on ne les connaît pas personnellement. Je travaille avec les surspécialistes en ville ou à St Vincent. »

« Lien ville-hôpital parfois difficile : comptes-rendus non adressés aux spécialistes de ville qui suivent l'enfant (même parfois quand c'est nous qui avons adressé l'enfant !), difficultés pour récupérer les examens réalisés à l'hôpital (radios de thorax par exemple). »

« Difficultés à recevoir les comptes-rendus d'hospitalisation par mail (hôpitaux non équipés). »

« Courriers régulièrement adressés au médecin traitant des parents. »

D. Formation médicale continue

Sur 57 réponses, tous les pédiatres rapportaient suivre une formation médicale continue (FMC), moins d'une fois par mois pour 48 (82%), plusieurs fois par mois pour huit (14%), plusieurs fois par semaine pour deux (4%).

La FMC était suivie sous différentes formes : réunions par le réseau de pédiatres libéraux (n=48, 84%), séminaires ou congrès organisés par la SFP (n=43, 75%), cours et réunions organisés par le CHU (n=27, 47%), e-learning (n=27, 47%), formation par des laboratoires (n=15, 26%), dans des livres (n=3, 5%), dans des revues (n=1, 2%).

Cinquante-six pédiatres (98%) consultaient des bases de données (PubMed), plus d'une fois par semaine pour 21 (37%), moins d'une fois par mois pour 19 (33%), plus d'une fois par mois pour 15 (26%), plus d'une fois par jour pour un (2%), jamais pour un (2%).

Concernant le budget attribué par an à la FMC, les participants estimaient dépenser moins de 500 euros par an pour 13 pédiatres (37%), entre 500 et 1000 euros par an pour onze pédiatres (31%), plus de 1000 euros par an pour trois pédiatres (9%) ; huit pédiatres (23%) ne savaient pas.

Trente-neuf pédiatres (68%) ressentait le besoin d'avoir plus de formations ou de discussions avec leurs confrères : sous forme de réunions organisées par le CHU (n=26, 70%), sous forme de séminaires ou congrès (n=22, 59%), ou par l'intermédiaire des autres collègues de ville (n=19, 51%).

Vingt pédiatres (36%) estimaient ne pas avoir suffisamment de contacts avec leurs confrères pédiatres, en raison d'un manque de temps (n=18, 90%), ou par non-participation à la FMC ou aux réunions et congrès (n=7, 35%), parfois en raison d'un isolement géographique (n=3, 15%) ou pour des raisons financières (n=1, 5%).

Quatre pédiatres (7%) encadraient des internes et deux (4%) encadraient des externes. Trente-et-un participants (58%) se sentiraient prêts à accueillir un interne.

« J'apprends beaucoup par le retour des parents, il est important de leur donner la parole sur le résultat de mes interventions et soins. »

« Pour rencontrer les autres pédiatres, soit manque de temps soit les horaires des réunions ne vont pas avec le cabinet, même tard le soir, étant donné que je finis tard et mon cabinet est loin de Lille. »

« Manque de temps ++ pour les réunions, qui sont pourtant nécessaires. »

« J'accueille depuis quasiment le début de mon exercice libéral des élèves de 3^{ème} et 2^{nde} en stage d'observation en entreprise. »

« L'organisation de l'encadrement [des internes et externes] peut être lourde. Avoir toujours quelqu'un à côté pour toutes les consultations est difficile, pour certains parents qui viennent voir un médecin en particulier et pour certains enfants également, pour le médecin qui peut ressentir le besoin de faire une courte pause entre deux consultations. Peut-être un intérêt à partager avec un collègue le temps de prise en charge de l'interne. »

« Oui, j'aurais aimé accueillir un interne depuis longtemps. C'est trop tard... »

E. Matériel utilisé

Concernant le mode d'archivage au cabinet, 45 pédiatres (79%) rapportaient utiliser des dossiers informatisés seuls, quatre (7%) des dossiers papier uniquement, et huit (14%) les deux formes.

Parmi ceux ayant utilisé des dossiers papiers (34 réponses), 14 (41%) rapportaient avoir éprouvé des difficultés d'archivage, les raisons rapportées (sur 12 réponses) étant surtout un manque de place (n=9, 75%) et une perte de temps (n=7, 58%).

Parmi ceux utilisant un logiciel informatique, sur 31 réponses, les principales difficultés rapportées étaient en lien avec des pannes informatiques (n=21, 68%) ou avec le coût (n=16, 52%), également en raison de pertes d'information (n=3, 10%), de difficultés de maniement du logiciel (n=2, 6%), ou par soucis de respect du secret médical (n=1, 3%).

Concernant la conservation de données, sur 38 réponses, les dossiers étaient gardés à vie dans 15 cabinets (39%), pendant cinq ans après la fin du suivi pour deux (5%), pendant dix ans pour quatre (10%), pendant 20 ans pour huit (21%), pendant 30 ans pour cinq (15%) ; quatre (10%) ne savaient pas.

Concernant le matériel utilisé au cabinet, 40 pédiatres (83%) estimaient disposer du matériel nécessaire pour le dépistage de troubles visuels, 30 (63%) pour le dépistage de troubles auditifs, 28 (58%) pour le dépistage des troubles du développement psychomoteur, 28 (58%) pour l'éducation thérapeutique de l'asthme, dix (21%) pour le dépistage de troubles orthopédiques, dix (21%) pour l'éducation thérapeutique aux allergies et deux (4%) pour l'éducation thérapeutique au diabète.

« L'éducation thérapeutique est très chronophage et je ne suis pas formée. »

« Matériel très coûteux, difficile à amortir, mais on fait au mieux. »

« C'est le temps qui manque pour le dépistage ; je vérifie s'il doit voir ou non un spécialiste dans le domaine. »

« Matériel coûteux, nécessité de formation pour bien l'utiliser. »

« Je ne suis pas équipé complètement pour raisons de coût et de non-maîtrise dans certains domaines (orthopédie, diabète, pneumo-allergologie). Les autres (visuel et auditif) semblent plus simples pour l'interprétation pour le dépistage. »

« Le choix du matériel peut être difficile selon le coût ou selon la durée d'utilisation. »

« Peu de formation au cours de l'internat pour le suivi des enfants. »

F. Difficultés ressenties de l'installation

Concernant les difficultés liées à l'installation en ville, sur 43 réponses, la problématique la plus fréquemment rapportée était le manque d'informations sur les modalités d'installation (n=27, 63%), les autres problématiques rapportées concernaient les difficultés à recruter une patientèle (n=8, 19%), à trouver un local (n=5, 12%), à trouver des confrères (n=4, 9%), et l'aspect administratif (n=2, 5%). Huit pédiatres (19%) n'avaient pas ressenti de difficulté particulière lors de leur installation.

Les difficultés rapportées par rapport à la gestion du cabinet (sur 51 réponses) concernaient l'excès de patients à prendre en charge (n=29, 57%), l'équilibre entre le

temps médical et administratif (n=29, 57%), la lourdeur des tâches administratives (n=26, 51%), la gestion du temps de travail par rapport au temps personnel (n=18, 35%), et la gestion des finances (n=11, 22%).

