

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation des freins et difficultés ressentis par les médecins généralistes des Hauts-de-France lors de la réalisation du suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans en cabinet : étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2024 à 14 heures
au Pôle Formation
par **Clara ROTHMANN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR

Avertissement

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

Table des matières

Table des matières.....	2
Résumé.....	3
Abréviations.....	5
Introduction.....	6
I. Organisation du suivi médical en France :	6
II. Recommandations de bonnes pratiques :	6
III. Politique de santé :	7
IV. Les acteurs.....	9
V. Choix du sujet.....	10
Matériels et Méthodes.....	13
I. Type d'étude :	13
II. Population cible et recrutement :	13
III. Guide d'entretien:.....	14
IV. Réalisation des entretiens et recueils des données :	14
V. Analyse des données :	15
VI. Cadre légal et éthique :	15
Résultats.....	17
I. Description de l'échantillon:.....	17
II. Le médecin généraliste :	19
III. Suivi exigeant et chronophage mais gratifiant.....	33
IV. Organisation française du suivi médical des 3-10 ans trop fragile ?.....	43
V. Le défi de la parentalité.....	45
VI. L'enfant, être vulnérable aux besoins spécifiques en constantes évolutions..	49
VII. Relation parent- médecin.....	55
VIII. Relation triangulaire Médecin-Parent-Enfant.....	60
IX. Perspectives d'avenir.....	63
Modèle explicatif.....	67
Discussion.....	68
I. Résultats principaux.....	68
II. Forces et limite de l'études.....	69
III. Discussion autour des résultats principaux.....	72
IV. Perspectives.....	76
Conclusion.....	79
Bibliographie.....	81
Annexes.....	87

Résumé

Contexte : Le suivi médical de l'enfant est un enjeu de santé publique. Sa réalisation est hétérogène et irrégulière en médecine générale. L'objectif de cette étude est d'évaluer les freins et difficultés ressentis par les médecins généralistes exerçant en ambulatoire lors du suivi des enfants de 3 à 10 ans.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés dans les Hauts-de-France entre mai 2023 et juin 2024 auprès de onze médecins généralistes. Analyse par théorisation ancrée avec triangulation des données. Les onze entretiens ont permis d'obtenir une saturation des données puis d'élaborer un modèle explicatif.

Résultats: Le médecin généraliste possède une place centrale dans le suivi des enfants grâce à ses compétences, sa proximité et sa disponibilité. Le suivi des enfants est ressenti comme lourd et chronophage exigeant des capacités d'adaptation chez des praticiens déjà affligés. L'organisation des soins pédiatriques semble non efficiente. Les patients de 3 à 10 ans échappent trop souvent aux soins préventifs. L'accompagnement des familles dans la parentalité est un élément non négligeable de la complexité du suivi de l'enfant.

Conclusion: L'enjeu du suivi médical de l'enfant doit être le moteur d'élaboration de solutions pour pallier une exécution et organisation trop frêles mettant en péril l'état de santé des adultes de demain. Une meilleure collaboration entre professionnels de santé est nécessaire, tout comme la valorisation des compétences des médecins généralistes dans ce domaine. La formation pédiatrique doit s'adapter. Enfin, il est indispensable de trouver des solutions pour optimiser la régularité des consultations pédiatriques chez le généraliste.

Abréviations

- AUEC : Attestation Universitaire d'Etudes Complémentaires
- COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- DU : Diplôme universitaire
- EN : Education Nationale
- ERTL4 : Epreuves de Repérage des Troubles du Langage lors du bilan médical de l'enfant de 4 ans.
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
- IEM : Institut d'Education Motrice
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MG : Médecins Généralistes
- MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- MSU : Maître de Stage Universitaire
- N1 : interne de médecine générale de Niveau 1
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMI : Protection Materno-Infantile
- ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
- SASPAS Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
- TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TSA : Trouble du Spectre Autistique
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
souvent abrégé en World Organization of Family Doctors

Introduction

En 2021, les enfants de moins de 14 ans représentaient plus de 17% de la population générale française (1). Leur état de santé actuel et celui de demain est un enjeu majeur de santé publique. En effet, il détermine directement l'état de santé des futurs adultes et impacte l'économie sanitaire de notre pays.

I. Organisation du suivi médical en France :

En France, le suivi médical de l'enfant s'organise entre les médecins généralistes, les pédiatres et la PMI. Il peut être complété par différents acteurs paramédicaux, ou médicaux de soins secondaires ou tertiaires. Il comporte une vingtaine d'examens médicaux obligatoires de 0 à 16 ans instaurés depuis mars 2019 (2). Ces derniers peuvent être assurés par un généraliste, un pédiatre, la PMI (jusqu'à 6 ans) ou la médecine scolaire (à 3-4 ans). L'objectif de ces visites est l'évaluation du développement staturo-pondéral, psycho-moteur, de l'aptitude au sport, de l'alimentation, les dépistages sensoriels, et de la mise à jour du calendrier vaccinal (3).

II. Recommandations de bonnes pratiques :

La HAS a établi des recommandations de bonnes pratiques de dépistage individuel de 28 jours à 6 ans dans le cadre du suivi médical. Celles-ci s'axent sur la prévention des troubles psychologiques et psycho-comportementaux (retard de développement, TSA, trouble envahissant du développement, TDAH), des troubles du langage, de l'obésité, de l'audition et de la vision ainsi que du saturnisme (4). En grandissant, l'enfant rencontre de nouvelles problématiques, ainsi de 7 à 18 ans les

recommandations évoluent en ciblant les troubles des apprentissages, les anomalies du développement pubertaire, la scoliose, l'asthme et la rhino-conjonctivite allergique, les risques liés à la sexualité, les troubles psychologiques et addictologiques (trouble anxieux, TCA, dépression, conduites à risque, troubles des conduites, troubles oppositionnels, conduites suicidaires, consommation de produits) (5). De plus, à ces âges, la HAS recommande une consultation en deux temps : avec et sans les parents afin d'établir un lien thérapeutique personnalisé.

III. Politique de santé :

A. Dispositifs existants

Les politiques de santé française ont mis en place des dispositifs de promotion de la santé physique et psychique de l'enfant. A travers différents moyens comme la diminution des facteurs de risque, la promotion des facteurs protecteurs, l'amélioration des conditions de prise en charge des enfants (6). En effet, comme par exemple à travers le programme "M'T dents", l'assurance maladie propose des examens bucco-dentaires chez des chirurgiens-dentistes aux enfants de 3 à 24 ans (7). De même, après avis de la HAS, le ministère de la santé établit un calendrier vaccinal (8). Depuis 2018, onze vaccins sont obligatoires et pris en charge afin de lutter contre une couverture vaccinale insuffisante (3). Le remboursement des visites obligatoires avec une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (9) et sans avance de frais facilite l'accès au soins.

B. Le médecin traitant :

Depuis 2017, les enfants de moins de 16 ans peuvent déclarer un médecin traitant (10) afin de centraliser les prises en charge et les orienter dans son parcours de soins. Le médecin traitant peut être valorisé annuellement à travers la rémunération sur objectif de santé publique s'appuyant sur dix indicateurs prenant en compte le suivi des pathologies chroniques (notamment l'asthme) et la prévention (11). Le médecin traitant peut être généraliste ou spécialiste.

C. L'appui du carnet de santé :

Le carnet de santé, créé au XIX^{ème} siècle (12) est un outil essentiel de communication. Il rassemble des informations médicales nécessaires au suivi de l'enfant. Il est un lien entre différents professionnels de santé mais aussi avec la famille. De plus, il a aussi un rôle d'éducation et de prévention. Il a été mis à jour ainsi que les certificats qu'il contient en 2018 sur la base des recommandations du HCSP pour prendre en considération les avancées scientifiques et les attentes des professionnels de santé et des familles (13). Il comporte plusieurs certificats (8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois). Les données collectées via ces certificats servent de base aux statistiques nationales pour l'évaluation et le suivi de l'état de santé des enfants (14). Malheureusement, le carnet de santé est insuffisamment utilisé, avec de nombreux éléments informatifs non consignés à l'intérieur, notamment chez les enfants les plus âgés (15).

IV. Les acteurs

A. La médecine générale :

La médecine générale est une spécialité médicale de soins primaires. Selon la WONCA, les généralistes sont garants des soins globaux et continus, à tous ceux qui le souhaitent, indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie (16). La prise en charge médicale des enfants rentre dans les fonctions et compétences des médecins généralistes.

Le suivi médical des enfants occupe une part importante de l'activité médicale du médecin généraliste (17). En effet, les consultations pédiatriques représentent 13% des consultations et visites de médecine générale (18) et 88% des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier (18). La prévention et le dépistage font l'objet d'une visite sur huit (18) . La prise en charge des soins pédiatriques repose en grande partie sur les généralistes, en 2019 les pédiatres ne garantissaient que 33% soit un tiers des consultations des enfants en deçà de 12 ans (19).

B. La PMI :

La Protection materno-infantile est un service de santé publique existant depuis l'ordonnance du 2 Novembre 1945. Son principal objectif est la lutte contre la mortalité infantile (20). Elle a des fonctions de prévention et de promotion de santé auprès des familles en pré-partum et post partum jusqu'aux 6 ans de l'enfant. L'accès est public et gratuit. Sa gestion incombe au Conseil Général. Ce service est pluri-professionnel avec des compétences médicales, paramédicales, sociales et psychologiques. A savoir que moins de 15% des médecins de PMI sont des pédiatres (21).

C. La Médecine scolaire :

La médecine scolaire, organisée en 1945, est chapeautée par le Ministère de l'Education Nationale. Ce service de promotion de santé a pour but la réalisation d'examens médicaux réguliers des élèves, la prise en charge des élèves souffrant de pathologies chroniques, l'aide à ceux atteints de handicap ou ayant des difficultés d'apprentissages (22). Le médecin scolaire pilote, programme et évalue des projets de santé publique. Ses actions ont aussi pour objectif de favoriser le développement de l'enfant, son bien-être et son estime de soi. Ses missions s'adressent aux élèves mais aussi aux parents et aux enseignants (23).

D. Les pédiatres :

Les pédiatres, sont les médecins spécialistes de la prise en charge médicale autant physique que psychologique des patients de la naissance à 18 ans (24). Ils font partie intégrante du suivi médical de l'enfant en France. Il existe un recul démographique des pédiatres exerçant en libéral (25). Il en découle une diminution des soins de prévention pédiatrique. La pénurie des pédiatres et le vieillissement de la profession entraîne un report des consultations pédiatriques vers la médecine générale.

V. Choix du sujet

A. Constat :

1. Réalisation du suivi hétérogène :

Malgré ces dispositifs, la réalisation des actes de dépistage chez les enfants est non optimale. En effet, certains tests de dépistages sont insuffisamment réalisés voire méconnus des praticiens (26). Certains outils d'évaluation (ERTL4) ou de

dépistage sont peu utilisés car jugés inadaptés à la pratique de la médecine générale (27). Les examens cliniques sont parfois sommaires, non systématiques et l'interrogatoire des facteurs de risque incomplet avec une connaissance imprécise des modalités de dépistages (28). De plus, il existe des différences de pratiques entre les généralistes, particulièrement sur la durée de consultation (29). Il existe donc une large hétérogénéité de la pratique pédiatrique en ville de la part des médecins généralistes (30). De plus, des inégalités sociales de santé apparaissent souvent dès le pré-partum et s'accroissent au cours de l'enfance (31). A cela, s'ajoutent des inégalités d'accès des enfants à la prévention et aux soins qui exacerbent la disparité du suivi des enfants français (19).

2. Démographie population et médicale:

Au 1er janvier 2024, les moins de 15 ans représentent plus de 11 millions d'habitants en France selon l'INSEE (32). Certes la natalité est en berne avec 678 000 bébés nés en France en 2023, soit 6,6 % de moins qu'en 2022. Mais on enregistre en parallèle une diminution des décès. En découle, une augmentation de la population générale de 0,3% de plus qu'un an auparavant avec une espérance de vie à la naissance toujours plus élevée de 85,7 ans pour les femmes et 80,0 ans pour les hommes (33). Le vieillissement de la population s'accroît depuis 2011 (34), et avec elle l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques (35). Ces deux facteurs, amenuisent le temps médical disponible dans un contexte où le nombre de médecins généralistes en activité diminue (36).

B. Enjeux :

La prise en charge globale de la santé des enfants est un facteur déterminant de l'état de santé à l'âge adulte, en influençant directement les indicateurs sanitaires, économiques et sociaux de demain (21).

Bien que les enfants soient dans l'ensemble en bonne santé, leurs habitudes acquises lors de l'enfance et l'environnement social dans lequel ils grandissent sont des facteurs conditionnant leur avenir en matière de santé (37). En effet, les jeunes peu actifs sont peu susceptibles de devenir des adultes actifs physiquement (38).

Après 6 ans, le suivi médical est souvent plus irrégulier (9), rythmé par les épisodes infectieux aigus, or de nouvelles problématiques et enjeux émergent.

Il est donc crucial que les enfants de tout âge puissent bénéficier d'un suivi médical adéquat et régulier en rencontrant un professionnel de santé pour évoquer tous les aspects de leur santé et les encourager à veiller sur leur santé de manière pérenne.

La réalisation d'un suivi médical optimal chez l'enfant reste donc un défi complexe dans un contexte de démographie médicale en baisse (39) et d'une hétérogénéité des pratiques en médecine générale.

C. Objectif de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les freins et difficultés ressentis par les médecins généralistes lors du suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans en ambulatoire. Les objectifs secondaires sont le repérage des critères de suivi optimal et les facteurs de risque de suivi non optimal, d'élaborer des axes d'amélioration et d'harmonisation dans l'organisation et la réalisation de celui-ci et enfin de revaloriser le rôle du médecin généraliste.

Matériels et Méthodes

I. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée, dont les données analysées sont issues de onze entretiens individuels semi-dirigés (40).

II. Population cible et recrutement :

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes pratiquant en ambulatoire installés ou non dans les Hauts-de-France.

Le recrutement a été effectué par échantillonnage raisonné théorique via des connaissances directes ou indirectes entre mai 2023 et juin 2024.

Un contact téléphonique ou écrit a été établi avec chaque participant afin de lui présenter le projet de thèse et l'informer des modalités et organiser l'entretien. Une lettre d'information leur a été transmise au préalable (Annexe 1). La question de recherche restait inconnue des participants.

Les critères d'inclusions étaient :

- être médecin généraliste
- exerçant en ambulatoire
- exerçant dans les Hauts-de-France

Ils ont été caractérisés par le genre, l'âge, leur lieu d'installation, leur mode d'exercice, leurs expériences non libérales, leur statut universitaire de maître de stage (MSU), ainsi que leurs formations complémentaires.

III. Guide d'entretien:

Les entretiens individuels semi-dirigés (Annexe 2) étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement rédigé.

En septembre 2022, un focus group lors d'un groupe qualité de pairs du Cambrésis a permis la rédaction d'une première version du guide d'entretien par le chercheur qui a été validée par le directeur de thèse (Annexe 3). Il se compose de questions ouvertes.

Ce guide a évolué au cours du temps et les questions ont été ajustées en fonction des premiers entretiens réalisés. De plus, des questions de relances ou formulations ont été améliorées. Un total de trois versions du guide d'entretien a été nécessaire afin d'établir la version finale (Annexes 4 et 5).

IV. Réalisation des entretiens et recueils des données :

Un total de 11 entretiens se sont déroulés de mai 2023 à juin 2024.

Chaque entretien a été réalisé en présentiel à l'horaire et l'endroit choisi par le participant.

Les entretiens étaient de type semi-directifs.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone de la marque Phillips® ou via l'outil « dictaphone » d'un smartphone de type iPhone®.

Les entretiens ont été interrompus après suffisance des données. La suffisance des données est atteinte lorsque les données issues des entretiens n'apportent plus de

nouvelles propriétés à une catégorie de concepts ou ne permettent pas d'en créer une nouvelle.

Tous les enregistrements ont été intégralement retranscrits de manière anonyme à l'aide d'un ordinateur portable de marque Apple® et de Google Docs pour constituer le verbatim.

Le recueil des caractéristiques des participants a été fait à l'oral.

Au cours de l'étude, un journal de bord a été rédigé, support de réflexion et d'organisation (Annexe 6).

V. Analyse des données :

Les données ont été analysées par codage ouvert avec création d'étiquettes expérientielles puis de propriétés. Ces propriétés permettant d'élaborer des catégories de concepts afin de proposer un modèle explicatif à la question de recherche.

La triangulation des données a été effectuée par un autre médecin généraliste doctorant.

VI. Cadre légal et éthique :

Le recueil du consentement écrit et oral du participant à l'étude a été recherché avant de commencer chaque entretien. Aucun refus n'a été constaté. Chaque participation à l'étude était facultative et le participant pouvait mettre fin à l'entretien dès qu'il le souhaitait. Tous les participants avaient et ont toujours le droit

d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les données qui les concernent.

Les données ont toutes été anonymisées et restent confidentielles.

Les enregistrements audios seront détruits à l'issue de la soutenance de cette thèse.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration N°2023-089 auprès du délégué à la protection des données de l'université de Lille (Annexe 7).

L'étude n'a pas nécessité l'obtention d'un accord par le Comité de Protection des Personnes.

Résultats

I. Description de l'échantillon:

Au total, onze médecins généralistes ont participé à l'étude.

L'ensemble des médecins interrogés a une activité libérale, seul un médecin possède une activité salariée en parallèle.

Tous sont installés. Selon la grille communale de densité de l'INSEE de 2024 (41) 2 exercent dans des zones dites urbaines (densité 1), 6 dans des zones de densité intermédiaire (densité 2 et 4) et 3 dites rurales (densité 5).

L'échantillon est constitué de six femmes et cinq hommes.

La moyenne d'âge est de 42,3 ans avec un participant de moins de 30 ans, quatre entre 30 et 40 ans, trois entre 40 et 50 ans, et trois de plus de 50 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Participants	Genre	Âge	Localisation	Expériences non libérales	Mode d'exercice	Statut universitaire	Formations complémentaires
M1	F	34	urbain	planning familial activité salariée	MSP	MSU	AUEC pédiatrie AUEC IVG et contraception DU gynécologie pour le médecin généraliste
M2	M	34	urbain		MSP		AUEC pédiatrie
M3	F	43	rural	IEM	cabinet de groupe	MSU	Journées de pédiatrie groupe qualité
M4	M	37	intermédiaire		MSP*	MSU chargé d'enseignement	DIU polyarthrite et pathologie systémique formation pédagogique recherche qualitative
M5	F	42	intermédiaire	PMI	MSP	MSU	AUEC pédiatrie DU lactation humaine DU théorie attachement (Paris Descartes) Trouble de l'oralité Méthode Bobath Formation Bullinger
M6	M	50	intermédiaire		seul		
M7	F	28	intermédiaire		seul		
M8	M	55	intermédiaire		MSP	ancien MSU	
M9	M	31	rural		cabinet de groupe		AUEC pédiatrie
M10	F	67	rural		seul		Maîtrise de stage d'assistants médicaux
M11	F	45	intermédiaire		MSP*	MSU	

**MSP multi sites*

La durée moyenne des entretiens est de 34 min et 45 secondes, le plus court a duré 21 min 47 et le plus long 50 min 23.

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

participants	durée entretien	lieu de l'entretien	condition de réalisation de l'entretien
M1	26 min 20 sec	au cabinet	en fin de journée, en présence de son interne N1
M2	41 min 11 sec	au cabinet	en de journée, interruption par appel téléphonique
M3	32 min 35 sec	au cabinet	en fin de matinée, avec interne SASPAS consultant dans le bureau à côté, une interruption de celle-ci
M4	45 min 58 sec	à domicile	pause méridienne, autour d'un café, une interruption par appel téléphonique
M5	32 min 37 sec	au cabinet, en salle de pause	pause méridienne.
M6	21 min 47 sec	au cabinet	en fin de journée.
M7	45 min 11 sec	au cabinet	en fin de journée, interruption par un appel téléphonique.
M8	25 min 52 sec	au cabinet	en fin de journée.
M9	50 min 23 sec	au cabinet	pause méridienne, autour d'un café, une interruption par appel téléphonique
M10	29 min 59 sec	au cabinet	en fin de journée, avec son assistante médicale.
M11	30 min 25 sec	au cabinet	pause méridienne.

II. Le médecin généraliste :

A) Une place centrale et essentielle dans le suivi médical de l'enfant:

Le médecin généraliste considère avoir une **place centrale** dans l'offre de soins de santé des enfants. En effet, pour lui son **rôle est essentiel** dans la prise en charge, la prévention et la coordination.