Les pédiatres (sur 54 réponses) rapportaient passer moins d'une demi-journée par semaine pour leur travail administratif pour onze (20%), une demi-journée par semaine pour 28 (52%), une à deux demi-journées par semaine pour quatre (7%), deux demi-journées par semaine pour 10 (19%) et trois demi-journées par semaine pour un (2%).

« Très peu d'informations et d'aide concernant les modalités administratives (URSSAF, CARMF, impôts, AGA) »

« Mon mari qui est médecin généraliste et mon associé, fait en grande partie la comptabilité mais je passe beaucoup de temps à répondre aux mails des patients, de gérer certains rendez-vous et de faire les nombreux courriers aux différents spécialistes et renvoyer des courriers aux médecins généralistes en réponse à un avis pédiatrique. »

« Avant l'installation, il faut aller rencontrer les collègues les plus proches. »

G. Avenir envisagé

Concernant leur avenir (56 réponses), 32 pédiatres (56%) souhaitaient poursuivre une activité semblable, 17 (30%) envisageaient une réduction du temps d'activité, trois (5%) envisageaient une augmentation de l'activité, cinq (9%) considéraient une retraite dans moins de dix ans, un (2%) envisageait une réduction de l'activité

libérale, un (2%) une diversification de l'activité, un (2%) une installation avec d'autres pédiatres.

Pour les pédiatres exerçant une activité hospitalière, sur 20 réponses, aucun ne souhaitait une augmentation du temps hospitalier, quatre (20%) souhaitaient plutôt une diminution du temps hospitalier ; trois (15%) envisageaient une augmentation du temps libéral, deux (10%) une diminution du temps en libéral ; 15 (75%) ne souhaitaient pas de changement.

Pour les pédiatres exerçant une activité libérale seule, sur 15 réponses, sept (47%) se verraient y associer une activité de pédiatrie humanitaire, trois (20%) une activité hospitalière, un (7%) une activité en PMI, de bénévolat, de gardes, ou de CAMSP, deux (13%) n'envisageaient pas d'activité supplémentaire.

Concernant les perspectives d'avenir en pédiatrie, sur 53 réponses, 32 pédiatres (60%) se disaient favorables au développement de dossiers médicaux informatisés partagés entre professionnels de santé ; 31 (58%) en faveur des prises de rendez-vous en ligne ; 30 (57%) pour le développement des téléconsultations et de la télémédecine ; deux (4%) en faveur de l'évaluation des praticiens en ligne par les patients.

Nous avons également questionné les pédiatres sur leurs satisfactions et regrets concernant leur métier, ces données sont résumées dans le tableau VII.

Tableau VII : Principales satisfactions et frustrations professionnelles

Plus grandes satisfactions ⁽¹⁾	n (%)	Plus grandes frustrations ⁽²⁾	n (%)
Relation de confiance avec les patients	56 (98)	Manque de temps	32 (62)
Liberté dans leur mode d'exercice	49 (86)	Lourdeur administrative ou financière	32 (62)
Variété des problématiques rencontrées	40 (70)	Travail isolé	16 (31)
Suivi des maladies chroniques	18 (32)	Répétitivité des situations rencontrées	12 (23)
Travail en lien avec les confrères en libéral	18 (32)	Moyens techniques diminués	9 (17)
		Manque de formation	8 (15)

Idées soulignées par les pédiatres

« Apporter notre connaissance de l'enfant pour aider les parents et les enfants à s'épanouir au mieux. »	« Absence de temps et de rémunération pour le temps non médical. »
« L'aspect financier a compté au début, mais passe après le reste. »	« La vaccination est une grosse partie de notre activité. »
« Le temps pour les patients, ne plus faire de garde, avoir du temps pour soi, travailler à proximité du domicile »	« Dégradation de la qualité de la relation patient/médecin. »
« Pas de supervision de mon travail par l'administration. »	« Manque de reconnaissance de l'hôpital. »
« Si besoin, je peux modifier les horaires d'ouverture ponctuellement ou même dans la durée. »	

⁽¹⁾ 1 donnée manquante⁽²⁾ 6 données manquantes

« Aucun regret sur ma décision en 1997 de m'être installé en libéral, on gère son emploi du temps et la relation entre soignant, enfant et parents est irremplaçable. Beaucoup de satisfaction à tous niveaux. Un conseil, garder un "pied" en milieu hospitalier, important. »

« L'aspect financier est frustrant. Le temps de formation est doublement pénalisant : il faut payer pour se former, et pendant ce temps-là, on ne consulte pas... »

« Je ressens une mainmise de plus en plus importante des CPAM. Plus de complexité dans les cotations, sous prétexte de nous revaloriser financièrement ; plus de pression pour aller vers des modes d'exercice type téléconsultation sans travailler sur la formation des futurs médecins pour qu'ils soient en nombre suffisant avec des conditions d'exercice et de rémunération correctes. »

Discussion

Notre travail a évalué les conditions de travail, le mode d'organisation et les problématiques en pédiatrie libérale, dans la région Hauts-de-France, entre 2019 et 2020. Ce travail permet de dresser un état des lieux de l'exercice libéral de la pédiatrie dans cette région et d'identifier, thème par thème, des problématiques et des questionnements relatifs à l'exercice de la pédiatrie libérale.

Démographie, mode d'exercice des pédiatres

Les données démographiques des pédiatres de notre étude sont proches de celles connues sur le plan national.

Ainsi, dans notre travail, l'âge moyen des pédiatres était identique à celui observé sur le plan national : 49 ans. L'âge moyen pour les pédiatres femmes était de 46 ans et pour les hommes de 60 ans, de façon également concordante avec les données sur le plan national : 46 ans pour les femmes et 55 ans pour les hommes. [7] Le taux de féminisation dans notre étude (76%) était également proche de celui identifié sur le plan national (71%). [7] Sur le plan national, ce taux est en augmentation constante : 59% en 2005 (32,8% pour la tranche d'âge supérieure à 55 ans, 80% pour la tranche d'âge 30-35 ans), 66,8% en 2015, et atteint 71% actuellement. [12, 13]

En France, chez les médecins généralistes, l'âge moyen est proche (51 ans) mais le taux de féminisation est plus bas (48%), de façon identique à la moyenne des médecins toutes spécialités confondues. [14]

Dans notre étude, selon la liste de pédiatres libéraux retrouvée dans l'annuaire du CNOM, la densité calculée dans les Hauts-de-France était de 1 pédiatre libéral pour

9608 enfants, soit 10,4 pédiatres libéraux pour 100 000 enfants, ce qui est inférieur aux données nationales de 24,1 pédiatres libéraux pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, et aux données retrouvées pour les Hauts-de-France en 2017 par l'Observatoire des Territoires avec 14,5 pédiatres libéraux pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. [7, 15, 16].

La densité de pédiatres en France, tous modes d'exercice confondus, paraît augmenter (52 pour 100 000 enfants en 2005 contre 66,9 en 2018), mais celle des pédiatres libéraux diminue légèrement, puisqu'on comptait 25 pédiatres pour 100 000 enfants en 2005 en France.