“Nous on a une place qu'on avait peut être perdu un moment je ne sais pas mais la place encore une fois chez un enfant qui ne pose pas de gros problème tant physique que psychologique je pense que le pédiatre a autre chose à faire enfin il me semble donc voilà donc la place elle est majeure finalement.” M8

“Notre rôle à nous médecin généraliste, il est primordial.” M3

“Chez l'enfant en soi large comme tu disais les 3 -10 ans ou 3 -15 ans là, euh notre place elle est importante, on recadre quand même énormément de choses de suivi obligatoire de l'enfant dans la santé, de problèmes sociaux, de problèmes scolaires, de problèmes familiaux euh on a une place centrale qui reste très très importante chez l'enfant.” M3

“Qu’on est quand même le ... normalement le centre de la prise en charge du patient et que ce soit chez les enfants ou chez les adultes.” M7

“Nous on est à la confluence de tout.” M9

1) Excellente connaissance du patient

Le médecin généraliste est le pilier du suivi médical de l’enfant grâce à la **grande connaissance** qu’il a de son patient. En effet, il connaît son environnement de vie, son histoire sociale et médicale ce qui fait de lui la personne la plus à même de réaliser un suivi médical adapté et personnalisé.

“Le gros avantage que je vois à être médecin généraliste c’est de pouvoir faire à la fois les suivis de l’enfant et (insiste sur le ET) les voir en urgences parce que ça me permet à force de le voir quand il va bien, de tout de suite voir quand il va pas bien.” M5

“C’est un avantage , on connaît tout de sa vie !” M10

“C’est cette idée c’est de se dire que moi j’ai une image globale avec les parents.” M9

2) Médecin de famille

Sa place de **médecin de famille** lui confère une connaissance de la famille et de l’environnement social de l’enfant, atout majeur pour l’identification des besoins et des facteurs de risques sanitaires. De plus, une **prise en charge familiale et collective** est souvent bénéfique pour l’intérêt de l’enfant.

“Je le vois comme un avantage parce que on est facile d’accès effectivement, qu’on connaît le contexte familial, les antécédents mais aussi le contexte social, psychologique.” M11

“En tant que médecin généraliste on voit les familles en fait c’est ça l’avantage et souvent le poids c’est pas un problème isolé d’un enfant dans une fratrie et d’une famille qui va super bien sur le plan alimentaire donc c’est souvent un travail beaucoup plus collectif donc voilà! “ M2

“L’avantage c’est la proximité surtout si on connaît la famille, les parents enfin voilà donc on a euh j’allais dire la proximité et le contexte parfois psychologique, parfois beaucoup plus intime ça arrive euh ... y’a des enfants que je soigne dont le père n’est pas vraiment le père enfin tu vois ce que je veux dire.” M8

“Je vois pas quel inconvénient on aurait de suivre un enfant qu’on connaît , enfin dont on connaît les parents, les grands-parents éventuellement, les frères et soeurs, voire même l’enseignante.” M8

“Après c’est la médecine familiale c’est que quand je connais les parents ... parce que y’a des parents qui vont très facilement se livrer, parler, me parler d’eux etc donc ça, ça va aller dans les suivis pédiatriques.” M5

“Je pense qu’il y a des avantages parce qu’on est médecin de famille, le médecin de famille n’est pas mort, le médecin de famille... j’veux dire il faut imaginer que on s’installe après on est parti pour quelques années et on suit une personne, on suit un couple, on suit une famille et euh au bout d’un moment, les gens vous font confiance heureusement et euh viennent spontanément de toute façon vous consulter pour suivre leur enfant.” M4

“On connaît la famille, on connaît voilà les parents, les grands parents parfois, les frères et soeurs et on sait dans quel milieu évolue l’enfant et on a du coup je pense quelques, quelques mètres d’avance sur les autres parce que justement on peut anticiper parfois, on peut euh savoir quoi faire selon la famille à laquelle on affaire”. M4

“Un avantage j’dirais dans le sens où on connaît la famille, on connaît les problèmes de santé des parents , des fois même des grands-parents euh que du coup on sait dans quelle famille il est, on sait si y’a des autres problèmes de santé sur les frères et soeurs tout ça, ça permet de mieux le centraliser.” M7

“Non moi je pense que c’est hyper important c’est impossible de prendre en charge euh des parents si on ne comprend pas la complexité de la relation familiale et donc d’en avoir connaissance.” M9

Souvent impliqué depuis le pré-partum, via la prise en charge des parents, de la fratrie et du suivi de la grossesse, le médecin généraliste exerce un travail de **continuité**. La relation tissée au préalable avec les parents est aussi un atout majeur.

“Je fais de la gynéco et du suivi de grossesse, qui me permet de suivre après le résultat de la grossesse (rire) voilà je fais vraiment de la continuité ici.” M1

“C’est d’abord suivre les parents, suivre la conception, la maternité, la grossesse, et ensuite c’est suivre un enfant de sa naissance jusqu’à l’âge qu’il est plus enfant.” M3

“Suivre un enfant c’est euh bah déjà dès sa naissance voire même avant, j’dirais le suivi de l’enfant c’est également in utero, lorsque la maman est enceinte.” M4

3) Accessibilité et sa disponibilité

Son **accessibilité** et sa **disponibilité** lui permettent d’être le **premier interlocuteur** et de remplir ses missions de soins primaires.

“Je pense que le médecin généraliste est pour moi central dans le suivi de l’enfant parce que quand il y a problème c’est lui qu’on va appeler c’est pas la PMI, c’est pas le pédiatre, c’est le médecin généraliste qu’on va appeler et j pense qu’on a cet avantage là d’avoir cette disponibilité comme on peut l’avoir, comme on essaye de l’avoir et surtout que ce soit sur le plan médical ou le plan social.” M4

“On est hyper disponible au cabinet mais on fait pas de la délivrance à distance de complaisance donc les certificats on se débrouille, on est hyper large sur nos horaires en réalité.” M9

“Je suis hyper patient avec les parents, je suis hyper gentil, je suis vraiment pas un grand méchant et euh y compris les enfants où c’est leur tout premier ils savent très bien qu’ils peuvent m’appeler et que je les vois dans la journée.” M9

4) Un coordinateur et garant du suivi médical au long court

Le généraliste **coordonne** et articule le suivi entre les différents intervenants. Il veille au bon déroulement du suivi. Il effectue une prise en charge globale, réalisant les bilans et soins de premières intentions. Il est le **garant du suivi médical** au long court.

“Ils se rendent pas compte que ben nous si on les voit pas on a pas le suivi global et malheureusement s’il voit un spécialiste ou un paramed de temps en temps euh ils vont pas faire la synthèse, ils vont pas faire le lien entre les plusieurs choses et c’est notre boulot en fait et ça ...” M7

“En fait la MG c’est assez génial pour ça , on voit beaucoup de gens qui vont bien et on fait du suivi.”M1

“Suivre un enfant c’est suivre dans la globalité parce que souvent on va avoir euh le côté physique, le côté psychologique et psychomoteur .” M7

“Au final je me retrouve à faire les dépistages moi même bon avec euh, avec les armes que j’ai, qui sont en effet limitées aussi à mes compétences mais en tout cas c’est moi qui lance les bilans et puis après j’adresse tout de suite aux spécialistes.” M9

a) Fort de ses compétences :

Le médecin généraliste possède de nombreuses **compétences**, telles que la polyvalence, la gestion de la complexité, la prévention et l’éducation à la santé, la communication ainsi que des compétences relationnelles. Il estime pouvoir assurer le suivi médical d’un enfant physiologique.

“Un nourrisson et un jeune enfant qui ne pose pas de problème on le voit.”M8

“Oui, je suis capable de le suivre et si y’a un problème j’envoie chez le pédiatre si j’en ressens le besoin.”M4

“C’est sur qu’on a pas la même formation médicale qu’un pédiatre, néanmoins nous on est omnipraticien comme je le dis, c’est à dire qu’on sait beaucoup de choses sur beaucoup de pathologies mais pas en détail.” M4

“C’est à dire qu’un enfant qui va bien, un enfant physiologique euh on sait gérer, on est formé pour ça.” M7

“C’est faire mon travail de médecin généraliste, fin ça veut dire tout quoi, euh le suivi classique aussi bien en aigue que sur le long court , toutes les consultations de suivi habituel chez les enfants, bah c’est ça depuis 8 jours de vie parfois un peu avant ça reste exceptionnel jusqu’à euh allez on va dire les critères OMS fin de l’adolescence donc la trentaine (rire).” M9

“En fait il faut considérer les pédiatres ... comme le cardio bah il gère pas les hypertensions simples bah le pédiatre il doit pas gérer les suivis pédiatriques simples de mon point de vue , c’est vraiment du même ordre.” M9

“En fait on remet au centre notre compétence par la pratique et les faits.”M9

La médecine générale est une spécialité vaste, complexe et remplie d’incertitudes.

La plupart des généralistes montrent une capacité à se remettre en question et à s'informer. Ils doivent avoir une maîtrise et une connaissance de leurs limites et reconnaître **ne pas tout savoir**. Leur rôle est d'**adresser et d'orienter** vers d'autres confrères ou para-médicaux en cas de besoin pour offrir la prise en charge la plus adaptée et optimale à ses patients.

“Sauf problèmes bon si y’a un enfant qui a un trouble de l’oralité , euh une cassure dans sa courbe de croissance ou autre on va l’adresser chez le pédiatre , hospitalier même ici, à l’hôpital.” M8

“Correctement formé je ne vois pas de frein euh à condition de savoir adresser aux surspécialistes comme il faut pneumopédiatre, endoc, neuropédiatre etc...” M5

“Je fais le suivi obligatoire mais le reste pff je passe vite la main quand ça sort des sentiers battus.” M6

“A partir du moment où moi je maîtrise pas quelque chose, un trouble de croissance principalement c’est souvent dans ce cadre là d’ailleurs euh j’envoie chez le pédiatre très rapidement.” M3

“Je les rassure la plupart du temps sur le fait que si un moment donné je me sens dépassé bah c’est comme en cardio, en cicatrice, c’est comme en tout on rebasculera vers le pédiatre.” M2

“Ca m’arrive de passer un petit coup de fil, d’aller toquer chez mes collègues juste un petit coup à côté et ils disent “tiens, on regarde ensemble”, souvent la dermatologie pédiatrique.” M2

“Il faut savoir déléguer quand on ne sait pas, surtout quand c’est les enfants, c’est à dire que moi j’hésite pas quand c’est nécessaire à demander des avis, notamment auprès d’autres confrères.” M4

“On sait un peu de tout mais on sait pas tous les trucs spécifiques on les connaît pas par coeur, des fois on a besoin de chercher mais c’est tout moi même chez les enfants j’ai toujours mes notes de pédiatrie qui sont là , j’en ai aucune honte devant les parents de les regarder et de leur dire “écoutez attendez je recherche “ou “ben écoutez je vais appeler la pédiatrie à Beuvry je vais leur demander leur avis et je vous tiens au courant”.”M7

“Par contre j’adresse au pédiatre quand je m’en sors pas ou quand j’ai des questions (téléphone sonne), des interrogations quoi euh ... ”M9

B) Mais un praticien en détresse :

1) Problématique de considération:

Nombreux médecins généralistes évoquent la **frustration**, l'**exaspération** de ne voir les enfants quasi que pour des consultations aiguës alors que leur suivi médical est assuré par un pédiatre. Une **incompréhension** et un sentiment de **dévalorisation** naissent de ce phénomène. De plus, certains considèrent que leur prise en charge est moins qualitative suite au manque de connaissance de leur patient.

*“On arrive à une aberration c’est que les pédiatres voient les enfants en bonne santé et nous on les voit malades.” **M10***

*“Mais euh on est pas la roue de secours du pédiatre hein ! Le pédiatre quand il faut, il se déclare médecin traitant et qu’il suit les gamins bah nous on reçoit les gamins quand ils appellent à 18h parce que le gamin est malade et pis le pédiatre il a pas de place et pis c’est à toi d’en trouver (en colère).” **M6***

*“Je trouve ça souvent un peu cocasse c’est que les gens vont chez le pédiatre pour faire les vaccins et quand l’enfant est malade ils viennent avec l’enfant, alors je ne sais pas comment on doit le prendre, si on est valorisé en disant “ah bah oui quand l’enfant est malade il va chez le médecin” .” **M8***

*“J’aime pas trop les enfants qui sont suivis par des pédiatres pour ... parce que y’a certains parents qui font ça hein quand même, pour tous les examens obligatoires de l’enfant, pour un suivi non malade, sans pathologie, sans fièvre et qui viennent ici juste pour une fièvre à 39°, non pas que ça me dérange de partager avec le pédiatre mais parce que je connais pas l’enfant, jsais pas ses antécédents, parce que j’ai jamais ausculté l’enfant, je connais pas son suivi médical et ça ça me pose problème quand à trois mois on vient m’amener un 39 et que j’ai jamais vu l’enfant, je préfère savoir que moi même j’ai déjà validé un certain degré d’évolutivité, une pathologie cardiaque non retrouvée enfin bref ça me dérange un peu j’m dis aux parents que je suis pas là pour faire que de l’infectio et que je préfère ne pas faire ça et qui faut qu’ils fassent un choix .” **M3***

*“Cette part de non suivi de l’enfant, de non connaissance de l’enfant et d’être juste là pour là pour de l’infectio, la plupart du temps un peu lourde en plus, qui est un peu dérangeant.” **M3***

*“Moi j’ préfère quand même les suivre parce que si c’est pour les voir que quand y’a un problèmes, c’est parfois un peu frustrant.” **M4***

“Ils viennent chez moi des fois ils viennent chez eux fin chez elle, fin ils viennent surtout en urgence chez moi (voix amusée) et en programmé chez elle puisqu’elle en voit pas des urgences (rire jaunes) euh c’est un peu plus complexe mais pff (souffle) globalement ça se passe bien parce que bah dans ces moments là le pédiatre fait le suivi régulier et pis nous on gère les crises (rire).” M7

“Le pédiatre en plein hiver il peut pas voir une otite le jour même bon fin nous on se débrouille.” M9

2) Etouffé par une charge et des conditions de travail pénibles :

Le **manque de temps médical** et la **charge de travail** des médecins n’offrent pas des conditions idéales à la réalisation d’un bon suivi médical chez l’enfant. En effet, certains déplorent le poids de l’administratif, des conditions de travail pénibles et se sentent contraints à prioriser la **médecine curative** à la prévention.

“Bah c’est qu’on est tellement peu nombreux, qu’on s’oriente vers vraiment plus ce qui est curatif !” M5

On est pris par une charge de travail curative énorme, et donc je pense que certains médecins aimeraient faire certainement plus de pédiatrie, plus de prévention mais leur..., j pense que leurs journées sont complètement remplies par tout ça quoi !” M5

“Ouais bon Pff pour tout et pour rien et puis les papiers pour les crèches et puis les ordonnances pour les crèches qui sont illégales et euh bon après c’est l’administratif qui nous emmerde.” M6

3) Esseulé :

i) Défaillance de la médecine scolaire:

Le constat est univoque, la **médecine scolaire est en perte de moyens et d’efficacité** laissant un manque à combler dans la prévention, le dépistage primaire et le suivi médical de l’enfant en France.

“Sinon y’a pu les examens de médecine scolaire euh c’est compliqué euh (rire) donc euh du coup euh bah on devrait théoriquement prendre le relais mais c’est un peu compliqué en terme de temps pour nous parce que sur une consultation simple on peut pas forcément proposer de refaire un point complet euh sur tout ça et ... et pourtant ce serait nécessaire !” M11

“La médecine scolaire euh ... l’examen des 6 ans c’est de plus en plus rare qu’il soit fait ou alors ... ou alors pas par le médecin scolaire en tout cas, une infirmière scolaire qui fait juste les bilans sensoriels.” M11

“Parce que finalement y’a, y’avait le médecin scolaire avant qui était beaucoup plus présent que maintenant, y’en a encore quelques uns mais ils sont tellement débordés comme tout le monde qu’ils peuvent pas voir tous les enfants et donc ça, ça manque un peu aussi hein.” M4

“Non la médecine scolaire non. Bah non mais faut être réaliste, en fait c’est vrai qu’ils font quand même les bilans des 4 ans et ça c’est pas mal mais après passé la maternelle euh dépassé avec des infirmières pas formées, pas suffisamment formées, c’est pas de leur faute et pas assez de médecins scolaires, je sais plus y’en a combien pour la région ?” M9

ii) Démographie médicale des pédiatres:

La **réduction démographique des pédiatres** notamment libéraux laisse aux généralistes un sentiment **de solitude** et accroît leur charge de travail.

“Dans le secteur ici on en a très peu des pédiatres libéraux, enfin pas pour un suivi régulier.” M11

“Bah la place, elle est de facto elle est laissée libre par l’absence de pédiatre de toute façon bah voilà tout simplement.” M8

“Ouais et puis en fait y’a pas assez de pédiatres et puis en fait ils ne peuvent pas faire tous les suivis.” M9

iii) Une communication inter-professionnelle dysfonctionnante:

La majorité des médecins interrogés regrette une **communication entre professionnels de santé dysfonctionnante**. En effet, nombre d’entre eux ont des difficultés à joindre des intervenants du suivi médical de l’enfant ou à avoir des

retours de leur part. Certains se sentent mis à l'écart dans certains parcours de soins.

"C'est à dire que ben les infirmiers scolaires ou les medecins scolaires ils nous redonnent fin ils viennent jamais vers nous, on a jamais de synthèse." M7

"Qui puissent surtout et surtout nous transmettre les infos et nous transférer les infos de cet examen parce que des fois euh ce que je déplore c'est que les spécialistes ou les infirmières font des choses mais nous renvoient pas les infos." M4

"En pédiatrie j'ai pas de canal de communication privilégié et c'est vrai quand on cherche à adresser un enfant bon en général de toute façon c'est en ... oui que ce soit en hospitalier ou en libéral en spé euh bah y faut que (rire) c'est compliqué, très compliqué d'avoir rdv en fait euh donc ... que ce soit moi qui appelle ou que ce soit les parents c'est très compliqué." M11

"Peut être la prévention ou le dépistage plutôt des troubles d'apprentissage ou on est que souvent les derniers avertis (rire). C'est-à-dire ? Ils ont fait tout un parcours avec l'école, ils ont déjà été voir un tas de personnes ou ils viennent nous voir parce qu'il faut l'ordonnance ou le courrier pour le neuro, le neuropédiatre et on a quelquefois l'impr... on le certificat MDPH alors qu'on a rien suivi de l'affaire et qu'on débarque et qu'on se retrouve avec un dossier énorme à gérer d'un coup euh... donc là je me dis y'a quelque chose qu'on rate mais euh je ne sais pas à quel niveau ça se rate." M11

"On se sent quand même quelquefois démunis dans certaines situations où on a pas justement les facilités d'avoir les liens ou la communication avec fin soit difficultés dans l'organisation du parcours de soin ou bien soit difficultés d'entrer en communication avec le spécialiste pour avoir l'avis ponctuel qui nous manque, sinon pour le suivi général ça va." M11

"Moi j'aurais pas de mal à dialoguer mais c'est l'inverse qui est pas ... si j'ai un problème j'appelle." M10

"Alors je ne sais pas ce que disent les autres mais moi y'en a pas on a jamais un courrier des pédiatres même quand on leur adresse un enfant, on a pas de retour, on sait pas, on le sait par les parents "le pédiatre à dit que.." donc inexistant !" M5

"J'ai des difficultés parfois à joindre les pédiatres donc queau final malheureusement, en fait j'arrive pas à joindre les pédiatres libéraux." M9

iv) Difficulté d'accès aux soins secondaires:

La **pénurie de professionnels de santé de soins secondaires** peut mettre en difficulté les généralistes. Le généraliste se sent **démuni**, devant temporiser sans solution efficace dans certaines situations dépassant ses compétences.

“A chaque fois qu’on regarde dans la bouche quand ils sont malades on se dit “ah je regarde les dents systématiquement mais après l'accès aux dentistes n'est forcément simple pour autant.” M11

“On a pas forcément les moyens pour les orienter comme il faut derrière et euh la prise en charge n'est pas toujours simple au niveau du parcours de soin.” M11

“Le problème qu’on a c’est qu’on manque de tout, notamment de neuropédiatre c’est catastrophique.” M5

“Pas assez de pédiatre, pas assez de médecin généraliste ceux qu’ont besoin en plus d’avis spécialisés ils sont vus un an et demi après pfff (soupir).” M6

“Où parfois ça pose problème, on revient à mes trucs de de ... de pédopsychiatrie c’est quand il y a une hyperactivité ou autre et là c’est la croix et la bannière ou une suspicion d’autisme là là fin voilà c’est chronophage, on essaye de trouver des solutions, c’est difficile , les rdv etc fin ..” M8

“Moi j’ai pas de difficulté particulière en réalité en pédiatrie, euh si sur l'accès aux spécialistes de certaines spécialités notamment pneumo-allergo (rire) pneumopédiatre et allergopédiatre.” M9

v) L'affaiblissement de la PMI:

Les médecins généralistes participants à cette étude ont le sentiment que la **PMI s'affaiblit** avec moins de moyens alloués à la prévention.