On note des disparités régionales importantes, représentées en annexe 2 et 3, concernant la répartition des pédiatres tous modes d'exercice confondus sur le territoire français. Les Hauts-de-France se situent en dessous de la moyenne française en termes de densité avec dans le NPC et la Picardie, 52,3 et 49,9 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, respectivement. [7, 12, 13]

Pourtant les besoins de recours médical restent importants, avec une population d'enfants et adolescents de 0 à 19 ans qui représente 24% de la population en 2021. [4]

Dans notre enquête, le mode d'exercice prédominant était urbain à 86%. Ces données sont comparables aux données nationales. En effet, en France, les pédiatres libéraux exercent en quasi-totalité (94%) en pôle urbain selon des données de 2013. [15] Une enquête réalisée par l'Association des Juniors en Pédiatrie en 2004 montrait même que 20 % des internes seulement souhaitaient exercer dans une ville de moins de 100 000 habitants. [12]

Sur les 652 pédiatres identifiés sur le site de l'Ordre des Médecins dans les Hauts-de-France en 2020, on retrouvait 122 pédiatres ayant une adresse professionnelle de cabinet en ville, soit 18,7% exerçant en libéral. Ceci est concordant avec les données nationales du CNOM montrant qu'en France, le mode d'activité préférentiel des pédiatres est le secteur hospitalier alors que le secteur libéral paraît moins pourvu. Ainsi, on note une diminution constante de la part des libéraux chez les pédiatres, qui est passée de 42% en 2005 à 21% depuis 2018. [12]

En 2019, dans les Hauts-de-France, sur 586 pédiatres, la répartition retrouvait 14% exerçant en libéral, 10% avec une activité mixte et 77% de salariés. [8, 9]

Dans notre étude, avant de s'installer en libéral, une grande majorité des pédiatres (85%) avait exercé auparavant en secteur hospitalier, en moyenne pendant 8 ans, ce qui est plus élevé que dans la thèse de C. Héritier-Laffargue, réalisée en 2020. [17]

Dans cette étude, 284 anciens internes de pédiatrie à Lille ayant effectué leur internat entre 1993 et 2013 étaient sollicités sur leur parcours professionnel : 77% d'entre eux avaient réalisé un post-internat, et le taux d'exercice libéral était de 26%, avec comme facteurs associés au départ de l'exercice hospitalier la période de début de DES après 2003, la réalisation d'une disponibilité pendant l'internat et l'absence d'autre surspécialité que la pédiatrie générale seule. Il existait une décroissance régulière dans le temps du taux d'exercice hospitalier, avec 25% des pédiatres interrogés ayant quitté l'hôpital neuf ans après la fin de leur internat. [17]

Le taux de pédiatres ayant exercé en hospitalier avant de s'installer en libéral dans notre étude paraît également plus élevé que dans une enquête menée en 2006 auprès des promotions 1990-2000 d'internes de pédiatrie de l'inter-région Ouest. [18]

Sur 165 participants, 20% de la population étudiée exerçait en libéral et 50% des pédiatres extrahospitaliers avaient réalisé un post-internat.

La proportion plus importante de post-internats réalisés dans notre étude a pu être surestimée par un biais de sélection.

Dans notre étude, on retrouvait un exercice mixte chez la moitié des pédiatres, avec une grande variété des activités en dehors de l'exercice libéral, à l'hôpital mais également dans de multiples autres établissements comme les crèches, le CAMSP, les instituts pour enfants handicapés, en pédiatrie humanitaire, moins fréquemment en PMI, en foyer ou au CIC. Ceci témoigne de la diversité des pratiques des pédiatres et de leur implication dans un grand nombre de structures de santé.

Ce chiffre est concordant avec ceux retrouvés dans le compte-rendu de l'audition des pédiatres de 2009, regroupant plusieurs professionnels dont le président de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), de la SFP, du Syndicat National des Pédiatres Français, ainsi que des membres du ministère de la Santé et des membres de syndicats des internes et étudiants. [19] Cette étude montrait qu'en 2009 en France, parmi les pédiatres libéraux, 59,7% étaient libéraux exclusifs, et 36,6% exerçaient une activité à l'hôpital en secteur privé ou une activité salariée en complément de leur activité libérale, sans précision retrouvée sur la nature de cette activité salariée.

Dans l'étude concernant les anciens internes de pédiatrie de l'inter-région Ouest, parmi les pédiatres libéraux, 30% effectuaient des vacations en centre hospitalier.

[18]

Dans notre étude, on notait une répartition légèrement en faveur du secteur 1 (48%) par rapport au secteur 2 (42%), avec 10% de signataires de l'OPTAM. Le taux de pédiatres signataires de l'OPTAM est très inférieur à la moyenne nationale (49,6% en 2018), toutes spécialités confondues [20]. Nous n'avons pas retrouvé de données concernant le taux de signataires de l'OPTAM chez les pédiatres français. Des données nationales de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) retrouvées dans le compte-rendu de l'audition des pédiatres en 2009 montraient également une répartition en faveur du secteur 1, avec 66% des pédiatres libéraux exerçant en secteur 1, 33% en secteur 2. [19]

Formation

Dans notre étude, la majorité des pédiatres (66%) avait une surspécialité, dont un tiers proposait des plages de consultation dédiées à leur spécialité. Ce chiffre est moins élevé que celui retrouvé chez les anciens internes de pédiatrie dans la thèse de C. Héritier-Laffargue, puisque 90% des pédiatres interrogés (hospitaliers et libéraux) étaient surspécialisés. Ce chiffre élevé confirme néanmoins l'implication forte des pédiatres dans la prise en charge de pathologies très spécialisées en libéral, en lien avec la formation initiale du pédiatre au CHU et à ses diplômes de surspécialité.

On observait une tendance à un taux de surspécialisation plus élevé chez les pédiatres âgés de moins de 45 ans que dans le groupe des plus de 60 ans, ce qui semble concorder avec l'audition des pédiatres en 2009, où les professionnels avaient le sentiment d'une attirance chez les jeunes pédiatres en formation pour la pédiatrie spécialisée. [19]

Notre travail a mis en évidence des difficultés par rapport à l'éducation thérapeutique, le dépistage et le manque de matériel nécessaire en pratique libérale. Les principaux freins rapportés étaient l'absence de formation pour bien utiliser ces outils, ainsi que le coût élevé du matériel et le manque de temps pour ces activités.

Ce manque de formation des internes de pédiatrie a été effectivement montré dans la thèse de C. Etienne en 2017, qui a évalué les connaissances de 100 internes de pédiatrie concernant le dépistage de troubles visuels, auditifs, orthopédiques par le biais d'un questionnaire. [21] Globalement, il existait des connaissances faibles concernant ces dépistages (taux de bonnes réponses 26%), avec un meilleur taux de réponse chez les internes ayant eu une expérience en pédiatrie libérale (50% de bonnes réponses).

Une enquête de T.-N. Willig menée par questionnaire auprès de 486 membres de l'AFPA en 2017 sur tout le territoire français, trouvait que le niveau de formation aux troubles du développement et troubles des apprentissages (troubles « dys ») ressenti par les jeunes pédiatres nouvellement installés restait insuffisant, la maquette du DES de pédiatrie n'abordant que peu ces problématiques. [22] En effet, 46% des pédiatres âgés de 31 à 40 ans estimaient être non formés ou non orientés sur ces questions (contre 25% de la tranche d'âge 41-70 ans).

L'enquête auprès des anciens internes de pédiatrie de l'inter-région ouest en 2007 montrait que seulement la moitié des pédiatres libéraux considéraient que la formation reçue en tant qu'internes était adaptée à leur activité actuelle (contre 82% des pédiatres hospitaliers). [18]

Dans notre travail, presque aucun pédiatre n'encadrait d'étudiant (interne ou externe), mais une majorité (58%) estimait être prêt à s'investir.

Ce manque de formation auprès des étudiants est en train d'évoluer avec la réforme du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de pédiatrie depuis 2017 allongeant sa durée, également avec la mise en place de stages en libéral pour les internes de pédiatrie.

Les premiers stages ouverts aux internes en France le sont depuis 2011, et dans le Nord-Pas-de-Calais depuis mai 2020. Nous n'avons pas encore de donnée sur les premiers stages de pédiatrie libérale à Lille, mais les premières impressions depuis l'ouverture des stages en pédiatrie libérale à Grenoble en 2011 sont très favorables : dans une étude menée en 2014, un maître de stage et 3 internes ayant réalisé un stage en cabinet ont été interrogés. Pour le maître de stage, l'expérience était formatrice, pour l'interne mais également pour le pédiatre, qui doit se mettre à jour sur les bonnes pratiques professionnelles et les protocoles. Il semblait très valorisant, du point de vue du maître de stage, d'observer la progression et l'acquisition d'autonomie de l'interne. Pour les internes, il s'agissait d'un stage essentiel, permettant une pratique et des apprentissages différents, notamment concernant les dépistages, la guidance parentale, la gestion des examens complémentaires en ville, la gestion d'un cabinet. Le stage permettrait également de favoriser les liens ville-hôpital et de revaloriser l'image du pédiatre libéral, dont l'activité est reconnue et valorisée. [23]

Organisation du temps professionnel

Dans notre étude, si les pédiatres ne proposaient presque aucune plage de consultations sans rendez-vous, quasiment tous les participants (95%) acceptaient des consultations en urgence, en moins de 24 heures si besoin. Ils nécessitaient assez rarement un recours aux urgences pédiatriques (moins d'une fois par mois

pour la majorité). Un quart des pédiatres de notre étude rapportait faire des gardes ou astreintes, surtout en maternité, en moyenne 6 par mois.

Ces données montrent que les pédiatres libéraux restent très disponibles pour gérer l'urgence, et sont concordantes avec plusieurs études réalisées auprès des pédiatres libéraux de la France et du Nord :

Dans une étude menée par le Professeur A. Martinot en 1997, auprès de 65 pédiatres libéraux dans le département du Nord, le mode d'exercice était sur rendez-vous dans 84% des cas, avec des rendez-vous non programmés toujours possibles si nécessaires ; 65% des pédiatres libéraux exerçaient une activité de garde libérale, ce qui semble être nettement plus que dans notre population. [24]

Dans l'étude de V. Hue « un jour donné » effectuée en 2001 auprès de 61 pédiatres libéraux du Nord-Pas-de-Calais, un rendez-vous d'urgence était donné le jour même pour 58% des enfants, et le pourcentage moyen de consultations en urgence était de 53%. Un tiers des pédiatres se déclaraient en permanence des soins ce jour-là (astreinte en maternité ou pour leur propre cabinet). [25]

Dans notre enquête, on notait un nombre moyen de consultations par jour de 19,5 et les pédiatres rapportaient travailler en moyenne 8 demi-journées par semaine. Ces données se rapprochent de celles retrouvées dans la littérature. Dans le rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent de Madame le Professeur D. Sommelet de 2006, entre 20 et 35 consultations par jour étaient rapportées pour les pédiatres libéraux français avec un temps de travail de 12 heures par jour et 58 heures par semaine. [12] Dans l'étude du Professeur A. Martinot de 1997, la médiane du nombre hebdomadaire de consultations était à 75 et dans l'enquête de V. Hue de 2001, 21 enfants étaient vus en moyenne par jour. [24, 25]

Dans la thèse de C. Héritier-Laffargue, 69% des pédiatres travaillaient à temps plein et la médiane d'horaire de travail était de 50 heures par semaine. [17]

Il est difficile de comparer un temps estimé en heures par semaine contre des demi-journées ; il est également difficile d'évaluer exactement le temps de travail en raison de la diversité des activités et des charges liées à l'exercice libéral : différents lieux de travail, travail administratif, demandes d'avis, orientation vers des centres hospitaliers...

Dans notre étude, environ un tiers (30%) des pédiatres envisageaient de réduire leur temps d'activité. Déjà en 2006, selon le rapport du Professeur D. Sommelet, les pédiatres souhaitaient une diminution de leur temps de travail. [12]

Communication, liens ville-hôpital

En majorité, les participants dans notre étude gardaient un contact avec un CHU puisque la moitié des pédiatres participait à des réunions régulières au CHU, et tous rapportaient prendre des avis auprès des spécialistes du CHU plus ou moins régulièrement. Cependant, un tiers des pédiatres avaient des difficultés à contacter les spécialistes, et rapportaient leur manque de disponibilité ou l'absence de moyen connu pour les joindre.

Les comptes-rendus d'hospitalisation semblaient difficiles à obtenir pour près de la moitié des pédiatres interrogés, qui rapportaient que ceux-ci sont parfois adressés à la mauvaise personne, même lorsque l'enfant avait été adressé par son pédiatre de ville. Ces éléments ne sont pas comparables à d'autres données publiées. Ces données incitent à améliorer la communication dans un réseau ville-hôpital : développement de dossiers médicaux informatisés partagés entre professionnels de santé (idée soutenue par 60% de notre population), diffusion des coordonnées des

pédiatres hospitaliers avec spécialisation éventuelle, modalités d'accès aux consultations hospitalières, partage sous la forme de réunions de discussions de dossiers dans les centres hospitaliers généraux et au CHU, envoi de courriers par mail sécurisé à généraliser, participation de chacun aux réunions scientifiques et projets de recherche clinique partagés (thèse de médecine, mémoire de spécialité)... Ces démarches sont en partie freinées par des problèmes techniques. [26]

Axes d'amélioration, perspectives

Dans notre étude, la difficulté la plus fréquemment rencontrée au moment de débiter la carrière en libéral était le manque d'informations sur les modalités d'installation (63%). Le développement de réunions et de cours sur la pédiatrie libérale et l'ouverture progressive des stages en pédiatrie libérale pourraient faciliter l'accès et rendre moins compliquée l'installation en ville pour les jeunes pédiatres.

Nos données soulignent aussi les difficultés concernant le matériel de dépistage et d'éducation thérapeutique au cabinet, avec un manque de formation pendant l'internat concernant le dépistage et l'éducation thérapeutique, et un apprentissage empirique à ces outils, après l'installation. Le programme d'enseignement du DES de pédiatrie, déjà riche et varié, devrait pouvoir prendre en compte ces remarques en complétant les thèmes abordés lors du cursus.