“Ceux qui passent à la trappe avec la disparition de ces examens obligatoires qui avaient en milieu scolaire et le peu de moyen qu’on met aux PMI c’est catastrophique en fait.” M1

“Euh les médecins de PMI, y’en a plus donc c’est que des équipes de puéricultrices et de plus en plus dirigées pour les enfants placés les enfants de l’ASE donc, euh quasiment plus de prévention.” M5

Bien que certains soulignent la persistance et qualité de la visite des 4 ans.

“La visite des 4 ans, ça fonctionne bien, elle est quasiment tout le temps faite donc c’est au moins un âge où on a un dépistage auditif, ophtalmo.” M5

C) Un être humain: subjectif et sensible :

Outre son statut de médecin généraliste, c’est un être humain subjectif et sensible. L’appétence pour la pratique pédiatrique n’est pas évidente pour tous.

“Je m’étais formée en pédiatrie, parce que je me trouvais ça pas mal de faire bcp de ped dans mon exercice parce que j’aime bien ça.” M1

“Je..., la pédiatrie c’est pas (soupir) y’a des médecins qui adorent faire beaucoup de pédiatrie c’est pas forcément mon cas.” M6

“J’ai une patientèle très très diversifiée mais j’ai plein d’enfants et j’suis contente (rire).” M7

L’âge du praticien et la difficulté de rester au goût du jour dans le domaine de la parentalité peut être vécu comme un obstacle à la pratique pédiatrique.

“Je me sens toujours en difficulté parce que je vieillis du coup des mamans, des jeunes maman aujourd’hui sont plus les mêmes que quand moi j’étais jeune maman donc du coup pour le coup j’ai quelques questionnements sur le bio , les ... les ... toutes les dernières recommandations.” M3

Le médecin généraliste peut éprouver plusieurs **sentiments négatifs** lors du suivi médical de l’enfant. Il peut ressentir de la **culpabilité**, se sentir responsable des failles, se sentir en **échec** ou face à des **dilemmes** sur des notions de responsabilité médicale, de sécurité du patient ou dans des contextes de suspicion de maltraitance infantile.

“Arrivée en primaire, 6-7 ans là on est interpellé parce que c’est développement catastrophique et fin soit avec un risque des troubles du spectre autistique soit euh soit des situations sociales critiques soit des parents qui sont complètement négligents et en fait bah moi je me sens pas très bien quand c’est comme ça, je me dis j’ai raté, j’ai raté le truc, j’aurais dû les voir, plus souvent.” M5

“Bah c’est compliqué de faire des IPles IP moi je les fais toujours de manière anonyme parce que je me dis que sinon je vais perdre le suivi de l’enfant.” M5

“Quelque chose qui au départ pour nous peut être un frein parce que on se dit “c’est de la délation, j’ai l’impression de voilà les trahir” bah quelque part non on fait notre rôle de médecin et il faut laisser un peu les affects de côtés et puis peut être passer le pas, parce que on pourrait le regretter quelques fois, parce que quand on fait une IP, derrière c’est qu’on est inquiet et des fois il peut y avoir des drames derrière.” M4

“Je fais pas d’examen forcé si l’enfant est pas forcément d’accord sauf dans ce cadre là, si ma responsabilité médicale prend le dessus, un 39, il va être déshabillé sur la table ...”M3

D) Une formation pédiatrique discutable:

1) La formation initiale pédiatrique jugée insuffisante ou inadaptée

La formation initiale en pédiatrie des médecins généralistes peut être jugée comme **insuffisante** ou **inadaptée** à la pratique ambulatoire étant donné qu’elle est essentiellement hospitalière.

“C’était pas extra à l’époque quand même, fin j’ai ... en fait j’en ai pas grand souvenir, j’ai l’impression d’avoir plus appris en stage déjà et après en formant au fur et à mesure quoi.” M11

“On sait rien en pédiatrie, enfin notre formation, elle est pourrie, faut être réaliste à un moment , non elle est pourrie je suis désolé pour le ... faut être réaliste, elle est pourrie notre formation.” M9

“Si tout le monde devrait faire l’AUEC de pédiatrie (rire) faut pas faire plus de stage hospitalier de pédiatrie faut faire plus de pédiatrie ambulatoire c’est ça la conclusion.” M9

2) La formation continue : utile mais chronophage

La formation continue pédiatrique bien que reconnue comme **utile** et adaptée n'est pas réalisée de manière homogène par les praticiens car dite **chronophage** et parfois peu accessible.

“Non, mais les difficultés je pense que là, l'année dernière on s'est pris d'une passion pour l'ERTL4, donc ça été de trouver une formation où on a pu le faire, le voir faire, se sentir à l'aise euh.” M1

“J'ai ..., oui j'ai fait les journées de pédiatrie en début d'installation donc annuellement à Lille qui m'ont appris énormément de choses euh je ne les fais plus (silence). Pas par ... par ... par non envie d'apprendre hein ?! Mais par manque de temps.” M3

“Oui, moi ce que j'ai vraiment apprécié de me former comme ça après être installée, c'est que du coup j'allais chercher dans les formations ce qui allait vraiment servir à ma pratique, donc euh j'ai trouvé ça hyper, hyper utile et j'ai bien plus appris comme ça que toutes les formations que j'ai pu faire en tant qu'interne.” M5

“Ouais, oui adaptées alors après il a fallu aller chercher ! ça a demandé un certain investissement parce que ... enfin moi ça correspondait à une époque où j'étais remplaçant donc ça allait plutôt bien mais c'est quand même tous les vendredis après midi, le vendredi après midi en médecine générale il y a quand même du boulot donc bloquer son vendredi après midi pour aller faire l'AUEC c'est quand même pas évident, à l'heure actuelle si je devais le refaire en étant installé c'est plus compliqué.” M2

“Après pourquoi pas plus tard refaire des formations mais pas forcément le DU parce ça prend du temps et que une fois qu'on est installé euh c'est pas facile.” M7

III. Suivi exigeant et chronophage mais gratifiant

A) Une responsabilité :

1) La responsabilité médicale

Le suivi médical de l'enfant engage la **responsabilité médicale** du médecin généraliste. En tant que médecin de premier recours, il lui incombe la **responsabilité de dépister** des potentielles pathologies et troubles de l'enfant.

“La responsabilité médicale c’est tout âge de toute façon chez les enfants.” M3

“Ils ont besoin les enfants d’avoir un regard professionnel sur leur évolutivité qu’elle soit de santé ou sociale, du coup oui à part l’école, bon les parents on est bien d’accord mais euh si c’est quelqu’un d’extérieur aux parents à part le médecin généraliste et la maîtresse y’a pas de regard euh franc sur ce que va faire un enfant et du coup on est les premiers alerteurs aussi de trouble du comportement, de ... de ... de mauvaise évolutivité quelle qu’elle soit sociale euh notre rôle il est primordial.” M3

2) Savoir saisir les opportunités de suivi

Le médecin généraliste est responsable de la réalisation et du déroulement du suivi. Il doit savoir **saisir les opportunités** pour **rattraper le suivi** ou rappeler aux familles la nécessité de le faire. Ce sont souvent les motifs de certificats médicaux ou certaines consultations non programmées qui servent de tremplin vers le suivi.

“Souvent euh en pratique quand y’a les certificats médicaux annuels c’est une bonne occasion finalement de (rire) faire le point sur leur santé, d’aborder un peu tout... euh toutes les questions, faire une visite assez globale.” M11

“Il faut savoir saisir les évènements aigus et pas juste se focaliser sur l’otite quoi c’est ça le risque, c’est ça le danger, c’est que c’est plus facile de se focaliser sur la fièvre et l’otite ou l’angine que sais-je mais il faut aussi savoir recadrer le “ oh ça fait longtemps qu’on a pas refait le point !” donc soit le faire pendant la consult’ soit le reprogrammer un peu plus loin.” M2

“On doit capter le moment où ils viennent pour un épisode aigu ou pour un

certificat médical d'aptitude, de non contre indication à la pratique d'un sport, ça aussi c'est un bon moment pour voir le carnet de santé, pour refaire le point sur les vaccins, sur le staturo-pondéral et dépistage.” M2

“Après c'est vrai que des fois c'est les certificats médicaux de sport qui nous permettent de rattraper ces enfants et des fois aussi c'est juste les demandes de bilan orthophonique par la maîtresse qui nous permettent de rattraper les enfants.” M1

3) Rester vigilant:

Le médecin généraliste **évalue l'environnement**, doit **se questionner** et **être vigilant** et attentif aux risques auxquels son patient pourrait être exposé. Si l'enfant est en détresse, il se doit d'agir.

“Des doutes sur un peu de négligence soit de la maltraitance ça arrive, on en discute ensemble, on observe et on attire aussi l'œil des, enfin l'attention des autres sur voilà chaque ecchymose, chaque machin, chaque consultation enfin bref doit alerter et être tchik tchik (fait les gestes de carré avec ses mains) on est plus vigilant.” M2

“J'ai eu une petite fille une fois qui apparemment ça pique au niveau de la vulve elle disait “non non non” bah j'ai pas insisté plus, d'ailleurs j'ai même eu un doute , je me suis dit est ce qu'il s'est pas déjà passé quelque chose, parce qu'elle était très réticente à quasiment pleurer , j'ai toujours un doute sur cette petite fille” M7

B) Être exhaustif :

Suivre sur le plan médical un enfant est une mission exigeante et complexe. Le médecin généraliste doit faire appel à ses différentes compétences pour évaluer tous les champs de développement de l'enfant autant **physique** que **psychologique** sur le **long terme** et répondre aux besoins **aigus**. De plus, il ne doit pas négliger l'**aspect social**.

“C’est euh c’est faire bcp de prévention, c’est suivre les courbes de poids, c’est suivre les problèmes aigus qu’il va rencontrer, suivre les problèmes sociaux qu’il va rencontrer, euh c’est pas mal de prévention, de “comment ça se passe à l’école? “ , de tout ça , euh voilà ...” M1

“Alors, bah c’est euh vérifier qu’il est en bonne santé générale, donc tous les..., toutes les sphères euh anatomiques on va dire et puis la croissance, le bon développement euh staturo-pondéral et puis pubertaire et ensuite l’équilibre psychologique et psycho affectif et éducationnel.”M5

“En général c’est vrai que nous on profite de les voir parce qu’on les voit pas souvent dans cette tranche d’âge et les parents eux aussi de leur côté en profitent aussi donc ils ont parfois on se rend compte, qu’ils ont parfois pas mal de petites demandes, des demandes d’ordre on va dire d’ordre bénigne, des p’tites verrues par ci par là, des petites demandes dermato, “ah bah tiens, je vais en profiter pour vous montrer le grain de beauté qui est ici, qui est là”, euh un examen ORL, les dents, enfin y’a plein de petits motifs comme ça mis bout à bout qui prennent beaucoup de ... qui peuvent être chronophages.” M4

C) Une organisation importante de la part des généralistes:

1) Respecter le cadre :

Suivre un enfant sur le plan médical nécessite une certaine **organisation** de la part des médecins généralistes. Le suivi médical pédiatrique en France est cadré par des **visites obligatoires** que le médecin doit respecter.

“On a quand même un suivi médical bien plus lourd et euh qui est réglementé par des choses obligatoires chez l’enfant.” M3

“Respecter un calendrier de visites obligatoires et non obligatoires.” M6

2) Gestion de planning

Nombreux médecins interrogés expliquent qu’une organisation et une **gestion du planning** est indispensable pour pouvoir proposer des **créneaux d’urgence** et des **créneaux dédiés** au suivi à leur patient.

“C’est quand même une gestion de planning de réussir à faire de la pédiatrie, il faut être assez disponible faut réussir à avoir des plages d’urgence qui se libèrent dans la journée pour un enfant qui a de la température etc...” M1

“Les patients ils peuvent prendre des rdv d’une demi heure de pédiatrie euh.... une demi-heure de pédiatrie systématiquement alors, en fait soit c’est une consultation urgence sur le planning et y’a pas le temps ils prennent un quart d’heure mais sinon ils prennent des consultations de pédiatrie de suivi d’au moins une demi-heure.” M9

3) Consultations chronophages

La majorité des médecins généralistes proposant des créneaux dédiés au suivi de l’enfant aménage leur planning pour proposer des **plages horaires plus longues** afin d’avoir le temps nécessaire de couvrir l’évaluation globale de l’enfant. Ces consultations sont considérées comme **chronophages** par les médecins. De plus, certains actes nécessitent plus de temps chez un enfant, comme l’entretien psychologique ou encore la vaccination.

“Mes consultations de pédiatrie quand ils prennent un rdv dans la semaine ou dans les.... fin quand c’est programmé ça dure 25 min donc j’ai bcp plus de temps , fin 25 pour les petits et 20 après pour les un peu plus grand euh.” M7

“Parfois je leur dis si c’est un vaccin “bon bah faites ça plutôt un samedi en fin de matinée si j’ai plus le temps” des choses comme ça mais euh pff (soupir) voilà.” M8

“Les consultations de suivi pour moi c’est une demi-heure et c’est entièrement rempli et si y’a des problématiques ça peut même dépasser .”M5

“Y’a des organisations effectivement qui sont mises, une consultation de l’enfant avec vaccination c’est une demi-heure, on double systématiquement quelque soit l’âge de l’enfant.” M3

“C’est une vraie particularité de l’entretien psychologique de l’enfant qui nécessite du temps là pour le coup, plus que, plus qu’avec l’adulte.” M3

“Après pour le reste, on a aménagé certaines, enfin ça c’est personnel, les plages horaires pédiatriques sont plus longues quand même parce que ça nous demande plus de temps clairement.” M2

“J’essaie de prendre une demi-heure lorsqu’il y’a une consultation avec un vaccin parce que qui dit vaccin dit pas pique d’emblée, déjà parce que l’enfant euh on est pas au service militaire, j’veux dire si tu vois un enfant de 6 ans pour son rappel de DTPolio que t’as probablement moins vu entre 3 et 6 ans, si t’arrive d’emblée pour le piquer, il va se demander un peu ce qui lui arrive, parce que je trouve d’ailleurs à ce sujet là, les vaccinations des enfants de 6 ans je trouve que c’est les plus difficiles.” M4

“Oui, plus longs 25 min jusqu’à 4 ans et après 20 min comme les adultes.” M7

4) Difficulté d'intégration du suivi lors des consultations aiguë

L'intégration du suivi médical lors des consultations médicales aiguës semble compliquée.

La plupart des médecins préfèrent reprogrammer pour être dans un contexte plus adéquat et avoir le temps de gérer la demande. Ils sont conscients que le risque est de perdre de vue l'enfant de son suivi.

“Je leur dis “je gère l’aigu mais je peux pas aborder directement ...” alors je profite de l’aigu en ouvrant le carnet, on regarde un petit peu, on regarde les vaccinations, on vérifie mais au final non on peut pas, on peut pas y passer le temps voulu.” M6

“Je le fais pas trop pendant le moment aigu, sur urgence euh c’est-à-dire y’a une fièvre importante chez l’enfant de 8 ans qui ... dont les parents viennent de se séparer et qui pleure là devant moi voilà ça peut arriver mais en règle générale même là je vais prendre un petit peu de temps mais je le prends pas beaucoup ce temps là, j’aime vraiment plutôt prendre des temps dédiés pour une demande.” M3

“Au cours d’un examen aigu et un problème psychologique, social ou un problème de poids ou de santé qui peut être vu à un autre moment, je vais demander une consultation dédiée.” M3

“Ca c’est important, après l’épisode aigu est pas toujours le bon moment pour refaire le point sur le plan dépistage des troubles de l’audition et troubles visuels notamment parce qu’un enfant qui chauffe, un enfant qui a une gastro, un enfant qui a une otite c’est pas le super moment donc ça peut être l’occasion quand même de reprogrammer un rdv dans les semaines qui suivent.” M2

D) Un suivi qui demande un investissement :

1) Prendre son temps :

Le suivi médical de l'enfant demande aux généralistes un **investissement** professionnel de leur part. En effet, avec un enfant, tout prend plus de **temps**, l'examen clinique, la communication... Il ne faut pas non plus négliger le temps nécessaire à la prévention, la relation avec les parents, les demandes d'avis aux confrères etc.

“Quand c’est urgent on décroche son téléphone et on passe le temps qui faut pour réussir à avoir quelqu’un mais bon c’est pas simple.” M11

“Parce que du coup si on avait plus de temps on pourrait prendre un temps dédié pour parler des écrans aussi (rire) en parlant de phénomène de société oui ça dans un monde idéal il faudrait mais c’est pareil là j’avoue dans une consultation (rire) une consultation classique pour une infection d’hiver voilà.” M11

“C’est des longues consultations, qui me prennent toujours plus qu’un quart d’heure mais je le fais toujours avec plaisir et puis voilà quoi...” M9

2) Un besoin de régularité :

Le suivi médical se crée dans le temps d’autant plus chez un être en pleine évolution, il faut savoir répéter, réévaluer. Le médecin généraliste a besoin de **voir régulièrement** l'enfant pour le connaître et déceler ses besoins. La régularité des consultations pédiatriques en dehors des épisodes infectieux peut paraître difficile pour certains. Beaucoup estiment qu’une consultation annuelle serait déjà un objectif.

“Je leur dis toujours que je veux quand même les voir de temps en temps pour le suivi régulier parce que j’estime qu’il faut qu’on connaisse l’enfant quand il va bien pour le soigner quand il va pas bien donc souvent ils comprennent.” M7

“Et pis après bah c’est réussir à les voir tous les ans malgré...” M5

“C’est surtout ne pas le perdre de vue non plus, euh parce que des fois, c’est vrai

qu'à certains âges de la vie, c'est peut être le sujet du jour, mais qui peuvent parfois le faire perdre de vu, euh voilà ce que c'est suivre un enfant pour moi." M4

"Et puis après 2 ans et puis après au moins une fois par an ça c'est certain quand ils vont bien, surtout quand ils vont bien euh pour le dépistage de tout le reste, soins dentaire, le dos." M9

E) Savoir s'adapter:

Faire de la pédiatrie et du suivi de l'enfant demande une capacité
d'adaptation importante.

1) Logistique:

En effet, les généralistes expliquent s'adapter aux besoins en s'équipant de **matériel adapté** à la population pédiatrique ou aux problématiques de l'enfance. Notamment dans le cadre des dépistages sensoriels, le manque d'équipement adéquat peut être un frein à la réalisation de certains pans du suivi.

"Ici on a, on s'est équipé de matos, on a la mallette sensory baby test." M1

"Voilà après c'est tout ce qui est dépistage avec la mallette de dépistage systématique euh ..." M5

"Et après, aussi plus sur l'outil informatique on s'est bien synchronisé, on essaie d'être vraiment tous rigoureux sur les courbes dans notre logiciel, dans nos dossiers médicaux partagés et vraiment c'est un aménagement qui n'a pas l'air d'en être un mais qui est essentiel, on rentre tous bien dans les bonnes cases tous les trucs et du coup on a les belles courbes bien tracées et s'il y a une anomalie on arrive à les repérer." M2

"Les troubles sensoriels, bah si ... moi je fais pas systématiquement non plus c'est dire que si fin ... et bah puis leur âge en plus j'ai pas grand chose pour le faire non plus, j'ai pas forcément le matériel pour faire les... pour tester l'audition dans ces âges là euh donc c'est vrai que si ça a pas été fait en médecine scolaire." M11

"On a les pick flow euh stétho pédiatrique quand même après est ce que j'ai du matériel autre particulier (réfléchit) ..." M9

"J'veux dire moi je sais que ben entre 3 et 10 ans dès fois y'a tout ce qui est

dépistage visuel, y'a tout ce qui est dépistage auditif aussi, on a pas forcément le matériel au cabinet adéquat, bon dépistage visuel on à l'échelle de Monoyer bon qui peut être assez rapide, mais c'est vrai que pour le dépistage auditif on a pas forcément tout à portée de main et c'est dommage euh..." M4

"Les troubles sensoriels bon, là c'est plus difficile j'allais dire y'a aussi une question de matériel." M11

2) Nouvelles problématiques médicales:

La société étant en constante évolution, le médecin généraliste doit faire face à de **nouvelles problématiques médicales** sans forcément y avoir été formé.