Les pédiatres interrogés ont relevé une grande difficulté concernant l'équilibre entre le temps médical et le temps administratif, lequel semble conséquent puisque la moitié des pédiatres passe au moins une demi-journée par semaine à du temps administratif. Par ailleurs, un tiers des pédiatres de notre étude éprouvaient également des difficultés à équilibrer le temps de travail avec leur temps personnel, source d'insatisfaction.

Enfin, 57% des pédiatres rapportaient un sentiment d'excès de patients à prendre en charge.

Les données nationales montrent une diminution constante du nombre de pédiatres libéraux ainsi qu'une densité de pédiatres en libéral inférieure dans la région des Hauts-de-France par rapport à la moyenne française. [7, 8, 10, 25] Le nombre de pédiatres formés en France par an ne couvre pas le remplacement des départs en retraite. Il faudrait au minimum doubler le nombre de pédiatres en formation pour remplacer les départs en retraite, et les tripler permettrait d'obtenir en moyenne un pédiatre pour 2500 enfants, sachant que la moyenne européenne en 2008 était de 1 pour 2094 enfants. [27]

Dans notre étude, les autres aspects défavorables concernant la pratique professionnelle étaient principalement le manque de temps (62%), la lourdeur administrative et financière (62%), et pour une moindre partie des pédiatres le fait d'être isolés dans leur travail (31%).

La pédiatrie libérale est en difficulté, avec plusieurs études confirmant une désaffection pour le mode d'exercice libéral, surtout en milieu rural. De moins en moins d'internes effectueraient des remplacements en médecine libérale. [18]

Ceci est expliqué chez les jeunes pédiatres en formation, par une préférence plutôt pour la pédiatrie spécialisée, hospitalière, et le choix d'une activité à temps partiel. Sont également pointés, une insuffisance de rémunération, un sentiment que la spécificité, la variété et l'importance du travail du pédiatre libéral ne sont pas comprises ni valorisées. [1, 19, 28]

Pourtant on note un élargissement des besoins avec le développement de surspécialités, l'émergence d'un intérêt grandissant pour les difficultés psycho-

affectives, les troubles du développement ou de l'apprentissage, l'obésité ou les complications et le suivi liées à la prématurité.

Les pédiatres interrogés dans notre enquête se déclaraient en grande majorité satisfaits et épanouis par la relation de confiance avec les patients (98%), la liberté dans le mode d'exercice (86%), la variété des problématiques rencontrées (70%). La moitié (56%) souhaitaient continuer à poursuivre une activité semblable.

Nous retrouvons très peu de données sur la qualité de vie des pédiatres, tous modes d'exercice confondus. Cependant, selon la thèse de C. Héritier-Laffargue, il existait une plus grande satisfaction des pédiatres exerçant en libéral, qui étaient plus souvent satisfaits de leur choix d'activité professionnelle, et qui déclaraient plus souvent un équilibre satisfaisant entre vie personnelle et professionnelle que les praticiens hospitaliers. [17]

Forces et limites

Il s'agissait de la première étude destinée aux pédiatres libéraux dans la région des Hauts-de-France, décrivant leur mode de travail, leurs conditions d'exercice, les liens entre confrères et les problématiques rencontrées.

La principale limite de cette étude concernait le faible taux de réponse à 48% amenant un probable biais de sélection. Le questionnaire contenait de nombreuses questions, nécessitant un temps non négligeable pour le remplir (environ 20 minutes). Nous avons opté pour un questionnaire détaillé permettant d'aborder de façon précise un grand nombre de problématiques en laissant aussi la possibilité pour les pédiatres de s'exprimer au travers de réponses libres.

BRÉDY Stéphanie

Concernant les pédiatres participants, on retrouvait une inégalité géographique avec des taux de réponses plus élevés dans le Nord avec 63% et le Pas-de-Calais avec 71%. Nous n'avons pas eu beaucoup de réponses de certains départements possiblement en lien avec des difficultés pour communiquer au sujet de cette enquête auprès de nos confrères dans certains territoires.

Les données étaient auto-reportées conduisant aussi possiblement à un biais de mémoire.

Conclusion

Notre enquête dresse le portrait de pédiatres libéraux dynamiques, motivés pour la formation des internes, impliqués dans la formation médicale continue sous de nombreuses formes, disponibles pour la prise en charge de l'urgence et assurant une permanence des soins, participant à la prise en charge de pathologies de surspécialité, en lien avec le CHU. Il existe une féminisation connue et un attrait pour la surspécialité chez les jeunes pédiatres. Ils sont souvent peu isolés, travaillant en réseau, mais souhaiteraient davantage de contact avec leurs confrères libéraux et hospitaliers.

Certaines problématiques sont soulevées par nos données : il y a besoin d'améliorer la communication entre professionnels pour optimiser la coordination des soins autour des enfants porteurs de maladies chroniques ou complexes, et de renforcer la formation pendant l'internat autour des aspects utiles en pédiatrie libérale (éducation thérapeutique, dépistages).

Les réformes récentes permettent des améliorations avec le développement de stages d'internat en libéral. Cela semble essentiel, afin d'augmenter l'attrait pour la pédiatrie libérale, spécialité riche et indispensable pour la prise en charge de l'enfant dans sa globalité. Une formation comportant des temps dédiés à cet aspect de la pédiatrie et des échanges plus denses entre les pédiatres libéraux et hospitaliers pourraient effectivement aboutir à un regain d'intérêt et d'effectifs pour la pratique libérale.

Références

1. Sommelet D. Le rôle du pédiatre dans la prise en charge primaire de l'enfant et de l'adolescent est-il menacé ? Archives de Pédiatrie. 1 déc 2005;12(12):1685-7.
2. Regards sur le passé et l'avenir de la pédiatrie, sa place à l'Académie de médecine – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/regards-sur-le-passe-et-lavenir-de-la-pediatrie-sa-place-a-lacademie-de-medecine/>
3. Salle B, Lasfargues G, Duhamel J-F, Bégué P. Il est urgent de réviser l'enseignement futur de la pédiatrie pour les internes de pédiatrie et pour les internes de médecine générale. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 avr 2016;200(4):973-5.
4. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
5. Dossier complet – Région des Hauts-de-France (32) | Insee [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-32>
6. Chiffres clés de la région Hauts-de-France | La préfecture et les services de l'État en région Hauts-de-France [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/Region-et-institutions/Portrait-de-la-region/Chiffres-cles/Chiffres-cles-de-la-region-Hauts-de-France>
7. Chiffres clés : Pédiatre et néonatalogue [Internet]. Profil Médecin. 2020 [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-pediatre/>
8. demo_2019_atlas.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/npcskp/demo_2019_atlas.pdf
9. approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1rg5kdp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
10. atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ulddeg/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf

11. atlas_picardie_2015.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/48qdaw/atlas_picardie_2015.pdf
12. 070405_rapport_Sommelet.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/070405_rapport_Sommelet.pdf
13. rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf
14. Chiffres clés : Médecin généraliste [Internet]. Profil Médecin. 2020 [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
15. Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. juin 2013;197(6):1143-52.
16. Densité de pédiatres libéraux | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-pediatres-liberaux>
17. Héritier-Laffargue C. Etude du parcours professionnel des anciens internes de pédiatrie de Lille [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille; 2020.
18. Anne C, Naud J, Bonnemains C, Hoppé A, Giniès J-L. Qualité de la formation et devenir professionnel des étudiants du diplôme d'études spéciales de pédiatrie : enquête auprès des promotions 1990 à 2000 de l'interrégion ouest. Archives de Pédiatrie. 1 oct 2007;14(10):1259-63.
19. Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf
20. DP_OPTAM.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_OPTAM.pdf
21. Etienne C. Dépistages visuel, auditif, orthopédique chez l'enfant: évaluation des connaissances des internes de pédiatrie [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
22. Willig T-N, Blanc JP, Assathiany R. Le pédiatre libéral dans le parcours de soins des enfants présentant des troubles « dys ». Archives de Pédiatrie. 1 nov 2017;24(11):1088-95.

23. Simon-Ghediri M-J, Piollet A, Chacqueneau A-L, Parra J, Stagnara J, Debillon T. Premiers bilans des stages des internes de spécialité en pédiatrie ambulatoire. *Archives de Pédiatrie*. 1 mai 2014;21(5, Supplement 1):240-3.
24. Martinot A, Fassler C, Hue V, Leclerc F. Quelle est l'implication du pédiatre libéral dans la prise en charge des urgences extrahospitalières ? *Archives de Pédiatrie*. 1 juin 2000;7:591-3.
25. Hue V, Walter-Nicolet E, Martinot A. Implication des pédiatres dans l'accueil des urgences. Enquête « un jour donné » auprès des centres hospitaliers et des pédiatres libéraux de la région Nord – Pas de Calais. *Archives de Pédiatrie*. 1 oct 2004;11(10):1191-6.
26. Fraize Boto Keki E. Le lien ville hôpital pour le suivi pédiatrique dans le bassin grassois: attentes des médecins [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: Université Côte d'Azur. Faculté de médecine; 2020.
27. Caron F.-M. Le pediatre ambulatoire, pivot de la medecine de l'enfant en ville au benefice de tous les enfants. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1 juill 2008;21(4):187-8.
28. Claudet I, Marchand-Tonel C. Pourquoi la médecine de l'enfant risque de passer sous la ligne de flottaison ? Les raisons d'une maltraitance annoncée. *Perfectionnement en Pédiatrie*. 1 juin 2020;3(2):105-7.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Bonjour,

Je suis actuellement interne de pédiatrie à Lille.

J'envisage un exercice en tant que pédiatre libérale après mon parcours de formation.

Ainsi, je souhaite réaliser ma thèse de médecine sur une thématique qui intéresse l'exercice de la pédiatrie dans le secteur libéral et mon directeur de thèse sera le Dr Pouessel (CH de Roubaix).

Le sujet de mon travail porte sur l'état des lieux de la pédiatrie ambulatoire dans la région Hauts-de-France et les difficultés actuelles rencontrées par les pédiatres.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir y participer. Le questionnaire ne vous prendra que quelques minutes.

Les données seront tout à fait anonymes et les résultats vous seront communiqués à l'issue de mon travail.

Stéphanie Brédy

I. Généralités/démographie

- 1) Quelle est votre année de naissance ?
- 2) Vous êtes : un homme/une femme
- 3) Avez-vous exercé en secteur hospitalier avant votre installation en secteur libéral ? Oui/Non
- 4) Si oui, pendant combien de temps ?
- 5) Année d'installation en ville ?
- 6) Code postal de votre cabinet ?
- 7) Votre type d'exercice ? Urbain/rural/autre
- 8) Quel type de cabinet ? Seul/en groupe/Maison de santé pluridisciplinaire/autre
- 9) Si vous exercez en cabinet de groupe : groupe de pédiatres uniquement/autres spécialités
- 10) Si vous exercez avec d'autres spécialités, lesquelles ?
- 11) Exercez-vous-en : secteur 1/secteur 2/non conventionné/autre
- 12) Avez-vous un diplôme de surspécialité : oui/non
- 13) Si oui, quelles spécialités ?
- 14) Avez-vous des remarques ou des commentaires à ajouter pour cette rubrique ?

II. Mode d'organisation

- 15) Combien de demi-journées travaillez-vous par semaine en moyenne ?
- 16) Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?
- 17) Exercez-vous une activité purement libérale ? Oui/non
- 18) Si non, participez-vous à un tour de garde ? Oui/non
- 19) Si oui : aux urgences/en néonatalogie, maternité/en réanimation/autre
- 20) Si oui, combien de gardes par mois ?
- 21) Participez-vous à des journées : aux urgences/en service hospitalier/en consultation à l'hôpital/de bénévolat/de pédiatrie humanitaire/en PMI/autre
- 22) Combien de demi-journées par mois environ ?
- 23) Concernant votre activité libérale, combien de patients voyez-vous par jour en moyenne ?
- 24) Jusqu'à quel âge suivez-vous les enfants ?
- 25) Proposez-vous des espaces de consultation libre sans rendez-vous ? Oui/non
- 26) Si oui, combien de demi-journées par semaine ?
- 27) Acceptez-vous des demandes de rendez-vous en urgence ? Oui/non
- 28) Si oui, quel est le délai habituel ?
- 29) En dehors de l'urgence, quel est le délai habituel pour obtenir un rendez-vous auprès de vous en été ?
- 30) En hiver ?
- 31) Pour quelle proportion de vos patients êtes-vous le médecin traitant ?
- 32) Dans quelle proportion réalisez-vous des suivis conjoints avec le médecin généraliste ?
- 33) Combien d'avis ponctuels de consultant réalisez-vous par semaine ?
- 34) Si vous avez un diplôme de surspécialité : proposez-vous une plage dédiée de consultation de surspécialité ? Oui/non
- 35) Si oui, quelle spécialité ?
- 36) Si non, quelle est votre proportion de consultations de surspécialité ?
- 37) De pédiatrie générale ?
- 38) Concernant l'organisation de votre cabinet : avez-vous un secrétariat pour répondre aux appels, la prise de rendez-vous ? Oui/non
- 39) Si oui, combien de demi-journées par semaine ?
- 40) Proposez-vous des prises de rendez-vous sur internet ? Oui/non
- 41) Avez-vous des remarques ou des commentaires à ajouter pour cette rubrique ?