"Moi c'est téléphone portable alors en ce moment, t'as des gamins de 18 mois, t'as la mère qui parle et puis le gamin il est déjà sur j'sais pas quoi, dessin animé." M8

"Toutes les questions à l'heure actuelle de réseaux sociaux, harcèlement sur les réseaux sociaux, toutes les questions à l'heure actuelle de décrochement scolaire, alors 10 ans j'espère pas trop mais néanmoins post covid on a vu des trucs un peu extra-, para-normaux ou extra-normaux quoi." M1

"Il faut s'adapter de toute façon à cette société, on a pas le choix de s'adapter à cette société là , on peut toujours dire que c'était mieux avant euh c'était probablement mieux avant mais on a pas le choix, il faut s'adapter et donc euh (soupire) il faut ... il faut s'adapter à cette société là et euh et donner des conseils, je pense qu'ya pour moi pas de gold standard là dedans si tu veux." M4

"Il y a des nouvelles problématiques c'est certains que les problèmes de médecine d'ordre scolaire et pis même de libération de la parole, des incestes, des trucs comme ça, en fait beaucoup je sais pas mais en tout cas on en parle plus." M9

F) Un exercice valorisant :

Le suivi pédiatrique est considéré comme **valorisant** par les médecins généralistes.

"Le truc qui est génial c'est que je suis installée depuis 6 ans donc maintenant j'ai suivi des grossesses de certaines patientes et les enfants commencent à avoir 4-5 ans, c'est assez sympathique, je suis des fratries etc c'est un exercice qui est sympathique et puis c'est un exercice aussi qui permet de, fin pour lequel il faut être plutôt vif, donc j'aime bien !" M1

G) Enjeu du suivi médical de l'enfant :

1) Un période charnière:

L'enfant de 3 à 10 ans est en croissance et en développement, c'est une **période charnière** pour le repérage et la prise en charge de certains troubles : sensoriels, de statique, des apprentissages. De plus, l'environnement et les habitudes de vie acquises dans l'enfance ont un impact décisif sur le mode de vie futur.

"Mais entre 3 et 10 ans c'est vraiment une période j'dirais no man's land, un peu charnière, un peu tu vois ...un peu ... euh ... où on sait pas trop où on va, l'enfant est en dev... continue son développement et en même temps il se cherche un peu, en même temps il est pas adolescent mais il est presque préadolescent."

M4

"Théoriquement j'essaie quand même de voir les enfants tous les 6 mois à partir du collège quand même une fois de temps en temps , en cas j'essaie de proposer aux parents quoi parce que c'est charnière pour plein de choses."

M9

2) Perdu de vu :

A cet âge, beaucoup de médecins décrivent un risque de **perte de contact** avec un suivi plus irrégulier voire une **perte de vue**.

"Ouais et pis même des convocations de la PMI euh nous on a pas ça donc en fait, ceux qui consultent très bien mais ceux qui consultent pas, le négatif on le voit pas."

M5

"Ils peuvent tout à fait rester dans le néant quoi avec juste leur visite médicale à 6 ans à l'école et pas grand chose d'autre au niveau médical durant la période; alors ya un vaccin à 6 ans quand même donc lui on l'a, la visite médicale à l'école où ils font de manière un peu plus approfondie la vision et l'audition, mais après pour le reste des fois ouais ça peut vagabonder un peu quand même ..."

M2

"J'ai récupéré des enfants qui n'avaient pas vu un médecin depuis des années alors que, alors que y'a du besoin et même chez les tous petits."

M7

3) Difficulté diagnostic et retard de prise en charge:

Les conséquences d'un suivi irrégulier ou des enfants perdus de vue est la difficulté diagnostic mais surtout le **retard de prise en charge** avec le risque de **complications au long court** voire de séquelles.

“Parce que le problème c’est quand on se rend compte qu’un enfant ne grandit plus, qu’on reprend les courbes et qu’on a aucun poids précédents on sait pas exactement quand est ce qu’y a eu ce problème et euh du coup le diagnostic est plus compliqué quoi!” M5

“Des fois on le récupère quelques années, fin quelques années ou quelques mois après avec la mère qui dit qu’il a des troubles alors qu’en fait il y a pas forcément grand chose ou alors y’a quelque chose et que les parents l’on pas vu.” M7

“C’est à ces moments là qu’il faut repérer les choses si ça va pas parce que à 6 ans s’ils arrivent et que les parents nous disent “ah bah il parle pas bien, ah bah il sait pas faire ceci, il sait pas faire cela” bah des fois ça peut être trop tard quoi !” M7

“Je trouve qu’on les examine pas assez, en tout cas enfin bref on récupère des situations catastrophiques de temps en temps alors qu’on aurait pu franchement enrailer des situations et juste parce qu’on a pas pris le temps d’examiner le dos ...” M9

4) Adulte de demain :

Les enfants sont les adultes de demain, leur futur état de santé est conditionné à celui d’aujourd’hui. Le suivi médical de l’enfant est donc primordial.

“On peut toujours mieux faire parce que encore une fois un enfant bien suivi, un enfant soigné et un enfant équilibré c’est un futur adulte euh en essor et donc qui faut lui donner toutes les cartes en main pour que justement puisse rentrer dans la vraie vie dans les meilleures conditions possibles parce que c’est le rôle des parents bien sur, c’est le rôle des instituteurs bien sur, c’est le rôle de l’éducation tout simplement mais c’est aussi notre rôle aussi.” M4

“C’est s’assurer de son bon développement, son bon développement staturo-pondéral, c’est s’assurer de son bon développement psychomoteur, c’est s’assurer aussi de lui donner au niveau médical on va dire les bons bagages pour rentrer dans la vie.” M4

IV. Organisation française du suivi médical des 3-10 ans trop fragile ?

A) Un système de santé et des politiques de santé perfectibles:

L'organisation actuelle du suivi médical de l'enfant est décrite par l'ensemble des médecins comme **insuffisamment cadré par les visites obligatoires après l'âge de 2 ans**. Ceci entraînant un suivi trop souvent irrégulier. La totalité des médecins ont le sentiment de ne voir les enfants de 3 à 10 ans qu'occasionnellement pour des motifs aigus.

“Parce que quelquefois on les voit entre deux portes parce qu'ils sont malades, enrhumés ou la gastro et on a pas forcément le temps à ce moment là d'examiner le rachis, de vérifier à ce moment là que tout ce passe bien à l'école voilà donc ce serait ... bon il y a quelques consultations dédiées mais euh pas tant que ça dans cette tranche là et on les voit pas forcément pour ça.” M11

“Le petit souci par rapport à ça c'est qu'en dehors des dates de vaccinations obligatoires, on voit plus les gamins.” M6

“C'est à dire que à partir du moment à 1 an fin 18 mois on a fait tous les vaccins techniquement ils sont vus une fois de temps en temps à l'école et les parents considèrent que c'est la visite annuelle et euh si il a la chance de pas être souvent enrhumé et ou que les parents savent gérer les maladies simples ce qui est bien aussi bah on le revoit pas.” M7

“J'trouve qu'après (après 2 ans NDLR) ils sont un peu plus laissés dans la nature , après la consult c'est 6 ans, 10 ans j'crois dans le carnet de santé entre deux y'a rien quoi et même avant y'a 4 ans et après c'est tout.” M7

“3 à 10 ans y'a déjà les vaccins enfin y'a plus grand chose souvent c'est le rappel à 6 ans voilà ... euh c'est pas forcément un ... Une période où on va voir très très souvent les enfants sauf les petites viroses en maternelle. En primaire, on les voit moins en général.” M8

“C'est ça le truc c'est moins cadré passé 2 ans donc quand ils ont principalement des infections ou de la traumato, c'est ce qui se passe ou l'inquiétude des parents sur un sujet et donc là on en profite à chaque fois pour essayer de refaire le point sur les vaccinations.” M2

“Il se passe un truc aigu, il est tombé, il s'est fait mal, il a un truc infectio, infectieux ou euh le certificat de non contre indication mais sinon on les voit pas c'est vrai, on les voit peu en réalité.” M2

“Et après, après ces 3 ans là jusqu’à l’âge de 10, 11 ans, date à laquelle on les revoit en général parce que les parents nous sollicitent par rapport aux vaccinations et au rappel de DTPolio, GARDASIL etc euh on les voit peut être un peu moins s’ils sont pas malades quoi !” M4

“Par contre c’est vrai que encore une fois c’est les périodes pour laquelle tu fais ta recherche, entre 3 et 10 ans, hormi l’examen des 6 ans, enfin le vaccin des 6 ans qui est de toute façon obligé à être fait, des fois on a une perte de contact avec cet enfant s’il tombe pas malade, qu’ya pas de pathologies aiguës.” M4

B) Organisation contre productive ?

La délégation de tâche ou partage de compétence peut être vu par certains médecins comme une **perte de temps** et une **organisation contre-productive**, en cause le manque de communication interprofessionnelle et l’éloignement des enfants de leur médecin généraliste.

“Je trouve qu’en ce moment on dit “oui oui on libère du temps aux médecins sauf qu’en fait on nous en fait perdre plus d’autre chose parce qu’après quand on récupère le patient ben on se retrouve avec des trucs on comprend rien de ce qui a été fait , on a pas eu de retours entre deux et finalement faut tout reprendre et c’est ... fin moi ... c’est pire que mieux.” M7

C) Manque de moyen pour la prévention:

Du dysfonctionnement du système de soins français en résulte une **prévention sacrifiée**.

“Je pense que le problème c’est que c’est vraiment de la prévention finalement et.. et on a pas trop les moyens de la prévention en France.” M5

“On est pas assez disponible je pense pour recevoir des ... plus de gens en prévention en général que ce soit des enfants ou des adultes de toute façon.” M6

D) Le support du carnet de santé :

Le support du **carnet de santé** reste pour les médecins généralistes le premier pilier du suivi médical de l'enfant, lien entre les professionnels et les parents, permettant le suivi des **vaccinations** et de la **croissance staturo-pondérale** entre autres.

“Bah je pense que c’est peut être pas si mal que ça, on a quand même bcp de bon a déjà le support du cahier de santé euh ...” M10

“Bah on a déjà, on a quand même essayer nous, d’imposer, et c’est pas toujours évident, le carnet de santé ! Déjà ! Qu’il soit là à chaque fois et c’est pas évident du tout à obtenir, mais on essaye d’imposer ça, ça permet de checker sur le plan (téléphone sonne) des vaccinations s’assurer que tout est en ordre déjà et puis pour les enfants qui sont suivis dans différents cabinets ça existe aussi, de faire les courbes dans le carnet de santé.” M2

V. Le défi de la parentalité

A) L’inquiétude parentale et le besoin accru de réassurance :

Devenir parent est un challenge pour beaucoup, les parents sont décrits par les médecins comme **inquiets** voire anxieux. Ils ont pléthores de **questionnements** sur l’état de santé et le développement de leurs enfants. Les médecins généralistes ressentent un besoin de **réassurance** important de la part des parents.

“Les conseils de parentalité c’est toujours hyper compliqué à donner, et je pense que depuis que je suis parent, je suis moins dogmatique (rire) ... mais oui les patients posent des questions qui ont rien à voir avec de la médecine à des moments et bon on répond ou pas quoi.” M1

“Quand c’est leur enfant évidemment ils ont besoin qu’on leur explique les choses, ils ont besoin qu’on leur explique ce qu’on fait, ce qu’on prescrit euh et surtout ils ont besoin de savoir que c’est pas grave.” M4

“Suivre un enfant et ben c’est euh c’est suivre son développement, suivre ses parents aussi (rire) parce que c’est souvent plus les parents qui ont des interrogations.” M7

“Ils savent que la porte est ouverte, y compris pour ce genre de problématiques, je botte rarement en touche, j’évacue rarement ce genre de plaintes d’un revers de main parce que en effet c’est des vraies inquiétudes.” M9

B) Responsabilité parentale dans le suivi :

Avec son lot d’inquiétudes, la parentalité incombe aux parents certaines **responsabilités** comme celle de faire le suivi médical de son enfant. Selon le profil parental, son expérience, sa personnalité, le suivi médical de l’enfant diffère.

“Ah bah y’a des enfants qu’on est peut être un ou deux ans sans si ils n’ont pas de problème de ... s’ils sont pas sensibles aux viroses et si les parents ne sont pas trop inquiets ou anxieux, parce que (rire) ça dépend des parents , de la personnalité des parents parfois voilà.” M8

C) 1001 familles : comprendre les besoins pour s’adapter:

Chaque enfant est différent, chaque famille l’est aussi. Il est essentiel de comprendre le **contexte familial** et leurs capacités de compréhension, leur vécu et expériences pour identifier leurs besoins et adapter la prise en charge.

“Et les patients parfois on leur explique les choses, ils disent “oui oui oui oui” et pis au final en fait ils ont pas du tout compris ce qu’on voulait dire et puis on part pas toujours à leur niveau en fait on peut très bien leur expliquer les choses en partant d’un niveau qu’on croit euh ... bon et pis en fait faudrait reprendre les choses vraiment beaucoup plus à la base et ça, sans voir l’environnement on s’en rend pas compte.” M5

“Le social et le développement de l’enfant bah c’est essentiel, j’veux dire des gens qui viennent d’ailleurs, qui ont une culture différente, une langue différente bah j’en sais rien ça touche directement, les enfants qui développent le langage avec un peu de retard et tout ça, bah en fait faut s’intéresser “ah oui, à la maison vous parlez quelle langue ?”.” M2

“C’est enfant dépendant, c’est parent dépendant, c’est socialement démographiquement dépendant euh donc il faut s’adapter c’est dire que pour revenir à la question initiale comment je fais ? euh bah je fais, je prends pas en compte la théorie, je fais au tout venant c’est dire que ça dépend du type de parents que j’ai en face.” M4

“On a des familles monoparentales, des familles parentales, on a des familles bisexuelles, homosexuelles maintenant etc la société change aussi de ce côté là et donc on s’adapte, on s’adapte.” M4

“En intercurrent si besoin ça dépend du combienième c’est dans la famille, parce que on sent bien que les parents n’ont pas tout à fait la même expérience.” M9

D) Evolution et phénomènes sociétaux :

Les familles changent avec l’évolution sociétale. **L’exigence** des familles envers le médecin généraliste est de plus en plus importante dans un monde de plus en plus **anxiogène** avec une recherche de la **performance** accrue dès le plus jeune âge. La surinformation peut fragiliser la confiance des parents qui émettent des doutes sur le corps médical.

“Les parents ils regardent internet , les parents qui ont un avis sur tout euh qui sont pas d’accord avec ce que tu leur dis de temps en temps euh qui ont des croyances.” M6

“On peut quand même te demander beaucoup hein ?! Des soins lavants des choses comme ça, j’en ai aucune idée.” M3

“Je n’élève pas, je n’éduque pas mon fils de la même façon que mes parents m’ont éduqué parce que la société change bien sur, parce que les ...voilà la modernité fait que.” M4

“Nan c’est certain que les familles changent euh (souffle) ce qui est dur c’est de désamorcer les discours des anciennes générations.” M9

E) Impact de la parentalité sur le médecin :

1) Une empathie décuplée:

Le médecin peut être parent lui-même, ce statut pour beaucoup les a rendu plus **compréhensifs** et **empathiques** à l’égard des parents de patients.

“Ca a complètement changé ma pratique parce que l’ayant vécu moi même euh j pense que de toute façon un enfant, les interrogations que les parents ont on les a eu à un moment donné nous même.” M4

“Toutes ces difficultés là que j’ai traversé là en effet je me doutais que ça devait pas être facile mais en effet c’est pas drôle, donc en effet je comprends vraiment certaines difficultés.” M9

“Le fait d’avoir des enfants euh ... je comprends mieux ce que les parents traversent, je sais fin j’arrive à mieux comprendre quelles questions ils se posent et euh ce qui les angoisse dans l’éducation de leur enfant donc ça c’est une meilleure compréhension.” M5

2) Evolution de compétences :

Les médecins parents avoue se sentir **plus à l’aise et compétent** à pratiquer la pédiatrie depuis qu’ils sont rentrés dans la parentalité. Ils se sentent plus **légitimes**, et leurs expériences personnelles de parents semblent venir **combler un manque** dans la formation initiale.

“Oui oui forcément quand on est maman on voit pas les choses de la même manière et puis on a des expériences personnelles (rire) qui orientent aussi. Après que ce soit, pas que d’être maman aussi d’être en contact avec d’autres parents dans leur environnement personnel, amical, familial enfin voilà d’avoir des expériences de vie autres sur les parcours de soins, les parcours de santé, les parcours de prise en charge et différentes difficultés.” M11

“Jme sens bcp plus à l’aise sur certaines choses, ne serait ce que sur des choses qu’on apprend pas en pratique dans nos études médicales jveux dire quoi. Comment gérer le bain, comment gérer les changes, comment gérer l’érythème fessier fin c’est des choses tellement, tellement bêtes et tellement banales finalement dans la vie d’un bébé et d’un parent mais qu’on apprend pas nous en pratique, on apprend les grosses pathologies, on apprend les suivis du nourrissons pathologiques mais on apprend pas ce qu’est un enfant normal.” M4

“Je suis maman depuis... je me suis installée enceinte, je trouve moi que ça m’a appris énormément de choses puisque j’ai moi même cherché, regardé les reco, les dernières choses à ce moment là et même l’expérience d’être maman soi-même augmente la qualité de soins je pense.” M3

“J’ai récupéré une compétence là dessus et c’est marrant, c’est vraiment très drôle je me suis retrouvée à discuter tire-allaitement avec des patientes et à pouvoir leur donner des réponses j’ai trouvé ça très drôle euh stimulation à la lactation et tout

*et pis elles sont hyper à l'aise , parce que je leur dis “ bah ouais bah moi je fais ça avec ma compagne et tout , ouais on a prit telle marque, et bah ouais c'est cher mais faites comme nous acheter le d'occasion vous allez voir, ah et puis y'a le site pour voir pour la taille des téterelles et tout “ enfin bref je trouve ça très drôle mais en effet faut être objectif j'ai gagné en compétence là dessus.”***M9**

3) Indulgence et déculpabilisation :

La parentalité confère souvent plus **d'indulgence** aux médecins et les aide à **déculpabiliser** les parents.

*“Y'a une phrase que je disais pas avant, c'est que je disais, fin maintenant je dis “ avant d'être maman, je vous aurais dit, le médecin vous dit...” et puis dès fois je dis “ et après ben vous faites comme vous pouvez” je pense que je suis plus indulgente avec mes patients maintenant quand ils prennent pas la vitamine D.”***M1**

*“On peut avoir y a une demande aussi des parents sur “il est pas sage, j'y arrive pas, jm'en sors pas! ” euh qui est d'ailleurs est juste une déculpabilisation plus simple quand on a soi-même galéré et qu'on nous demande des conseils médicaux c'est sur ces conseils là que le fait d'être maman est pour moi un plus par rapport à la médecine générale un tout petit peu sur le pratico-pratique.”***M3**

VI. L'enfant, être vulnérable aux besoins spécifiques en constantes évolutions

A) Des besoins spécifiques en évolution:

L'enfant a des besoins spécifiques qui évoluent au cours de son développement. A cela se rajoute une **variation inter-individuelle**. L'enfant a entre autres une **immaturité cognitive et psychologique**. Il est indispensable que le médecin comprenne ses besoins pour **s'adapter** et obtenir son **adhésion**.

*“On s'adapte toujours en fait donc ça dépend des enfants, y'a des enfants qui a 3 ans ne pleurent plus d'autres qui pleurent encore à ... enfin je veux dire qui sont encore apeurés quand on s'occupe d'eux même à 6 ans donc euh ...”***M11**

*“Dans le développement d'un enfant y'a des phases d'opposition, ça c'est normal aussi.”***M2**

“Euh là la petite puce autiste venait euh parce qu’elle avait une rhinite bref pas de fièvre, voilà elle a pas été déshabillée, son ventre je l’ai palpé dans les bras de sa mère euh parce que mon, ma balance bénéfice risque de l’examen systématisé un peu agressif chez elle en tout cas à cet âge là, parce qu’elle a du mal à être touchée cette enfant, euh la balance bénéfice risque elle était “je vais pas aller l’embêter, je vais pas aller beaucoup plus loin”. ” M3

“Parce qu’ya des enfants parfois qui sont plus ou moins voilà en retard sur certaines choses et faut savoir accepter que chaque enfant est différent.” M4

“C’est l’accompagner parce que un enfant ça bouge beaucoup, c’est très différent que ça ait 2 mois, 3 ans, 5 ans ou 10 ans donc euh bah c’est s’adapter à lui à chaque fois qui franchi une étape.” M7

“En tout cas, faute ou pas faute ça va pas aller un jour et que on va se moquer d’eux, qui vont être limité, qui vont faire des soucis de santé pis c’est hyper dur de projeter des soucis de santé chez des enfants aussi jeunes. Ils sont pas armés intellectuellement pour se projeter.” M9

B) Construire une relation de confiance:

Pour un suivi médical optimal, le médecin doit bénéficier d’une **relation de confiance** avec l’enfant. Celui-ci doit pouvoir se sentir en **sécurité**. La relation médecin-enfant bien qu’indispensable n’est pas innée.

“Elle est indispensable, euh elle est agréable euh ... (réfléchit), je pense qu’elle est mutuelle c’est à dire que les enfants aiment leur médecin généraliste et euh notre place est importante pour eux, on le voit souvent qu’ils aiment bien nos petits jouets de stéthoscope et que ils sont contents de venir ici et ils nous font plein de petits cadeaux et de dessins euh ...” M3

“Plus il va grandir, plus il va se dire bah le docteur ça va il est plutôt..... “à chaque fois il me demande “ et si jamais un jour il lui arrive quelque chose il viendra, il viendra en parler et il saura que ici il peut demander, il peut dire les choses.” M7

1) Techniques d'abord:

Certains participants à l'étude partagent leur **technique d'abord** de l'enfant afin d'adoucir leur relation et de le rassurer. Le **jeu**, l'**humour** et l'**examen du doudou** sont les plus utilisés.

“Quelques fois s'ils ont un nounours et qu'ils ont très peur on va d'abord examiner le nounours.” M10

“Un enfant de 3 ans, 4 ans si il vient avec doudou par exemple, j'examine le doudou donc j'dis “bah voilà les oreilles de doudou, maintenant les tiennes, la gorge de doudou, maintenant la tienne etc “ euh donc ça met en confiance et puis ça me donne un petit côté ludique.” M4

“On arrive à les mettre en confiance avec le jeu tout ça.” M11

2) Respect du corps et du consentement :

Le **respect du corps et du consentement** de l'enfant apparaît comme un élément clef de la relation de confiance pour la majorité des médecins généralistes.

“Ils sont un peu inquiets, ils viennent contre les parents, et pis on regarde contre les parents ils sont rassurés donc oui on cherche le consentement de l'enfant dans à peu près tout ce qu'on fait.” M2

“Moi je dis euh... de toute façon y'a toujours l'un des parents donc ça, ça va et puis je dis “bah écoute je vais regarder ton ventre, tu peux soulever ton maillot ? ” voilà j'explique à l'enfant.” M8

“Je lui demande s'il est d'accord en lui expliquant pourquoi je le fais tout en gardant une touche d'humour et en général j'lui dis “ bah voilà on est tous fait pareil, t'inquiète pas, y'a pas de soucis, si tu veux même tu peux le faire toi même , tu me montres comment tu fais toi quand tu es dans le bain etc “ et euh en général ça passe.” M4

“C'est-à-dire qu'à partir du moment où ils peuvent comprendre quand tu poses la question euh je les préviens toujours , je leur dis “est ce que je peux ? “ s'ils disent “oui” on le fait euh je leur dis toujours que je vais toucher. C'est pas parce que c'est un enfant qu'il a pas le droit de donner son avis.” M7

“Je mets un point d’honneur à demander aux examens si je peux les examiner, c’est marrant, je trouve ça marrant, enfin c’est pas marrant mais je trouve ça hyper important dans le consentement.” M9

3) Environnement rassurant et accueillant :

Un cabinet médical **accueillant** et adapté permet de rassurer l’enfant et de le **mettre à l’aise**. De plus, les stratégies pour **limiter le temps d’attente** ou **divertir** les enfants sont bénéfiques pour le déroulement de la consultation.

“On s’amuse aussi à faire la déco, les chaises comme ça toutes différentes c’est nous.” M10

“Faut que ce soit un cabinet accueillant, alors on a plus du tout de jouet après le covid mais euh on essaie qui ait des petites choses qui ...,où ils se sentent bien dans le cabinet .” M5

“Dans la salle d’attente je leur ai fait un petit coin et je leur ai fait une petite déco adaptée euh sinon j’ai choisi une table qui se lève bien pour examiner les petits parce que c’est bien d’être à leur hauteur et pas être euh ... même pour moi pliée en quatre , euh j’ai un petit pin’s sur ma veste avec un chat, ils aiment bien ouais ça les met en confiance et puis c’est Marie dans les aristochats.” M7

“Il y a certains enfants qui peuvent être agités de part leur pathologie en salle d’attente parce qu’on en a quand même pas mal des enfants qui ont des troubles personnalité soit des troubles de la sphère autistique et du coup la salle d’attente est des fois un problème et le temps d’attente aussi. Parce qu’ils sont quand même facilement plus examinables ici quand le temps d’attente a été court et quand ils ont pas été se rouler par terre dans la salle d’attente.” M3

4) L’enfant acteur de sa santé :

L’enfant, certes immature, reste un être à part entière. Afin d’obtenir son adhésion, une des stratégies est de **le rendre acteur** de sa santé et de **l’inclure**. En le faisant participer à la consultation de manière active, les généralistes constatent moins d’opposition. Il est important de considérer l’enfant.

“Pour les amener à se déshabiller on leur donne quelquefois le choix “est ce que tu préfères commencer par enlever ça ou plutôt enlever ça ? “ c’est aussi important aussi qu’ils puissent prendre part, d’être décisionnaire dans la consultation enfin voilà qu’ils puissent être acteurs et qu’ils disent “bah oui j’ai décidé on commence par ça et après on fait ça” umh... et ça permet de mieux faire passer les choses aussi.” M11

“Après je veux aussi qu’ils se sentent à l’aise plus tard s’ils ont quelque chose à me dire ou quelque chose comme ça donc c’est vraiment l’enfant au centre de la consultation.” M5

“J’ai des pansements enfants pédiatriques, qui choisissent leur petit animal et tout (rire) ça m’amuse, c’est mon plaisir.” M9

5) Communication aléatoire avec l’enfant :

La communication est le **pilier** de la relation entre l’enfant et son médecin. Pour autant, certains médecins rapportent avoir des **difficultés** à entrer en contact avec leurs petits patients.

“Ben moi je m’adresse toujours à l’enfant mais même tout petit hein même quand ils ont 5 mois, je m’adresse d’abord à eux parce que si on a eu un contact visuel et si on s’est intéressé à EUX, ça les rassure déjà et l’examen clinique se passe beaucoup mieux après donc c’est un premier contact avec lui, le regard et puis l’échange de sourires, le jeu euh donc je m’adresse toujours aux enfants.” M5

“J’en ai dans ma patientèle, on échange pas, j’ai pas un ... j’ai pas réussi à établir un créneau de communication entre eux et moi, ça marche pas et ça ça me rend un peu fou parce que, parce que on a pas de communication.” M2

“C’est vrai que des fois de communiquer avec l’enfant et de lui expliquer ce qu’on fait c’est parfois compliqué, c’est parfois compliqué parce que finalement 3-10 ans, entre 3 et 10 ans y’a un ... y’a un fossé quoi !” M4

“C’est vrai que vers 8 , 9, 10 ans des fois ils sont difficiles à ... ils veulent pas trop te parler euh ils savent pas trop ce qu’ils ressentent non plus et tu poses des questions tu as trois mots.” M7

C) Un patient vulnérable :

L'enfant est **vulnérable** et **dépendant**. Le médecin doit prendre en compte cette caractéristique et veiller à son bien être physique, émotionnel et psychologique. La gestion des **problématiques sociales** peut être un obstacle au suivi médical de l'enfant. Le médecin se doit de **protéger** l'enfant devant une menace dont il a la connaissance ou qu'il suspecte.

“Après bien sur oui si on part sur des signalements ou des choses comme ça, là c’est une difficulté mais c’est plus une difficulté alors en premier lieu la difficulté serait peut être administrative sur le plan comment on fait mais en fait ça on trouve c’est facile, on y arrive, l’autre difficulté elle est plutôt on dira pour le coup bah c’est personnel à chaque médecin, mais chaque médecin est affecté par ce genre de situation.” M2

“Euh, c’est s’assurer aussi euh de sa protection euh vis à vis de ... , d’éventuelles ..., d’éventuelles difficultés parentales ou autres.” M4

D) La gestion de la consultation pédiatrique :

Les consultations pédiatriques souvent longues peuvent aussi être **éprouvantes** pour le médecin. En effet, **l’agitation** ou **l’opposition** de l’enfant et le **bruit** peut venir altérer les conditions de travail. Afin de faciliter la réalisation de la consultation, certaines **techniques de gestion du stress** ou **de la douleur** sont utilisées par les médecins.

“Euh ouais l’attente en salle d’attente peut être source d’agitation et du coup d’examens un peu plus compliqués euh ...” M3

“Y’a des jours l’examen il est moins gentil que les autres jours parce que j’en peux plus, que l’enfant il arrive il crie partout et que ... on fait le strict minimum, on est pas parfait.” M7

“Je les laisse s’occuper les enfants parce que moi j’adore ... les enfants qui retournent les cabinets c’est toujours des enfants qui ont juste rien à faire quoi...donc moi je leur donne des bouts de papiers , de quoi dessiner, je leur dis “qu’ya pas de problème” je surveille qu’ ya des choses à pas faire.” M9

“En fait c’est un genre de doudou, je leur dis de le serrer quand ils sont stressés comme ça en consultation, comme les balles de sang.” M9

VII. Relation parent- médecin

A) Rôle de guide pour les parents :

Le médecin généraliste endosse un **rôle de guide** pour aider les parents à surmonter les difficultés rencontrées avec leurs enfants. Il les **accompagne** dans le choix des solutions les plus adaptées aux besoins de leurs enfants.

“Moi je pense qu’on est là pour ça et c’est important de le faire quand meme meme si c’est pas médical mais en fait ils viennent pour ça et si on le fait pas ils vont revenir des nombres incalculables de fois parce qu’ils sont pas rassurés et puis ils vont trouver des symptômes qui n’existent pas chez leurs enfants et des fois ils vont même pas savoir repérer par contre les trucs urgents donc je pense que leur réassurance et des conseils autres bah c’est notre rôle aussi malheureusement.” M7

“En fait on est du personnel, du soignant de premier recours, donc c’est vrai que les patients nous posent les questions médicales et ils nous posent les questions sur le sommeil de l’enfant, enfin le sommeil de l’enfant c’est quand même un grand truc quoi. Et c’est vrai que, avant d’avoir des enfants j’y comprenais rien, j’y comprends pas beaucoup plus maintenant... (rire).” M1

“Je suis médecin de famille vu que ça fait deux ans et donc aussi bien m’occuper des enfants directement que de m’occuper des enfants à travers leur parent qui peuvent venir me voir pour des difficultés qu’ils traversent avec leurs enfants, des questions, des questionnements, euh voilà.” M9

Le médecin généraliste a pour mission **d’informer**, **d’alerter** et de **prévenir**. Il est le premier acteur de **l’éducation à la santé** en délivrant des informations fiables.

“C’est vrai qu’on est en plein dans le rôle du généraliste aussi, d’assurer le suivi de l’enfant, prendre en charge les parents qui vont avec (rire) euh et je pense qu’on dédramatise pas mal de situations, on arrive à gérer nous même pas mal de choses et puis effectivement à rassurer les parents sur pas mal de choses et ...ou à les alerter quand il y a quelque chose.” M11

“Il y a quand même une réalité qui est que la limite entre le médical et le non médical au final elle est quand même impossible à définir.” M2

“On est là pour trier les choses, pour leur dire... parce que c’est facile de dire oui hein?! “Vous voulez une prise de sang? Ok, je vous fais une prise de sang, vous voulez une demande pour une paire de semelles, ok je vous fais une paire de semelles etc etc ...” mais c’est plus facile de dire oui que de dire non et d’expliquer pourquoi on dit non.” M4

“Et pis oui c’est leur rappeler que l’enfant il doit manger équilibré, leur rappeler que l’enfant il doit se laver les dents, qu’il doit aussi aller voir un dentiste, que il doit dormir suffisamment, que les écrans c’est pas super bien, tout ça c’est des trucs qui sont médicaux et pas médicaux en même temps fin c’est euh.” M7

“Voilà on est toujours dans l’information, l’éducation et la réassurance.” M11

“J’explique, c’est bien rare que j’ai pas un bloc avec des petits schémas.” M10

1) Problème de légitimité ?

Les sollicitations d’ordre non médicales, relevant de l’éducatif ou de la parentalité peuvent générer un sentiment **d’illégitimité** chez certains médecins non parents.

“Au début c’est difficile parce que justement on se dit bah moi je sais pas comment je vais éduquer mes gosses.” M7

“Mais ça me fait toujours sourire de voir que j’ai des parents qui sont venus me voir pour des difficultés avec leur enfant euh leur adolescent , mais je me dis “ je suis personne quand même moi in fine” et je me suis déjà fait cette réflexion.” M9

2) Etre parent, un atout :

Le statut de **parent** du médecin généraliste est jugé comme étant **rassurant** pour les parents des patients.

“Des fois les parents viennent avec des interrogations en disant “ben mon bébé y’a ça” et “j’dirais , bah ouais le mien aussi il a eu ça “ et donc en général je, je fais ce transfert là en disant “ vous savez, moi, mon fils a eu la même chose et ça a été ” donc ça les rassure de savoir que, le docteur il a eu avec son fils ou sa fille et que ça a été derrière.” M4

“Ouais alors ça a changé des trucs pour mes patients déjà, mes patients ils me

disent qu'ils sont rassurés d'avoir un ... enfin rassurés d'avoir un papa, c'est marrant. Euh, j'ai gagné en confiance pour des parents.” M9

“C'est bête mais j'ai des patients dont je sais que ça leur fait du bien de dire “ bah ouais regardez j'étais comme ça avec mon fils c'est que ça va ... “ ou “J'ai fait ça, y'a pas de problème” , l'idée pour certains de mes patients de ce que le fils du médecin , enfin le médecin l'a fait pour son propre fils, c'est à priori c'est que ça doit pas être dangereux en tout cas , en tout cas il aurait pas pris ce genre de risque pour son propre enfant euh ... voilà”. M9

3) Le médecin riche de ses expériences ...

Pour répondre à ces demandes, le médecin généraliste s'appuie sur son **expérience personnelle et professionnelle**.

“C'est pas facile au début surtout quand on a pas d'enfants soi même parce que on dit des choses et on se dit en fait j'en sais rien parce que j'ai jamais eu d'enfant et que je dis ce qu'on m'a appris mais euh sans plus euh c'est vrai qu'à force de voir des enfants ou d'avoir des neveux, des nièces fin de côtoyer des enfants on se sent plus apte à donner des conseils. Mais c'est vrai qu'à force c'est l'expérience qui fait.” M7

“C'est pas une question qui m'est compliquée mais aussi parce que je suis maman, que je me suis moi même poser des questions sur certaines choses et que j'ai un petit peu d'expérience, je suis aussi euh... représentante des parents d'élève à l'école (rire) donc du coup je connais quand même certaines problématiques liées à l'école etc...”M5

“Je m'appuie déjà sur mon expérience personnelle de papa, puisque ayant un enfant de 10 ans depuis vendredi dernier, je sais comment gérer un enfant stressé qui dort pas etc euh donc je leur donne mes petites ... on va dire mes petits tuyaux que moi j'ai pu apprendre de part mon expérience personnelle.” M4

4) ... et de ses connaissances :

Le médecin généraliste a des **connaissances** de par sa formation théorique et pratique. Il les transmet pour accompagner les familles.

“Moi, j'me sens assez à l'aise, surtout depuis que j'ai fait le DU sur la théorie de l'attachement parce que je leur explique énormément de choses en lien avec cette théorie là ça me permet vraiment d'aller expliquer que ils sont là pour du soutien euh, du soutien émotionnel, du soutien affectif pour leur enfant et qui doivent être toujours constants dans le soutien et que c'est très important donc je les aide

beaucoup dans ce sens là euh..."M5

5) Partenariat et soutien parental :

Le médecin généraliste considère que **l'accompagnement parental** et la **guidance parentale** sont indispensables dans le suivi médical d'un enfant. En effet, la prise en charge de l'enfant est indissociable à celle sociale. Les parents ont besoin d'être écoutés et soutenus, valorisés et rassurés.

"Mais c'est vrai que dans une consultation de pédiatrie, il faut beaucoup soigner le parent et soigner l'enfant mais le parent c'est important (rire)." M1

"Ils essayent de faire ce qu'ils peuvent alors on valorise ce qui est bien, on essaye de pointer gentiment l'attention sur ce qui est moins bien donc oui on est obligé en tant que médecin généraliste suivant des enfants d'aller jeter un coup d'oeil sur ce qui se passe à la maison et d'interroger sur bah des points éducatifs bien sur." M2

"Pis les accompagner, faut leur dire où ils peuvent avoir de l'aide, de manière sociale ou autre." M7

6) Responsabiliser les familles :

Son rôle de guide ne doit pas se substituer à celui des parents. Le médecin doit rester dans sa position de **soignant**, mais rappeler aux parents leurs **responsabilités éducatives et parentales**.

"Même quand le parent veut que je dise un truc à l'enfant soit je considère que c'est pas du tout un truc médicalement important et donc bah je le fais pas j'vais pas dire que je refuse mais le parent comprend que j'irais pas dans son sens parce que qu'il veut que je dise à l'enfant c'est à lui de lui dire en tant que parent c'est pas à moi de lui dire en tant que médecin." M2

"Les parents pff laissent le suivi un peu aller quoi donc il faut essayer de les rattraper même si bon c'est un peu leur boulot à la base et de temps en temps on les rappelle en mode " vous avez pas oublié qu'il y avait quelque chose à faire ?" M7

"T'es obligé de mettre un petit cadre et alors des fois un petit cadre sur les parents

aussi parce qu'ils laissent un peu trop faire, faut leur rappeler que ben c'est à eux de dire "oh oh " à l'enfant et que c'est pas possible." M7

7) Surinformation et Fake news :

Actuellement, les parents ont accès à une **abondance d'informations**. Le médecin de par son savoir doit aider les parents à **trier les informations** reçues et leur procurer des sources d'informations fiables.

"Ils ont beaucoup d'avis les gens donc en fait (rire) les parents ils ont beaucoup d'avis qui leur tombent dessus, tout le monde donne son avis en fait (rire) donc nous en tant que, vu qu'ils se disent qu'on est médecin généraliste qu'on voit quand même beaucoup d'enfants, qu'on en suit et bien notre avis, il rentre dans la mêlée donc des fois j'ose espérer qu'il pèse un peu plus que celui des autres qui ont lu dans télérama que je sais pas quoi !" M2

"Parce que maintenant aussi avec l'avènement on va dire des réseaux sociaux, d'internet etc on peut avoir des informations à droite, à gauche qui sont parfois erronées euh les parents arrivent parfois avec plein de questions sur des choses qu'ils pensent graves et qu'ils ne le sont pas et faut leur expliquer." M4

"Et faut déconstruire nom de dieu tous les discours que les parents peuvent entendre, ça je passe des heures à faire ça après ça se passe très bien, donc des fois je peux batailler avec les parents, enfin avec les parents ... je bataille pas mais je bataille avec ce qu'ils peuvent entendre sur l'alimentation, la diversification, le type d'eau à prendre, les punitions." M9

B) un pacte de confiance :

La relation entre les familles et le médecin généraliste est basée sur une **confiance mutuelle**.

"En général, je sens qu'ils me font confiance euh ... après ils peuvent avoir regardé avant et poser les questions mais voilà ils posent les questions (rire) et donc on en discute par rapport à ... voilà, où ils s'inquiètent parce qu'ils ont lu ça mais ils ont besoin..., ils viennent parfois pour être rassurés quoi mais par rapport à ce qu'ils ont vu et aux questions qui se posent. ça fait partie du travail aussi maintenant." M11

"Je pense que maintenant ils nous font confiance, parce qu'il y a surtout une histoire de confiance pour le suivi." M9

C) Communication avec la famille :

La communication avec la famille est décisive pour la construction d'une relation saine et durable. Le médecin doit faire preuve **d'empathie**, rester **neutre de jugement**. Néanmoins il doit **savoir s'affirmer** si besoin.