III. Liens ville-hôpital, avec d'autres spécialités, confrères

- 42) Participez-vous à des réunions de formation ou de présentation de dossiers au CHG ou CHU ? Oui/non
- 43) Si oui, à quelle fréquence ? 1 fois par mois/1 fois tous les 3 mois/1 fois tous les 6 mois/1 fois par an/moins d'une fois par an

44) A quelle fréquence demandez-vous un avis auprès d'un confrère au CHG ou CHU ? Plus d'une fois par jour/plus d'une fois par semaine/plus d'une fois par mois/moins d'une fois par mois/jamais

45) A quelle fréquence adressez-vous des enfants aux urgences pédiatriques ? Plus d'une fois par jour/plus d'une fois par semaine/plus d'une fois par mois/moins d'une fois par mois/jamais

A quelle fréquence demandez-vous un avis auprès d'un spécialiste de ville ? Plus d'une fois par jour/plus d'une fois par semaine/plus d'une fois par mois/moins d'une fois par mois/jamais :

46) ORL

47) Ophtalmologie

48) Pneumologie

49) Allergologie

50) Gastro-entérologie

51) Cardiologie

52) Dermatologie

53) Neurologie

54) Psychiatrie

55) Dentiste/stomatologie

56) Autre

57) En cas d'activité au sein d'un groupe de pédiatres (cabinet de groupe ou Maison de Santé Pluridisciplinaire), avez-vous des réunions communes pour partager les dossiers à problème ? Oui/non

58) Si oui, à quelle fréquence ? Au moins une fois par semaine/Au moins une fois par mois/moins d'une fois par mois/autre

59) Eprouvez-vous des difficultés à rentrer en contact avec les spécialistes ? Oui/non

60) Si oui, pourquoi ? Manque de temps/absence de coordonnées connues/indisponibilité des spécialistes/autre

61) Quel est votre mode de communication préférentiel avec les spécialistes ? Mail/téléphone/courrier/autre

Quel est le délai habituel pour obtenir un rendez-vous de surspécialité ? Moins d'une semaine/moins d'un mois/moins de 6 mois/plus d'un an

62) ORL

63) Ophtalmologie

64) Pneumologie

65) Allergologie

66) Gastro-entérologie

67) Cardiologie

68) Dermatologie

69) Neurologie

70) Psychiatrie

71) Dentiste/stomatologie

72) Autre

73) Vous arrive-t-il d'adresser un enfant chez un spécialiste adulte en l'absence de spécialiste pédiatrique disponible ou en cas de délai trop long ? Oui/non

74) Si oui, pour quelle(s) spécialité(s)

75) Ressentez-vous des difficultés à obtenir des comptes-rendus d'hospitalisation/documents d'hospitalisation ? Oui/non

76) Dans quel délai après l'hospitalisation recevez-vous les documents habituellement ? Moins d'une semaine/moins d'un mois/plusieurs mois/autre

77) Préférez-vous recevoir les documents en format ? papier/électronique

78) Avez-vous des remarques ou des commentaires à ajouter pour cette rubrique ?

IV. Formation

79) Suivez-vous une formation médicale continue (FMC) ? Oui/non

80) Si oui, sous quelle(s) forme(s) ? Cours, réunions organisés par l'université, CHU/SFP (séminaires, congrès)/laboratoires/réseau de pédiatres libéraux/e-learning, internet/autre

81) A quelle fréquence ? Plusieurs fois par semaine/plusieurs fois par mois/moins d'une fois par mois/autre

82) Quel budget attribuez-vous à votre FMC par an en moyenne ?

83) A quelle fréquence consultez-vous les bases de données type Pubmed, journaux médicaux ? Plus d'une fois par jour/plus d'une fois par semaine/plus d'une fois par mois/moins d'une fois par mois/jamais

84) Ressentez-vous le besoin de recevoir plus de formation ou d'avoir plus de temps de discussion avec vos confrères ? Oui/non

85) Si oui, sous quelle(s) forme(s) ? Réunions organisées par l'université, CHU/séminaires, congrès/autres collègues de ville/autre

86) Estimez-vous avoir suffisamment de contacts avec vos confrères pédiatres ? Oui/non

87) Si non, pourquoi ? Manque de temps/non-participation à la FMC/non-participation aux réunions scientifiques, congrès/contraintes financières/autre

88) Encadrez-vous des internes ? Oui/non

89) Des externes ? Oui/non

90) Seriez-vous prêt(e) à vous former pour accueillir un interne en stage de pédiatrie ambulatoire ? Oui/non

91) Avez-vous des remarques ou des commentaires à ajouter pour cette rubrique ?

V. Matériel

- 92) Travaillez-vous avec des dossiers : informatisés/papier
- 93) Si vous travaillez ou avez travaillé avec des dossiers papier, éprouvez-vous des difficultés d'archivage ? Oui/non
- 94) Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? Coût/manque de place/détérioration, perte de dossiers/perte de temps/autre
- 95) Si vous ne travaillez pas avec un logiciel informatique, pour quelle(s) raison(s) ?
- 96) Si vous travaillez avec un logiciel informatique, éprouvez-vous des difficultés avec son utilisation ? Coût/bugs informatiques/perte d'information/respect du secret médical
- 97) Combien de temps gardez-vous les dossiers après la fin du suivi de l'enfant ?
- 98) Estimez-vous disposer de tout le matériel nécessaire pour : le dépistage de troubles visuels/le dépistage de troubles auditifs/le dépistage de troubles orthopédiques/le dépistage de troubles du développement psychomoteur/l'éducation thérapeutique pour le diabète/l'éducation thérapeutique pour l'asthme/l'éducation thérapeutique pour les allergies/autre
- 99) Avez-vous des remarques ou des commentaires à ajouter pour cette rubrique ?

VI. Difficultés ressenties de l'installation

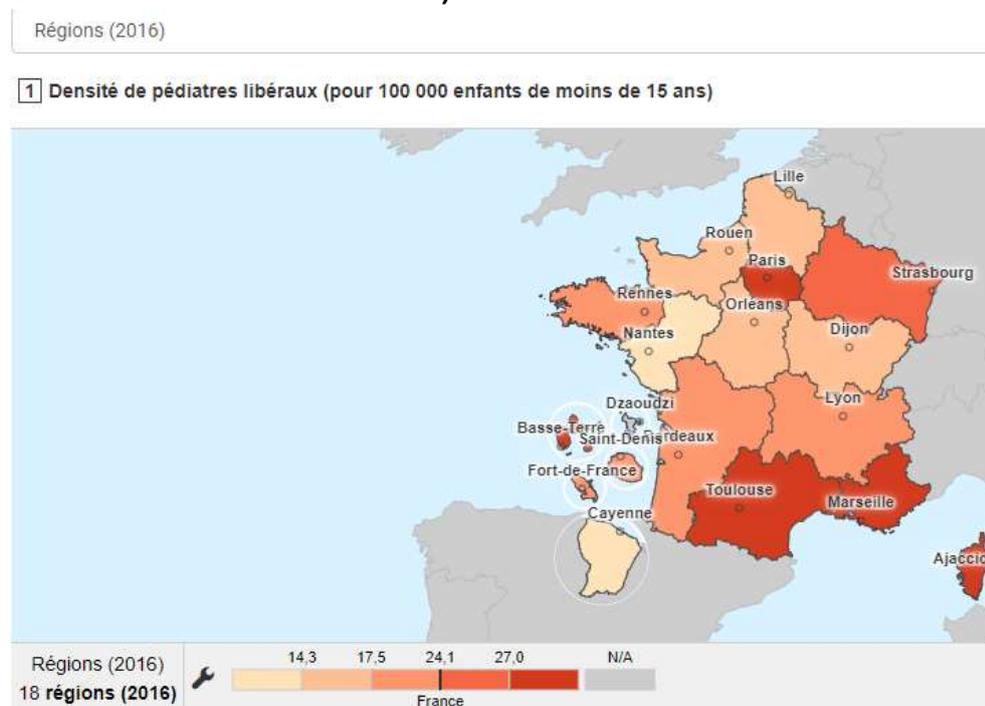
- 100) Lors de votre installation, avez-vous éprouvé des difficultés : à trouver un local/à trouver des collègues/liées au manque d'information sur les modalités d'installation/à recruter votre clientèle/autre
- 101) Éprouvez-vous des difficultés : à la gestion des finances/à la gestion des tâches administratives/à la gestion du temps médical vs administratif/à la gestion du temps de travail vs personnel/liées au surplus de patients/liées à un manque de patients/autre
- 102) Combien de demi-journées passez-vous par semaine pour la gestion des tâches administratives, comptabilité, mise à jour des dossiers, secrétariat téléphonique, avis demandés...
- 103) Avez-vous des remarques ou des commentaires à ajouter pour cette rubrique ?

VII. Projets/souhaits, avenir envisagé

- 104) Comment envisagez-vous votre avenir : poursuite d'une activité semblable/réduction du temps d'activité/augmentation progressive de l'activité/autre
- 105) Si vous exercez une activité hospitalière : augmentation de votre temps hospitalier/diminution de votre temps hospitalier/augmentation de votre temps libéral/diminution de votre temps libéral/pas de changement

- 106) Si vous exercez une activité purement libérale, envisagez-vous d'y associer : une activité hospitalière/PMI/bénévolat/pédiatrie humanitaire/gardes/autre
- 107) Etes-vous en faveur du développement en pédiatrie de : la télémédecine/des téléconsultations/de dossiers médicaux informatisés partagés entre professionnels de santé/des prises de rendez-vous en ligne/de l'évaluation des praticiens en ligne par les patients/autre
- 108) Quelle(s) est(sont) votre(vos) plus grande(s) satisfaction(s) dans votre exercice libéral : liberté dans le mode d'exercice/variété des problématiques, patients/suivi de maladies chroniques/relation de confiance avec les patients/travail en lien avec les confrères en libéral/autre
- 109) Quelle(s) est(sont) votre(vos) plus grande(s) frustration(s) : manque de temps/lourdeur administrative, financière/travail isolé/manque de formation/moyens techniques diminués/répétitivité des situations rencontrées/autre
- 110) Avez-vous des remarques ou des commentaires à ajouter pour cette rubrique ?

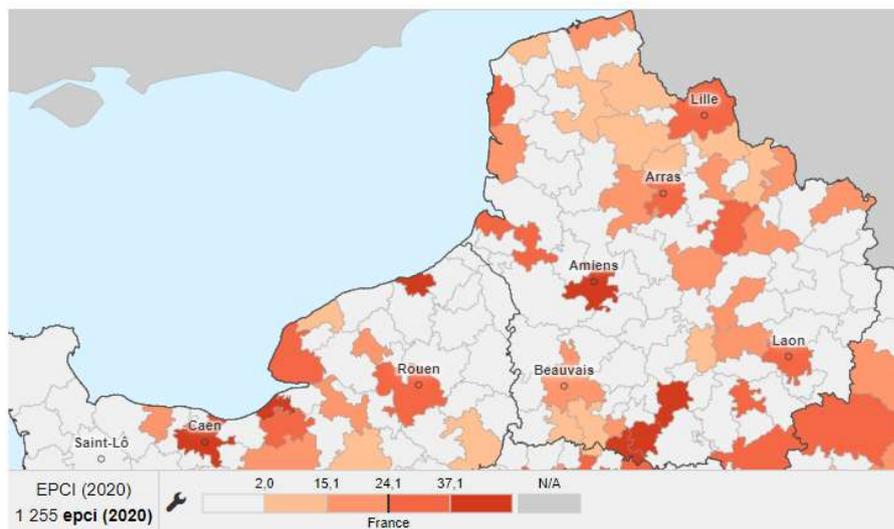
Annexe 2 : Densité des pédiatres libéraux par région en 2017 (source : Observatoire des Territoires)



Annexe 3 : Densité des pédiatres libéraux dans les Hauts-de-France en 2017 (source : Observatoire des Territoires)

EPCI (2020)

1 Densité de pédiatres libéraux (pour 100 000 enfants de moins de 15 ans)



AUTEUR : Nom : BREDY	Prénom : Stéphanie
Date de soutenance : 31 mai 2021	
Titre de la thèse : Pédiatrie libérale dans les Hauts-de-France : démographie, organisation et problématiques	
Thèse - Médecine - Lille 2021	
Cadre de classement : Pédiatrie	
DES + spécialité : Pédiatrie	
Mots-clés : Pédiatrie libérale, démographie, Hauts-de-France, mode d'exercice, communication, formation	
Résumé :	
<p>Contexte : Alors que les besoins de soins en pédiatrie augmentent et se diversifient, la pédiatrie libérale en France rencontre des difficultés liées à un déficit démographique grandissant, une désaffection pour ce mode d'exercice. L'objectif de ce travail était de dresser un état des lieux de l'exercice de la pédiatrie libérale dans les Hauts-de-France et de décrire les problématiques rencontrées.</p>	
<p>Méthodes : Enquête observationnelle descriptive par le biais d'un questionnaire destiné aux pédiatres libéraux en activité dans les Hauts-de-France entre 2019 et 2020.</p>	
<p>Résultats : 58 pédiatres ont participé à l'étude (taux de réponse : 48%). La majorité des participants exerçait dans le Nord-Pas-de-Calais (94%). Le mode d'exercice était principalement urbain (86%), en cabinet de groupe (55%) en association avec d'autres pédiatres (38%). La plupart des pédiatres (85%) avaient exercé en secteur hospitalier auparavant, en moyenne pendant 8,3 ans ; 66% revendiquaient un diplôme de surspécialité. La moitié (48%) des pédiatres pratiquait une activité non exclusivement libérale. Tous les participants travaillaient en réseau avec un CHU, 36% rapportaient des difficultés pour contacter les spécialistes, 46% des difficultés pour récupérer les comptes-rendus hospitaliers. Tous les pédiatres suivaient une formation médicale continue. Vingt-six pour cent des pédiatres participaient à un tour de garde, 95% acceptaient des rendez-vous en urgence. Cinquante-huit pour cent des participants s'estimaient prêts à former des internes. Les principales difficultés rapportées concernaient le manque d'informations sur les modalités d'installation (63%), le manque de temps personnel (62%), l'excès de patients (57%), et l'équilibre entre le temps médical et administratif (57%). Les principales satisfactions rapportées concernaient la relation de confiance avec les patients (98%), la liberté dans le mode d'exercice (86%), la variété des problématiques rencontrées (70%).</p>	
<p>Conclusion : Notre étude souligne l'implication des pédiatres libéraux dans l'offre de soins destinés aux enfants notamment dans les compétences de surspécialités et la permanence de soins. Elle souligne aussi les axes d'amélioration de la pratique de la pédiatrie libérale : renforcer les liens ville-hôpital (communication), valoriser l'activité riche et variée du pédiatre en libéral vis-à-vis des pédiatres hospitaliers, améliorer la formation dans certains domaines de la pédiatrie (dépistage, éducation thérapeutique).</p>	
Composition du Jury :	
Président : Monsieur le Professeur Alain MARTINOT	
Assesseurs : Madame le Professeur Sylvie NGUYEN	
Monsieur le Docteur Antoine CAMPION	
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume POUESSEL	