“Communication et en plus c'est des communications qui doivent se faire sur le long terme parce que l'objectif c'est d'être positif pas être moralisateur, pas rompre le suivi, pas qu'ils ne rompent le suivi parce que c'est un risque si on est trop incisif.” M2

“Il y a parfois un peu de stratégie de communication à mettre en place parce que encore fois faut pas être moralisateur avec les parents, c'est pas mon rôle et en plus clairement la parentalité c'est quand même chacun fait comme il peut (rire).” M2

“Après j'essaie d'être toujours objectif.” M9

“Encore une fois je leur dis bien que je n'ai aucun jugement, c'est pour leur donner des jalons, qu'ils aillent voir, on va voir ensemble sur l'ordinateur et “comme ça vous avez des jalons”, vous savez ce qu'il faut éviter de faire, ce qui faut faire alors évidemment de toute façon c'est pas facile.” M9

VIII. Relation triangulaire Médecin-Parent-Enfant

A) Adhésion et compromis : un challenge

La spécificité du suivi pédiatrique est la **relation tripartite** entre l'enfant, le médecin et ses parents. L'objectif est d'avoir une **adhésion** commune autour d'un projet de soins. Un équilibre et quelques compromis sont nécessaires pour aboutir à une prise en charge efficace.

“Bah je fais toujours alliance avec le parent jusqu'au moment où je dois le faire sortir donc ma technique est toujours la même, c'est j'écoute le parent et puis il y a un moment où j'ai envie de le faire sortir si j'ai besoin.” M1

“On essaie d'avoir une relation privilégiée avec l'enfant quelque soit son âge

finalement, le nourrisson on lui parle et il répond pas bien sûr mais voilà! Mais on n'exclut pas le parent mais euh on essaie de faire un espèce d'équilibre où chacun a un poids à peu près équivalent mais euh y'a pas trop de côté ...” M2

“J’essaie d’avoir un équilibre des 3 pôles à savoir enfant, son parent et moi euh dès fois c’est dysfonctionnel euh .. alors peut être que c’est parfois de mon fait mais c’est ça j’suis pas bien placé pour le juger, parfois c’est le parent qui est envahissant ou absent ou effacé d’ailleurs et des fois c’est l’enfant qui essaie de déborder mais du coup on recadre voilà.” M2

“L’objectif c’est avoir un équilibre, une alliance de tout le monde, si on a pas l’alliance de tout le monde (rire) on n’est pas sur la même longueur d’onde bah c’est tout faut trouver un compromis.” M2

“Il faut que l’enfant il ait compris qu’il vienne expressément pour ça, il est à un âge où si on l’a pas dans notre équipe on n’y arrivera pas s’il est pas d’accord pour ça.” M9

B) Le parent à double tranchant :

Le parent peut être vu comme un **allié** lors de la consultation pédiatrique. Sa présence rassure l’enfant.

“Mais 3-10 ans au contraire ça les rassure souvent à cet âge là quand même d’avoir leur parent près d’eux.” M11

“Après les notions de consentement, descendre le slip, pouvoir regarder les testicules sur un examen un peu systématique ça souvent on arrive à l’avoir avec l’enfant et quand on arrive pas à l’avoir avec l’enfant on demande au parent de le faire et puis ça ça se passe.” M1

Mais la famille peut aussi être un **obstacle supplémentaire** au suivi médical de l’enfant.

De part leur manque d’autorité, leur anxiété ils peuvent mettre en difficulté le médecin. Certains ne sont pas dans l’alliance thérapeutique, d’autres encore renvoient à leur enfant une image péjorative du médecin compromettant la relation de confiance avec eux.

“Les parents peuvent mettre en difficulté! Le fait que les parents soient euh trop présents, trop en réponse par rapport à ... au questionnement de l'enfant euh ... les parents qui sont non autoritaires.” M3

“Parce que y'a des fois les parents voilà c'est le médecin c'est le diable en personne et moi je veux pas parce qu'après on peut plus les examiner ces enfants, à chaque fois moi je reprends les parents, je remets toujours en mode c'est pas moi.” M7

“Après ce qui a de délicat pour moi c'est les parents qui suivent pas du tout ce que je veux faire.” M5

Dans certains cas, l'**absence du parent** peut générer une difficulté chez le médecin.

La connaissance de l'environnement de vie dans lequel évolue l'enfant est tronquée.

“Y'a des familles où j'ai jamais vu le deuxième parent, souvent c'est le père (rire) mais on ne tombe pas dans les clichés c'est ... En fait c'est difficile parce qu'on sait pas comment le deuxième parent... Comment il est, comment il vit les choses euh ce qu'il fait, est ce qu'il est présent à la maison, est ce que il est aussi absent à la maison.” M7

Dans les cas de **conflits parentaux** ou familiaux, le médecin peut être pris à parti ou se retrouver en position de médiateur. Le médecin doit rester objectif et **garder en tête l'intérêt de l'enfant**.

“Je suis déjà tombé sur des parents un peu foldingués, un peu hystériques euh t'sais surtout les enfants de parents divorcés.” M6

“Des fois, c'est pas un trio qu'on a entre un médecin apparent et un enfant mais c'est un enfant, ses deux parents qui sont individualisés et nous dans tout ça et parfois on veut nous donner le rôle de juge et d'arbitre et ça ça peut être délicat à gérer euh ça peut être délicat à gérer parce que l'objectif c'est de pas prendre parti et de rester focus quoiqu'il arrive sur l'intérêt de l'enfant.” M2

“parce que ya le conflit de deux adultes qui ont vécu ce qu'ils ont vécu et qu'ils vivent ce qu'ils vivent et y'a un enfant au milieu de tout ça et certains arrivent à le faire plutôt pas trop mal, des fois l'enfant peut être l'objet de du conflit et donc là ça devient très délicat mais ouais ...” M2

IX. Perspectives d'avenir

A) Inquiétudes :

L'avenir du système de soins français génère des **inquiétudes** chez la quasi-totalité des médecins généralistes. Entre autres, la détérioration de l'accès aux soins primaires et l'aggravation du **manque de temps médical** rendent assez **pessimistes** les médecins.

“La réponse c'est non, est ce que ça va s'arranger je te dis non, bien sur que non, tu vas connaître le pire, je suis désolé t'arrives pas à un bon moment du tout.” M6

“On a aussi des difficultés d'accès en médecine générale et plus seulement les spécialistes.” M11

L'augmentation des motifs **troubles psychologiques** chez l'enfant est **préoccupante** devant le manque de moyen de prise en charge actuel.

“Y'a quand même pas mal de motifs psychologiques aussi qui amènent les enfants à consulter à tout âge et également aussi dans cette tranche d'âge et euh la pédopsychiatrie ça commence à être compliqué l'accès.” M11

Certains médecins redoutent les conséquences de la **disparition de la médecine scolaire**. Beaucoup ne se sentent pas en capacité de combler cette absence.

“Je pense que ça s'est vachement détérioré avec le fait qu'il n'y ait plus de médecine scolaire, d'examen obligatoire en scolaire, en milieu scolaire, parce que en fait l'air de rien c'est ... enfin c'est ce que je disais au début mais des fois c'est des maîtresses qui nous envoient des patients etc...” M1

“La deuxième inquiétude c'est quand même la médecine scolaire qui est quand même défaillante euh et qui du coup et y'a toute une partie qui n'est plus assurée par eux et je suis pas sûre qu'elle puisse être assurée par nous non plus.” M11

B) Pistes d'amélioration

1) Délégation de tâche et partage de compétences :

Plusieurs médecins généralistes évoquent la possibilité de **déléguer des tâches** ou de **partager le suivi** pour améliorer la réalisation de celui-ci. En revanche, ce serait sous condition d'une organisation et communication efficaces.

"Je pense qu'il faut essayer de libérer du temps peut être partager des choses mais alors dans ce cas là il faut qu'y ait une communication qui se fasse et qui soit super et c'est pas le cas du tout." M7

"Ca c'est vrai que c'est dommage, parce que c'est vrai que ce qu'on fait nous en prévention euh une grande partie pourrait être faite par des équipes paramédicales mais à condition de s'organiser et puis de discuter tous ensemble." M5

"Ca peut très bien être et on parlait du partage tout à l'heure si y'a encore un médecin scolaire qui veut encore le faire, si euh ... ça peut être les infirmières de pratiques avancées qui puissent le faire aussi pourquoi pas !" M4

2) Renforcer les visites obligatoires :

Certains sont d'avis de **renforcer les visites obligatoires** déjà existantes pour avoir plus de temps dédié au suivi médical de l'enfant et d'augmenter la régularité des consultations.

"Dans l'idéal si on pourrait dire on va faire un examen annuel dédié pour tous les enfants, ce serait chouette mais je suis pas sûre d'en avoir le temps enfin voilà la surcharge de travail elle est là pour tout le monde." M11

"C'est vrai qu'il serait peut être intéressant de mettre en place peut être plus d'examens obligatoires." M4

3) Miser sur l'information :

Une autre proposition des participants est d'améliorer la **communication** et **l'information** du grand public à la nécessité d'un suivi médical régulier chez les enfants.

“En fait, il faudrait presque que nos logiciels éditent des rappels, des mails, voilà, je suis sûre que c'est mieux fait pour les chiens.” M5

“A dire voilà des campagnes de prévention en disant “n'oubliez pas d'aller voir votre médecin traitant même si tout va bien, au moins un fois par an” j pense qu'on pourra gagner du temps par la suite.” M4

4) Résilience :

Un des médecins interrogés est **résilient**, et considère que c'est aux généralistes de rester vigilants et de saisir les opportunités au quotidien pour réaliser le suivi médical des enfants.

“C'est à nous d'être vigilant et de capter quand ils viennent pour autre chose, le ok il a une otite c'est très bien c'est le sujet facile du jour mais il faut qu'on parle de tout le reste et comment ça va de manière générale, c'est plus à nous d'être vigilant.” M2

5) Facilitation de la communication interprofessionnelle:

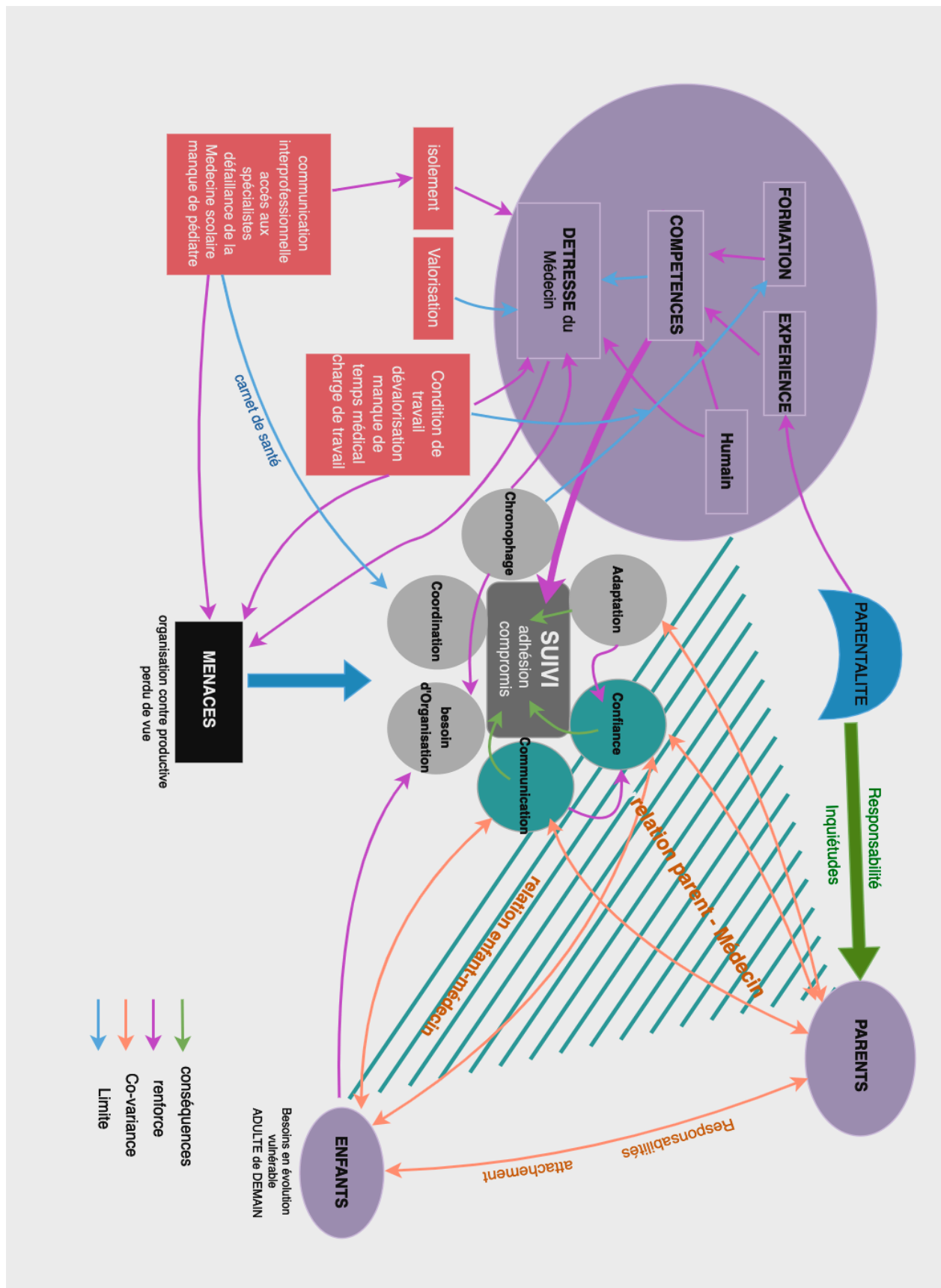
Une facilitation de **mise en relation entre professionnels de santé** (ligne directe, plateforme d'échange...) pourrait améliorer la communication et fluidifier le suivi médical pédiatrique.

“Une ligne directe, enfin une ligne directe ... enfin si un pédiatre d'avis, sur une ligne directe ou bien même par Omnidoc qui est en train de se développer pas mal pour certaines spécialités.” M11

“Il faut vraiment que les messageries sécurisées elles se développent et c'est à dire que vraiment il faut qu'on puisse envoyer des mails, faut qu'on puisse communiquer ensemble sur l'enfant et pas que ça soit ben euh l'infirmière, la sage

femme ou que sais- je; elle fasse des choses dans son coin et qu'en fait nous on sache pas, qu'on soit pas au courant, qu'on n'ait pas le retour parce que si on a pas le retour ben nous en fait on en sait rien." **M7**

Modèle explicatif



Discussion

I. Résultats principaux

Le médecin généraliste en sa position de médecin de famille et sa présence lors des épisodes médicaux aigus a une connaissance de l'environnement de l'enfant et une relation privilégiée avec ses parents. De par ses compétences, son accessibilité et sa disponibilité, il est le garant du suivi de l'enfant, il assure la coordination. Le médecin généraliste a donc une place centrale et essentielle dans le suivi médical de l'enfant.

Le manque de temps médical force les médecins à prioriser le curatif. A cette charge de travail, un sentiment d'isolement est décrit par les médecins généralistes. Celui-ci est aggravé par une communication inter-professionnelle dysfonctionnante. Les généralistes ayant la sensation de devoir assumer seuls le poids du suivi médical de l'enfant. De plus, le manque de moyens alloué à la prévention et la défaillance de la médecine scolaire diminuent de plus en plus les contacts médicaux dédiés au suivi de la santé de l'enfant.

Il ressort de cette étude que le système de soins français possède des failles entravant le suivi médical des enfants. En effet, les généralistes considèrent ne pas voir assez régulièrement hors motifs aigus les enfants de 3 à 10 ans. Cette irrégularité de suivi peut aller jusqu'à la perte de vue de l'enfant pendant plusieurs mois voire années.

Le suivi de l'enfant est souvent considéré comme chronophage et exigeant avec des consultations longues. Sa réalisation demande d'importantes capacités d'organisation et d'adaptation de la part des médecins généralistes.

Le suivi médical de l'enfant met en jeu des compétences relationnelles, essentielles à la construction d'une relation de confiance. En effet, la relation triangulaire entre enfant, parents et médecin demande beaucoup de communication afin d'obtenir l'alliance et l'adhésion thérapeutique de tous.

Ce travail montre aussi que la parentalité amène de nombreuses interrogations et inquiétudes avec un besoin accru de réassurance. Le médecin généraliste endosse le rôle de guide. L'accompagnement des parents dans le suivi médical de leur enfant est indispensable.

II. Forces et limite de l'études

A. Les limites de l'étude

1. Environnement et circonstances de réalisation des entretiens

Tous les entretiens n'ont pas pu être réalisés dans un environnement et un contexte optimal. En effet, cinq ont été interrompus brièvement lorsque le médecin participant était sollicité pour des obligations professionnelles (appel téléphonique, sollicitation de son interne...). Deux se sont déroulés en présence d'un tiers (interne N1 et assistante médicale) altérant peut être la qualité de l'interaction entre le participant et l'investigateur.

2. Manque d'expérience de l'investigateur

Cette étude est le premier travail de recherche qualitative de l'investigateur. Lors des entretiens semi-dirigés, le défaut de réactivité et de relance du chercheur a pu nuire à la qualité de ces derniers. Aucun entretien test n'a été réalisé au préalable.

3. Age des participants

Les médecins interrogés sont considérés comme jeunes avec une moyenne d'âge de 42,3 ans. Ce critère est une limite dans la représentativité de la population des médecins généralistes des Haut-de-France dont l'âge moyen est de 49,64 ans (42). Nous pouvons nous interroger sur l'intérêt que portent les jeunes médecins généralistes au suivi de l'enfant et à la pratique de la pédiatrie dans leur exercice.

4. Statut universitaire des participants et appétence pédiatrique

Plus de la moitié des médecins généralistes participants à l'étude ont un statut universitaire de maître de stage universitaire. Ces médecins sont habitués à participer à ce type de recherche, ils sont engagés dans la formation et l'enseignement de la médecine générale. Ils ont souvent une expérience de directeur de thèse pouvant interférer dans la spontanéité de leur réponse. Ils ont peut-être accepté davantage de participer à cette étude par intérêt pédagogique.

5. Régionalisation de l'étude

Le titre de l'étude laisse à penser que le travail s'est déroulé auprès des médecins généralistes de la région des Hauts-de-France. En réalité, les médecins

participants exerçaient soit dans le Nord soit dans le Pas-de-Calais soit seulement deux départements de la région.

B. Les forces de l'étude

1. Représentativité de l'échantillon

Le recrutement des participants a été réalisé par échantillonnage raisonné théorique.

Les médecins interrogés ont été sélectionnés selon leurs caractéristiques. L'étude du phénomène à travers cet échantillon a donc permis de dépeindre différentes expériences. La parité était respectée. Les différents lieux et modes d'exercice étaient représentés. Les médecins participants appartiennent à des tranches différentes.

2. Recueil des données

Le recueil des données inspiré de la théorisation ancrée a permis l'obtention de la suffisance des données après onze entretiens. Les entretiens semi-dirigés laissaient place à l'expression personnelle du vécu, des représentations et des sentiments des participants.

3. Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 34 minutes et 45 secondes avec une médiane à 32 minutes et 34 secondes. La durée des entretiens de cette étude rentre dans les critères de qualité de la recherche qualitative selon l'ouvrage « Initiation à la recherche qualitative en santé » de Jean-Pierre LEBEAU (40).

4. Triangulation des données

Afin de limiter la subjectivité d'interprétation, l'intégralité des données a été triangulée avec un médecin généraliste doctorant.

5. Grille COREQ

Cette étude répond aux critères de la grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (43). (Annexe n°8)

III. Discussion autour des résultats principaux

A. Compétence et professionnalisme des médecins généralistes

Le suivi de l'enfant est une part importante de l'activité du médecin généraliste. Les consultations systématiques de l'enfant réfèrent à de nombreuses compétences de médecine générale. En effet, le médecin généraliste possède des compétences de prévention, de premier recours. Il est le coordinateur avec les autres professionnels de santé de l'enfant. Il réalise une prise en charge familiale bio-psycho-sociale (44).

La relation médecin-enfant conditionne le bon déroulement des consultations. Les médecins généralistes apparaissent comme attentifs à l'outil relationnel mais il existe des carences en matériels adaptés et ludiques (17).

Le médecin généraliste peut remplir le même rôle que le pédiatre ambulatoire : suivi du développement, dépistages, vaccinations, éducation pour la santé, prise en charge des pathologies aiguës (21).

B. Formation pédiatrique des médecins généralistes

Les consultations pédiatriques en médecine générale représentent une large part de l'activité. Il est donc crucial que les internes de médecine généraliste réalisent une formation pédiatrique solide et adéquate.

Lors des consultations pédiatriques, les généralistes éprouvent globalement être à l'aise (45). Néanmoins, ils peuvent se sentir en difficulté dans certaines situations. Un approfondissement serait nécessaire lors de la formation initiale ou au cours de la formation médicale continue.

En effet, dans un travail de thèse de 2022 (46), on retrouve que la majorité des internes de médecine générale se sent apte à gérer la plupart des problématiques pédiatriques. Plus de la moitié considère que la formation initiale est adaptée à leur future pratique. Pour autant, les notions de troubles du neuro-développement, l'allaitement maternel, les violences sexuelles ou la maltraitance sont moins maîtrisées.

L'Académie de médecine appelle dans son communiqué "Il est urgent de réviser l'enseignement futur de la pédiatrie pour les internes de pédiatrie et pour les internes de médecine générale" (47) de 2016 à revoir l'enseignement de la pédiatrie des futurs médecins généralistes. Elle préconise que la formation pédiatrique s'axe sur la pédiatrie ambulatoire. Un stage de 6 mois obligatoires dans un pôle mère-enfant, un semestre en médecine générale de ville avec des objectifs de formation pédiatrique et une possibilité de stage en PMI ou planning familial.

Le rapport Sommelet, propose que la formation théorique des étudiants en DES de médecine générale soit réalisée conjointement par un pédiatre et un médecin généraliste ayant une activité pédiatrique (21). Cet enseignement doit porter sur les pathologies courantes en médecine générale et sur le développement psychomoteur de l'enfant (21).

C. Une tranche d'âge négligée

Entre 6 et 12 ans, la santé des enfants apparaît comme délaissée alors qu'une surveillance sanitaire est nécessaire (48). L'état de santé des enfants âgés de 4 à 18 ans est mal connu. En effet, ils consomment peu de soins, leurs bilans et certificats de santé sont souvent incomplets, rendant les études épidémiologiques difficilement fiables (49). Avant 2019, les examens de suivi s'arrêtaient à l'âge de 6 ans. Dans le but de consolider le suivi de la santé des enfants, trois examens ont été mis en place entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans (9).

La qualité et pertinence du suivi médical dépend de sa régularité. Il est nécessaire de réfléchir à des solutions pour favoriser les contacts médicaux à des fins préventives chez les enfants de cette tranche d'âge.

D. L'attente des parents

C'est aux parents que revient le choix et la décision du praticien qui suivra la santé de son enfant. Il a le choix entre médecin généraliste, pédiatre ou PMI jusqu'aux 6 ans de l'enfant. Pour le suivi de leur enfant, les parents attendent des compétences pédiatriques de la part du médecin mais elles ne sont pas spécifiques de la spécialité médicale de celui-ci. En effet, la disponibilité, l'écoute et la communication sont mises en avant (21). Dans un autre travail de thèse, les attentes

parentales sur le médecin suivant leur enfant sont la compétence d'assurer un suivi médical des enfants avec une formation adéquate, la disponibilité, l'écoute et la réassurance (50). Dans une autre étude, il apparaît que les compétences du médecin généraliste en matière de suivi de l'enfant ne sont pas connues de tous (51). La proximité géographique, la disponibilité et le tarif conventionné sont des critères favorisant le suivi par le généraliste aux yeux des parents. Dans les attentes des parents, on retrouve aussi les notions de conditions d'accueil de l'enfant, la spécificité de la consultation pédiatrique et la relation de confiance parent-enfant-médecin (52). Pour améliorer les consultations pédiatriques chez le généraliste, la diminution de l'attente, la présence d'un environnement adapté à l'enfant, l'amélioration de l'approche de l'enfant et la prise en charge de l'anxiété parentale peuvent être des solutions (52).

E. Place des pédiatres

En France, il y a 20% d'enfants dont le suivi médical est régulièrement effectué par un pédiatre jusqu'à leur 18 ans (21). Actuellement, la majorité des pédiatres a une activité hospitalière. Le nombre de pédiatres de ville est en diminution. Afin de pallier ce recul de la pédiatrie libérale il est important de redéfinir les rôles, le pédiatre ayant un rôle de recours et d'expertise vis-à-vis des enfants ayant des besoins particuliers ou présentant des facteurs de risque (53).

IV. Perspectives

A) La place des parents / famille

Cette étude ne s'intéresse pas au point de vue des parents. Il serait intéressant de questionner les représentations des familles au sujet du suivi médical de leurs enfants.

B) La place des pédiatres:

De même, ce travail n'évalue pas les représentations des pédiatres ou autres intervenants dans le suivi de la santé des enfants (PMI, médecine scolaire). Il pourrait être pertinent de les interroger pour avoir leur point de vue sur la situation.

C) Piste d'amélioration du suivi médical de l'enfant en France ?

1) Meilleure collaboration

Une meilleure collaboration entre les différents professionnels de santé de l'enfant est indispensable pour améliorer le suivi des enfants (54). En effet, clarifier le rôle et les spécificités de chacun permettra une meilleure efficacité.

Effectivement, une complémentarité est impérative entre les médecins en charge de la santé publique (PMI, médecine scolaire) et des soins primaires (pédiatres libéraux et généralistes) (21).

2) Faciliter le partage d'informations

Il apparaît indispensable à la qualité du suivi médical des enfants, que les professionnelles de santé puissent partager les informations nécessaires de manière sécurisée et fiable. Il serait intéressant de réfléchir à la création d'une plateforme d'échange entre professionnels de santé impliqués dans la santé de l'enfant. De

même, l'identification d'un pédiatre référent par secteur que le médecin généraliste pourrait solliciter en cas de besoin avec un canal de communication direct améliorerait la prise en charge.

3) Délégation de tâche ou partage de suivi

Le délégation de tâche ou partage de suivi avec les infirmières puéricultrices libérales pourrait être une piste d'amélioration à envisager. Une thèse récente (55) sur ce sujet montre la disparité des avis des médecins généralistes avec de nombreuses interrogations.

4) L'implication des familles

Les parents sont les premiers acteurs dans le suivi médical de leur enfant. Ils ont le libre choix du médecin de leur enfant. Il est indispensable qu'ils comprennent les enjeux et l'importance d'un suivi médical régulier de leur enfant. La responsabilité du suivi médical leur incombe en partie. Il est nécessaire d'informer le grand public des dispositifs et des professionnels de santé existants pouvant participer au suivi de la santé de leur enfant. Ils devraient pouvoir choisir de manière éclairée selon les rôles et compétences de chacun. Leurs interrogations et inquiétudes concernant la santé et le développement de leur enfant doivent être considérées avec sérieux.

D) Besoin d'évolution de la formation pédiatrique ?

Bien que la formation pédiatrique des médecins généralistes ait évolué ces dernières années, elle reste perfectible. En effet, les stages pédiatriques en ambulatoire pourraient être favorisés afin de permettre aux futurs généralistes d'acquérir les compétences et connaissances utiles à leur exercice de médecin de

premier recours. De plus, les stages au sein des PMI permettent aux internes de médecine générale d'assimiler une expérience importante en prévention et pédiatrie du quotidien (56).

La formation médicale continue se centrant sur des thèmes pédiatriques comme les troubles du neurodéveloppement, la prévention de l'obésité infantile, le dépistage sensoriel, la santé mentale devrait être largement incitée et favorisée.

Conclusion

Le suivi médical des enfants est un enjeu de santé publique. Bien que conscients de l'intérêt de celui-ci, sa réalisation est hétérogène et irrégulière par les médecins généralistes. L'objectif de cette étude était d'évaluer les freins et difficultés ressentis par les médecins généralistes lors du suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans. Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été conduite. Onze entretiens semi-dirigés individuels ont été menés.

Il apparaît que le médecin généraliste possède une place centrale dans le suivi des enfants de par ses compétences, sa disponibilité et sa proximité avec le patient et sa famille. Ce travail suggère qu'il y ait des failles dans le système et l'organisation des soins pédiatriques en France. La tranche d'âge des enfants de 3 à 10 ans semble échapper à une évaluation médicale régulière mettant en péril son état de santé au long court. Le suivi médical pédiatrique est jugé lourd et chronophage, demandant beaucoup d'adaptation, d'organisation et d'investissement de la part des généralistes. Ces derniers étant déjà en détresse dans un contexte de défaut de temps médical. La gestion et l'accompagnement des familles dans la parentalité paraît être un élément non négligeable de la complexité du suivi de l'enfant.

Nous pouvons nous interroger sur l'intérêt d'améliorer la formation pédiatrique des généralistes devant une évolution démographique des pédiatres en baisse avec une médecine scolaire en perte de vitesse. De plus, il est urgent d'élaborer des solutions de collaboration entre professionnels de la santé de l'enfant pour optimiser le suivi de santé des enfants. La valorisation des compétences des médecins généralistes dans ce domaine est primordial ainsi son information auprès des

familles. Il est indispensable de concevoir des solutions pour favoriser la régularité des échanges entre les enfants et leur médecin. Enfin, il serait intéressant de s'intéresser au ressenti des parents concernant la qualité du suivi médical de leur enfant par les médecins généralistes.

Bibliographie

1. Dossier complet – France | Insee [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FE-1>
2. Visites médicales de l'enfant : examens obligatoires [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F967>
3. Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant.
- 4 . Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 août 2024]. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451143/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-28-jours-a-6-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatries-medecins-de-pmi-et-medecins-scolaires
- 5 . Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 août 2024]. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatries-et-medecins-scolaires
6. Société française de santé publique. Politiques de santé pour les enfants et les jeunes : l'urgence d'une approche de promotion de la santé. In: Enfance, l'état d'urgence [Internet]. Toulouse: Érès; 2021 [cité 2 août 2024]. p. 315-9. (Questions d'enfances). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enfance-l-etat-d-urgence--9782749271422-p-315.htm>
7. Les rendez-vous « M'T dents » [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/services-patients/dents>
8. DGS_Anne.M, DICOM_Jocelyne.M, DGS_Anne.M, DICOM_Jocelyne.M. Le calendrier des vaccinations [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
9. Examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 24 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>

10. Dispositif du médecin traitant [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
11. Rosp du médecin traitant de l'enfant [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>
12. Leblanc A. Le carnet de santé de l'enfant : quelles missions ? Enfances & Psy. 2018;77(1):49-58.
13. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 2 août 2024]. Le carnet de santé de l'enfant. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>
14. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 2 août 2024]. Les certificats de santé de l'enfant. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-certificats-de-sante-de-l-enfant>
15. Vincelet C, Tabone MD, Berthier M, Bonnefoi MC, Chevallier B, Lemaire JP, et al. Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins. Archives de Pédiatrie. 1 mai 2003;10(5):403-9.
16. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 24 août 2024]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
17. Artis AS. Accueil de l'enfant en médecine générale: la relation médecin-enfant malade, à propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes lorrains [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2004 [cité 4 janv 2023]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733323>
18. Franc LV, Rosman PF. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites.
19. Documents | Cour des comptes [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58724>
20. Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de s | vie-publique.fr [Internet]. 2006 [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/28903-etude-sur-la-protection-maternelle-et-infantile-en-france-rapport-de-s>

21. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 mai 2008;192(5):1043-60.
22. Bégué P, Gangeot-Keros BP, Hermange, Pourcelot, Bégué MM, Bréard, et al. La médecine scolaire en France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 sept 2017;201(7):957-72.
23. Bellon M. Le médecin scolaire au service de l'enfant et de son bien-être psychique à l'école. Enfances & Psy. 2011;52(3):175-9.
24. Salle B, Lasfargues G, Duhamel JF, 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. avr 2016;200(4-5):973-5
25. Pédiatrie et soins de santé des enfants : une situation préoccupante | vie-publique.fr [Internet]. 2021 [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/280485-pediatrie-et-soins-de-sante-des-enfants-une-situation-preoccupante>
26. Guillemet JM, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. J Pédiatrie Puériculture. 1 juin 2010;23(3):125-30.
27. Le repérage des troubles du langage de l'enfant en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <http://theses.unistra.fr/ori-oai-search/notice.html?id=uds-ori-84417&printable=true>
28. Colineau-Méneau A, Neveur MA, Beucher A, Hitoto H, Dagorne C, Dubin J, et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. Santé Publique. 2008;20(3):259-68.
29. Franc LV, Rosman PF. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale.
30. Sokolow L. Consultations des enfants de moins de 16 ans par le médecin généraliste : ressenti et état des lieux des pratiques dans deux secteurs d'Ile-de-France. 27 janv 2016;78.
31. Accueil – Insee – Institut national de la statistique et des études économiques | Insee [En ligne]. Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance – France, portrait social | Insee ; [cité le 25 août 2024]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797660?sommaire=4928952>

32. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
33. Bilan démographique 2023 - Insee Première - 1978 [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
34. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
35. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022;
36. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
37. Enfants et jeunes [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
38. Simon C, Klein C, Wagner A. La sédentarité des enfants et des adolescents, un enjeu de santé publique. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 août 2005;18(5):217-23.
39. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-d-ici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
40. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallader JS, Londe JG de la, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Saint-Cloud: Global Média Santé & CNGE; 2021. 192 p.
41. La grille communale de densité | Insee [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/6439600>
42. BERLAND Y. Démographies des professions de santé. 2022 nov. Report No.: 2002135.
43. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
44. CNGE, Saint-Lary O, Imbert P, Perdrix C. Médecine générale pour le praticien. Elsevier Health Sciences; 2022. 593 p.

45. Michelo S. Consultations de pédiatrie: enquête auprès de 29 jeunes médecins généralistes formés à la faculté de médecine de Rouen.
46. Coudié M. État des lieux de la formation en santé de l'enfant des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand (2019-2020). 2022;
47. Salle B, Lasfargues G, Duhamel JF, 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. avr 2016;200(4-5):973-5.
48. Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. [cité le 30 août 2024]. Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_mars_2013.pdf
49. Lang T, Saurel-Cubizolles MJ, de Villemeur AB, Aujard Y, Colson S, Com-Ruelle L, Debost E, Duché P, Gindt-Ducros A, Halley des Fontaines V, Kelly-Irving M, Vernazza-Licht N. La santé des enfants en France : un enjeu négligé ? Sante Publique [En ligne]. 2020 [cité le 30 août 2024];32(4):329. Disponible : <https://doi.org/10.3917/spub.204.0329>
50. Hartmann-Gil C. Etude qualitative auprès des parents : Attentes des parents concernant le suivi médical de leur enfant en bonne santé [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lyon: Université Claude Bernard - Lyon 1 Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Merieux; 2015.
51. Bergeron C. Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant : étude qualitative auprès de parents dont le suivi de l'enfant est assuré par un pédiatre. Angers: Université Angers; 2019. p. 49.
52. Artufel-Meiffret M. La consultation pédiatrique en médecine générale : expériences, perception et attentes de parents d'enfants de 0 à 6 ans : enquête qualitative auprès de 16 parents dans les Alpes-Maritimes. 6 juin 2013;216.
53. Pédiatrie et soins de santé des enfants : une situation préoccupante | vie-publique.fr [Internet]. 2021 [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/280485-pediatrie-et-soins-de-sante-des-enfants-une-situation-preoccupante>
54. 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 d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2014.
55. Henocq Q. Représentations des Médecins Généralistes des Hauts-de-France concernant le partage de compétences [thèse d'exercice]. LILLE : Université de Lille ; 2024. 81 p.

56. Geant MA, Bois C. Stages d'internat en PMI : regards croisés des médecins généralistes, PMI et facultés. Santé Publique. 11 déc 2023;35(4):383-92.

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information aux médecins

“Chers confrères, chères consoeurs,

Je suis **Clara ROTHMANN**, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un **entretien semi-dirigé** sur le suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans.

Il s'agit d'une étude qualitative ayant pour but d'étudier **le suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans en ambulatoire par les médecins généralistes** basée sur des entretiens individuels semi-dirigés de médecin généraliste tous profil exerçant en ambulatoire dans les Hauts de France.

L'entretien durera en moyenne **30 min**, peut se dérouler en présentiel ou en distanciel, à votre convenance. Ils seront confidentiels, ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits de manière anonyme.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacements et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2023-089 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Je vous remercie par avance,
Confraternellement,

Clara ROTHMANN, médecin généraliste remplaçante

Si ce travail vous intéresse et que vous voulez participer, vous pouvez me contacter : 06 58 74 61 78 clara.rothmann.etu@univ-lille.fr

N'hésitez pas à diffuser l'information !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : clara.rothmann.etu@univ-lille.fr.

Annexe 2 : QR Code - Entretiens individuels semi-dirigés

Veillez scanner le QR code ci-dessous pour accéder à l'intégralité des onze entretiens individuels semi-dirigés retranscrits de manière anonyme.



Annexe 3 : Guide d'entretiens individuels semi-dirigés - Version 1

A/ Présentation de la thèse

- présentation personnelle : Clara Rothmann, médecin généraliste remplaçant
- thèse : **Quels sont les freins et difficultés ressentis par les médecins généralistes lors du suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans en ambulatoire.**

Objectif : identifier les difficultés, pour élaborer des axes d'amélioration, revaloriser le rôle du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant

- obtention du consentement après information
 - participation facultative
 - entretiens confidentiels, enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits de manière anonyme.
 - enregistrement sera détruit à l'issue de ma soutenance de thèse.
 - droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les données vous concernant.
 - Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

B/ thèmes / questions

- Suivre un enfant, qu'est ce que ça veut dire pour vous ?
- Quelle est votre expérience dans ce domaine ?
- Avez-vous des formations particulières dans ce domaine ?
- Quelles difficultés ou freins avez-vous déjà ressentis ou ressentez-vous ?
- D'après vous quelle est la place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant
- Lors d'un double suivi par pédiatre et médecin généraliste, quel est votre positionnement ?
- Concernant le soutien et aide/ guidage à la parentalité / éducation thérapeutique des parents quels sont vos ressentis ?
- Quel est votre ressenti de la relation parents - enfants- médecin ?
- Avez vous des aides / aménagements au cabinet pour faciliter le suivi pédiatrique ?

- Si vous avez des enfants, comment votre pratique a-t-elle changé depuis?
- Quel est votre avis global sur le suivi de l'enfant en France ?
- Que pensez-vous du consentement de l'enfant / autonomisation de l'enfant dans la consultation ?
- Dans quel cas pensez-vous que les visites à domicile pour un enfant soient pertinentes ?

C/ recueils socio-démographique

- sexe
- âge
- lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain)
- installé/ remplaçant / salarié
- cabinet/ MSP
- statut universitaire (MSU, tuteur...)
- formations complémentaires

Annexe 4 : Guide d'entretiens semi-dirigés - version 2

A/ Présentation de la thèse

- présentation personnelle : Clara Rothmann, médecin généraliste remplaçant
- thèse : **Suivi médical de l'enfant en médecine générale ambulatoire**

question de recherche NON ANNONCÉE :

Quels sont les freins et difficultés ressentis par les médecins généralistes lors du suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans en ambulatoire?

Objectif : identifier les difficultés, élaborer des axes d'amélioration, revaloriser le rôle du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant

Etude qualitative

- obtention du consentement après information
 - participation facultative
 - entretiens confidentiels, enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits de manière anonyme.
 - L'enregistrement sera détruit à l'issue de ma soutenance de thèse.
 - Vous avez droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les données vous concernant.
 - Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Remerciement !!!

C/ recueils socio-démographique

sexe	
âge	
lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain)	
installé/ remplaçant / salarié	
cabinet/ MSP	
statut universitaire (MSU, tuteur...)	
formations complémentaires	

B/ thèmes / questions

- Présentation sans briser l'anonymat
- Suivre un enfant, qu'est ce que ça veut dire pour vous ?
relance : lorsque perdu de vue ?
- Quelle est votre expérience dans ce domaine ?
Avez-vous des formations particulières dans ce domaine? Que pensez-vous de votre formation initiale en pédiatrie ?
relance : formations utiles ? adaptées aux MG ?
- Quel est votre avis global sur le suivi de l'enfant en France ?
- Que pensez-vous du partage de suivi médical de l'enfant ?
relance : Lors d'un double suivi par pédiatre et médecin généraliste, quel est votre positionnement ?
- Concernant le soutien et aide/ guidage à la parentalité / éducation thérapeutique des parents quels sont vos ressentis ?
relance : lors des consultations aigus : comment intégrez- vous la prévention/ dépistage ?
- Quel est votre ressenti de la relation parents - enfants- médecin ?
- Si vous avez des enfants, comment votre pratique a-t-elle changé depuis?
- Avez vous des aides / aménagements au cabinet pour faciliter le suivi pédiatrique ?
relance : matériel ? planning ?
- Que pensez-vous du consentement de l'enfant / autonomisation de l'enfant dans la consultation ?
- Dans quel cas pensez-vous que les visites à domicile pour un enfant soient pertinentes ?
- Quelle tranche d'âge vous met le plus en difficulté ?
- Qu'est ce qui vous met le plus en difficulté ? Quelles aides ?
relance : et sur la tranche d'âge 3-10 ans ? consultation multi motif ?

- D'après vous quelle est la place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant ?
/ En quoi être spécialiste en médecine généraliste est elle pour un frein ou un plus pour réaliser le suivi médical de l'enfant?

Annexe 5 : Guide d'entretiens semi-dirigés - version finale

A/ Présentation de la thèse

présentation personnelle : Clara Rothmann, médecin généraliste remplaçant

thèse : **Suivi médical de l'enfant 3 -10 ans en médecine générale ambulatoire**

question de recherche NON ANNONCÉE :

Quels sont les freins et difficultés ressentis par les médecins généralistes lors du suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans en ambulatoire?

Objectif :

- identifier les difficultés
 - élaborer des axes d'amélioration
 - réfléchir à des solutions/ ressources
 - revaloriser le rôle du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant
- obtention du consentement après information
- participation facultative
 - entretiens confidentiels, enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits de manière anonyme.
 - L'enregistrement sera détruit à l'issue de ma soutenance de thèse.
 - Vous avez droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les données vous concernant.
 - Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Remerciement !!!

C/ recueils socio-démographique

sexe	
âge	
lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain)	
installé/ remplaçant / salarié	
cabinet/ MSP	
statut universitaire (MSU, tuteur...)	
formations complémentaires	

B/ thèmes / questions

- Présentation sans briser l'anonymat
- Suivre un enfant, qu'est ce que ça veut dire pour vous ?
relance : est ce suffisant ? lorsque perdu de vue ?
à quelle fréquence serait-il optimal de voir un enfant (hors pb aigu) ?
- Quelle est votre expérience dans ce domaine ?
Avez-vous des formations particulières dans ce domaine? quel est votre avis sur la formation initiale ?
relance : formations utiles ? adaptées aux MG ?
- Quel est votre avis global sur le suivi de l'enfant en France ?
relance : **concernant les 3 -10 ans ?**
Quelles pistes d'amélioration ?
- Que pensez-vous du partage de suivi médical de l'enfant ?
relance : Lors d'un double suivi par pédiatre et médecin généraliste, quel est votre positionnement ? **travail en équipe/ réseau ? difficulté ?**
- Concernant le soutien et aide/ guidage à la parentalité / éducation thérapeutique des parents quels sont vos ressentis ?
relance : lors des consultations aigus : comment intégrez- vous la prévention/ dépistage ?
écran ? maltraitance / négligence ?
- Quel est votre ressenti de la relation parents - enfants- médecin ?
évolution des familles ? et quand ce ne sont pas les parents ?
- Si vous avez des enfants, comment votre pratique a-t-elle changé depuis?
soignez vous vos enfants ?
- Avez vous des aides / aménagements au cabinet pour faciliter le suivi pédiatrique ?
relance : matériel ? planning ?
- Que pensez-vous du consentement de l'enfant / autonomisation de l'enfant dans la consultation ?
comment les mettez vous + à l'aise
- *Dans quel cas pensez-vous que les visites à domicile pour un enfant soient pertinentes ?*
- Quelle tranche d'âge vous met le plus en difficulté ?
quelles ressources ? solutions ?
- Qu'est ce qui vous met le plus en difficulté ? Quelles aides ?
relance : et sur la tranche d'âge 3-10 ans ?
- Sur quelles axes de prévention avez vous votre PEC ? **obésité, écran, TND, psy, trouble de l'apprentissage, sensoriel ...**
- D'après vous quelle est la place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant ?
/ En quoi être spécialiste en médecine généraliste est elle pour un frein ou un plus pour réaliser le suivi médical de l'enfant?

Annexe 6 : Journal de bord

Juin 2022 : rencontre avec le directeur de thèse Dr Vincent Couvreur

Je lui partage mon souhait de réaliser un travail sur une thématique pédiatrique.

Piste de réflexion sur la thématique:

- ressenti des médecins généralistes concernant abord/accueil de l'enfant de XX ans en cabinet
- évaluation de l' environnement du cabinet : organisation et aménagement logistique
- quelle tranche d'âge ?
- Consentement de l'enfant ? Point délicat à aborder en consultation (harcèlement, maltraitance ? ...)
- relation/ confiance des parents ? relation MG / patient ?

Juillet - Août 2022 :

Nous affinons le sujet et la question de recherche :

- Enfant de 3 à 10 ans car < 2 ans sujet déjà plus étudié
- évaluation lors de la PEC hors pathologies aiguës donc plutôt lors suivi médical (prévention, dépistage..)
- objectif : élaborer un guide ressource pour les MG???

Population étudiée : MG des HDF

Recherche bibliographique.

Septembre 2022: Détermination de la question de recherche et méthode

Question : Evaluation des freins et difficulté ressentis par les MG dans le cadre du suivi de l'enfant de 3-10 ans ?

Finalement l'idée du guide est laissée de côté car ce n'est pas le contenu des items du suivi que nous évaluons.

Méthodologie : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

Les contours de ce travail se précisent.

Octobre 2022 : Focus group lors d'un groupe qualité de médecins généralistes du cambrésis pour aider à l'élaboration du guide d'entretien.

Je suis très stressée mais le focus groupe valide le fait qu'il y ait beaucoup de choses à dire sur mon sujet.

Novembre-décembre 2022: Elaboration de la fiche de thèse et du guide d'entretien

> Guide d'entretien : évolutif, d'environ 30 minutes, avec questions ouvertes + question de relance.

> Recrutement des MG par échantillonnage : recherche de profils différents, différentes pratiques, Homme, femme, différents âges.

Février 2023 : Acceptation de la fiche de thèse par le DMG

Je suis soulagée et je peux me projeter plus concrètement.

Je traverse une période personnelle difficile, j'attends la fin de mon semestre et mon internat pour m'investir dans ma thèse

Mars 2023 :

Réflexion sur le jury de thèse : PU de pédiatrie ?

Mission : rechercher quelqu'un pour la triangulation des données

Déclaration éthique DPO à faire.

Avril 2023 : Début du recrutement des participants.

Ça prend du temps et j'ai beaucoup de réponses négatives.

Mai 2023 : 1ers entretiens individuels (M1 et M2).

Je me sens motivée et enthousiaste.

Juin 2023 - Septembre 2023:

Recrutement, réalisation d'entretiens puis retranscription dans leur intégralité.

Réécriture et adaptation du guide d'entretien.

Octobre 2023 - Décembre 2023: Démotivation, difficulté à me libérer du temps pour travailler la thèse occupée par mes premiers remplacements.

Janvier 2024 : Analyse des premiers entretiens : étiquettes expérientielles puis propriétés et catégories. Je tâtonne au début puis après quelques analyses je commence à voir se dégager de grands axes.

Février 2024 :

Jury de thèse en cours d'élaboration.

Poursuite des entretiens et de leur analyse.

Réadaptation du guide d'entretien.

Mars 2024 :

Contact bureau des thèses pour date de soutenance.

Jury : 3 membres / 4.

Début de triangulation des données avec Thibault.

Début de réflexion sur le codage axial : liens et interactions entre les catégories.

Avril - Juin 2024 :

Réalisation des derniers entretiens M10 et M11. Saturation des données.

Début de réflexions sur les limites du travail : participants jeunes et MSU.

Ébauche de modélisation: c'est un premier jet, je n'ai pas fini mon recueil de données, ça va évoluer.

Jury 4/4

Date fixée au 17 octobre 2024 !

Juillet 2024 :

Rédaction introduction et méthode.

Élaboration de la modélisation. Je suis un peu perdue, j'ai beaucoup de données et se dégagent des interactions mais il est complexe de tout synthétiser.

Août 2024 :

Rédaction des résultats, discussion et conclusion.

Mise en place des annexes.

Relecture du manuscrit par plusieurs personnes.

Annexe 7 : Déclaration DPO



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais:

dpo@univ-lille.fr **Responsable du traitement**

Nom : Université de Lille SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez Code NAF : 8542Z 590000 - LILLE Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Difficultés des médecins généralistes lors du suivi médical de l'enfant (3 - 10 ans)
Référence Registre DPO : 2023-089
Responsable scientifique : M.Vincent COUVREUR Interlocuteur : Mme Clara ROTHMANN

Fait à Lille, Jean-Luc TESSIER Le 17 mai 2023 Délégué à la Protection des Données

Direction Données personnelles et archives 42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

Annexe 8 : Grille COREQ

Grille COREQ – traduction française des lignes directrices COREQ (43)

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

Enquêteur/animateur	Clara ROTHMANN	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Titres académiques	Validation du 3 ^{em} cycle des études médicales	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
Activité	médecin remplaçant non thésé	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
Genre	Femme	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
Expérience et formation	Initiation à la recherche qualitative	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Relations avec les participants

Relation antérieure	connaissances, inconnus	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
Connaissances des participants au sujet	étudiant en médecine générale réalisant une thèse sur le suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans par les médecins généralistes en ambulatoire	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?
Caractéristiques de l'enquêteur	étudiant en médecine générale	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

Orientation méthodologique et théorie	analyse par théorisation ancrée	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
---------------------------------------	---------------------------------	--

Sélection des participants

Echantillonnage	Échantillonnage raisonné théorique par effet boule de neige	Comment ont été sélectionnés les participants ?
Prise de contact	téléphone, courriel	Comment ont été contactés les participants ?
Taille de l'échantillon	onze participants	Combien de participants ont été inclus dans

		l'étude ?
Non-participation	Trois, manque de disponibilité	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte

Cadre de la collecte des données	lieu de travail, domicile pour un participant	Où les données ont-elles été recueillies ?
Présence de non-participants	externe en médecine pour le premier entretien, assistante médicale pour le 11em	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
Description de l'échantillon	genre, âge, lieu d'installation, mode d'exercice, expériences non libérales, statut universitaire de maître de stage (MSU), formations complémentaires	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?

Recueil des données

Guide d'entretien	Oui	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
Entretien répétés	Non	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
Enregistrement audio/visuel	Audio	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
Cahier de terrain	Oui	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Durée	34 min et 45 sec en moyenne	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Seuil de saturation	Oui	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
Retour des retranscriptions	Non	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

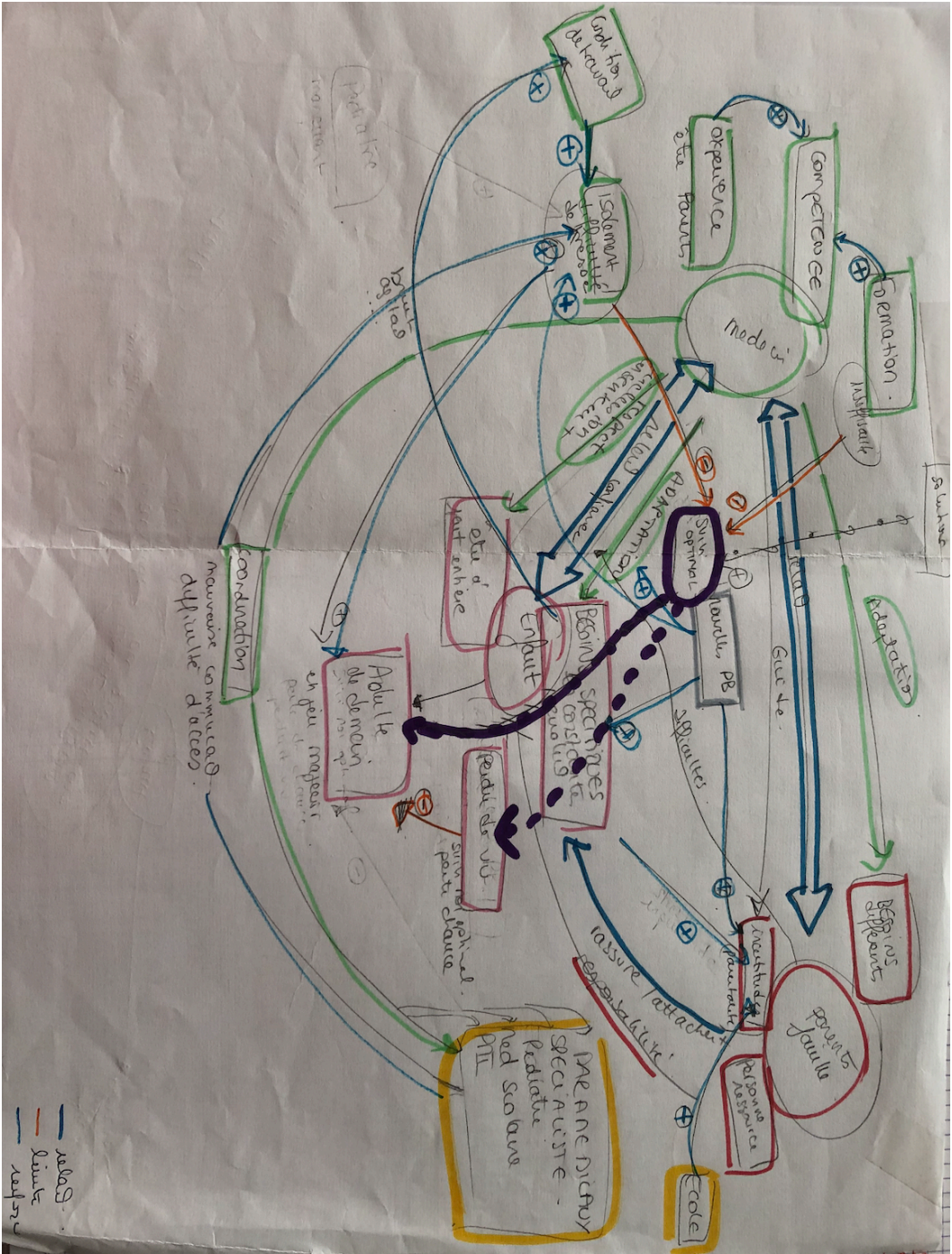
Nombre de personnes codant les données	par l'auteur puis triangulation par un médecin généraliste doctorant	Combien de personnes ont codé les données ?
--	--	---

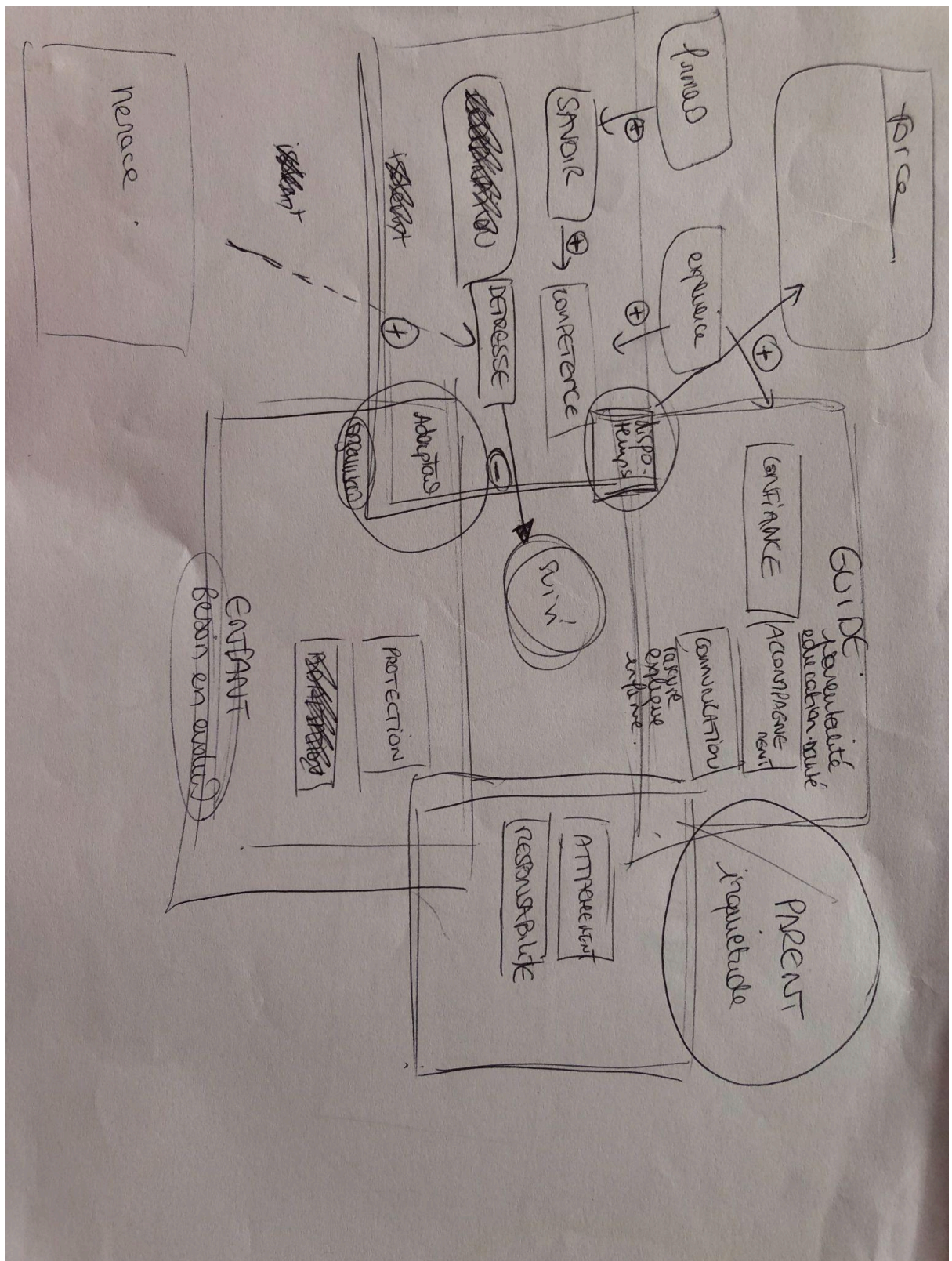
Description de l'arbre de codage	Oui par modélisation	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
Détermination des thèmes	Déterminés à partir des données	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
Logiciel	transcription manuel avec google doc	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
Vérification par les participants	Non	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Rédaction

Citations présentées	Oui	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?
Cohérence des données et des résultats	Oui	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
Clarté des thèmes principaux	Oui	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
Clarté des thèmes secondaires	Oui	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 9 : Evolution du codage axial et de la modélisation





AUTEURE : Nom : ROTHMANN

Prénom : Clara

Date de soutenance : 17 octobre 2024

Titre de la thèse : Evaluation des freins et difficultés ressentis par les médecins généralistes des Hauts-de-France lors de la réalisation du suivi médical de l'enfant de 3 à 10 ans en cabinet : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : médecine générale; santé de l'enfant; pédiatrie; prévention; suivi pédiatrique; dépistage; coordination.

Résumé :

Contexte : Le suivi médical de l'enfant est un enjeu de santé publique. Sa réalisation est hétérogène et irrégulière en médecine générale. L'objectif de cette étude est d'évaluer les freins et difficultés ressentis par les médecins généralistes exerçant en ambulatoire lors du suivi des enfants de 3 à 10 ans.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés dans les Hauts-de-France entre mai 2023 et juin 2024 auprès de onze médecins généralistes. Analyse par théorisation ancrée avec triangulation des données. Les onze entretiens ont permis d'obtenir une saturation des données puis d'élaborer un modèle explicatif.

Résultats: Le médecin généraliste possède une place centrale dans le suivi des enfants grâce à ses compétences, sa proximité et sa disponibilité. Le suivi des enfants est ressenti comme lourd et chronophage exigeant des capacités d'adaptation chez des praticiens déjà affligés. L'organisation des soins pédiatriques semble non efficiente. Les patients de 3 à 10 ans échappent trop souvent aux soins préventifs. L'accompagnement des familles dans la parentalité est un élément non négligeable de la complexité du suivi de l'enfant.

Conclusion: L'enjeu du suivi médical de l'enfant doit être le moteur d'élaboration de solutions pour pallier une exécution et organisation trop frêles mettant en péril l'état de santé des adultes de demain. Une meilleure collaboration entre professionnels de santé est nécessaire, tout comme la valorisation des compétences des médecins généralistes dans ce domaine. La formation pédiatrique doit s'adapter. Enfin, il est indispensable de trouver des solutions pour optimiser la régularité des consultations pédiatriques chez le généraliste.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François DUBOS

**Assesseurs : Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS
Monsieur le Docteur Charles CAUET**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR