

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 novembre 2020

Par Samira EL YAMANI CHIGUER

Née le 27 novembre 1989 à Limoges

Critères de choix des parents pour le praticien assurant le suivi médical régulier de leurs enfants de moins de 6 ans

Thèse dirigée par Marie-Paule PAUTOUT GUILLAUME

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Vincent GUIGONIS

M. le Professeur Bertrand OLLIAC

Présidente

Juge

Juge



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 novembre 2020

Par Samira EL YAMANI CHIGUER

Née le 27 novembre 1989 à Limoges

Critères de choix des parents pour le médecin assurant le suivi médical régulier de leurs enfants de moins de 6 ans

Thèse dirigée par Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Vincent GUIGONIS

M. le Professeur Bertrand OLLIAC

Présidente

Juge

Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BEN AHMED Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LERAT Justine

O.R.L.

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)

LAUCHET Nadège (du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2018 au 31.08.2020

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2021

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2020

TREVES Richard du 01-09-2019 au 31-08-2021

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2020

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2019 au 31.08.2020

VIROT Patrice du 01.09.2019 au 31.08.2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIAHI Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MATHIEU Pierre-Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE

À mes enfants, Safia et Wahil.

Lorsque tu sèmes le bonheur dans le cœur d'une personne, viendra un jour où quelqu'un le sèmera dans ton cœur. Car la vie te rend ce que tu lui offres. Et ce que tu sèmes aujourd'hui, tu le récolteras demain.

Cheikh Al Ma'asrawi

Remerciements

À Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider mon jury de thèse. Merci de votre investissement dans la formation des médecins généralistes ainsi que dans la reconnaissance de l'enseignement en médecine générale.

À Monsieur le Professeur Vincent GUIGONIS,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance pour votre enseignement en cinquième année de médecine ainsi que pour votre encadrement lors de mon stage en pédiatrie. Votre œil de pédiatre hospitalier apportera un autre regard sur la coordination entre professionnels de la santé de l'enfant.

À Monsieur le Professeur Bertrand OLLIAC,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de juger mon travail. Votre expérience dans la prise en charge des enfants, et cela en collaboration avec d'autres acteurs de santé, permettra d'apporter un autre éclairage à ce travail. Je tiens à vous témoigner de mes sentiments les plus respectueux et de ma profonde considération.

À Madame le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME,

Je tenais à vous remercier d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, de m'avoir accompagnée et guidée tout au long de l'élaboration de celle-ci et de m'avoir encadrée lors de ce long cursus que sont les études de médecine en tant que tutorée et stagiaire. Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et vos précieux conseils.

À Madame le Docteur Karen RUDELLE,

Merci pour ton aide précieuse concernant les statistiques, ton investissement et ta disponibilité.

À tous les médecins généralistes ou hospitaliers, avec qui j'ai eu l'honneur de travailler, Merci de m'avoir transmis et d'avoir partagé avec moi vos connaissances et votre savoir-faire.

Merci à tous les parents qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et ont ainsi pu rendre ce travail concret.

À toutes celles et à tous ceux qui ont pris la peine de diffuser mon questionnaire, je pense notamment à Amel, Firdaws Nour, Florent, les directeurs et directrices de crèches, ... un grand merci.

À ma famille, mon socle, mon pilier.

À toi, Morad, mon double, ma moitié, merci d'être là au quotidien, de me soutenir et de me supporter. Merci pour ton aide concernant Excel, c'était ma bête noire lors de la rédaction de cette thèse mais grâce à toi j'en suis sortie en ayant appris ! Tu as finalement été là depuis le début de ces études et tu en vois l'achèvement après ces nombreuses années, et surtout après ces moments de joie et de rires mais aussi parfois de doute et de difficultés alors encore merci pour tout. Je souhaite que ces prochaines années soit encore synonyme de bonheur pour nous. Je t'aime !

À toi, Safia, ma petite chérie, ma princesse, ma première réussite, la prunelle de mes yeux ! Tu m'as appris à être maman et à ne penser qu'au bien être de mes bébés. Je te souhaite les plus belles choses dans cette vie, ne changes pas, tu es une merveilleuse petite fille si douce et généreuse. Je t'aime très fort.

À mon éternel petit bébé Wahil, « bibiya », mon trésor, « ma sangsue » ! Tu es celui qui m'a appris à ne pas abandonner, à toujours aller au-delà et plus encore. J'espère que ta vie sera aussi douce que tu as rendu la mienne ainsi. Maman t'aime très fort.

À mes parents, mon plus bel exemple dans la vie. Je ne pourrais jamais vous rendre ce que vous m'avez apporté et donné mais si vous saviez à quel point je vous aime.

À Mama, toi si courageuse et vaillante et pourtant si généreuse et patiente. Tu es un modèle de force face à l'adversité de la vie. Tu m'as enseigné les plus beaux traits de caractère qu'une personne peut avoir, il ne me reste plus qu'à les suivre et à les transmettre moi-même à mes enfants. Ton amour m'est essentiel au quotidien et j'espère que tu es fière de ta fille. Ta maladie a été la plus grande épreuve de ma vie mais ta guérison a été une de mes plus grandes joies, Al Hamdulillah.

À Papa, « 3amami », le premier homme de ma vie. Celui qui m'a vu grandir et dont les yeux ont toujours été emplis d'une grande fierté, je ne saurais te dire à quel point je t'aime. J'aimerais que les moments que tu vis actuellement te soient plus facile à vivre.

À mes frères, que j'aime tant.

À Saïd, merci pour l'amour et la bienveillance que tu me portes depuis toutes ces années, à ta manière, même si tu ne le dis pas, je sais que tu es fière de ta petite sœur.

À Majid, mon grand frère nounours, j'espère que tu es fière de la femme que je suis devenue, ta « petite Samoura » a pris son envol. Suis-je toujours « Lisa » ou ai-je tracé ma propre voie ?

À Mounir, ton « investissement à long terme » va bientôt prendre fin et tu vas enfin pouvoir recevoir tes « dividendes » ... Je te remercie de m'avoir guidé et de nous avoir montré que le chemin des études n'est pas seulement parsemé d'embûches et de difficultés mais qu'au contraire le travail paie toujours.

À Omar, merci pour ta gentillesse. Je te souhaite de vivre de belles choses dans ta vie. Et saches que nous serons toujours là pour toi.

À mes sœurs, que je chéris profondément.

À Aïcha, plus qu'une sœur, tu as été comme une jeune maman. Tu as toujours été là pour nous et j'espère que je pourrais te rendre la pareille. Merci pour ton amour et ta bienveillance.

À Nadia, j'espère que la vie t'apportera ce que tu espères.

À Gigi, Grizzli, Ghislane, je ne sais combien de surnoms j'ai dû te donner dans ta vie mais une chose est sûre tu restes celle qui a partagé le plus de choses avec moi, du bon et du moins bon. Et oui, on a ri, on a pleuré ensemble, on a débattu et on s'est aussi beaucoup disputé mais je me rappellerais surtout cette complicité, je souhaite que nos enfants vivent la même chose. Merci de ton soutien et merci pour la relecture de cette thèse, tes élèves ont la chance de t'avoir comme professeure des écoles, je suis fière de la femme que tu es devenue.

À mes belles-sœurs : Bahia, Halima et Ibtissam. Vous m'avez toutes appris quelque chose à votre façon, le sens de la famille et l'importance qu'elle a à mes yeux. Merci à vous.

À mon unique beau-frère Moncef, le résistant. Merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur.

Une pensée spéciale pour **Lara** et **Sophia**, j'espère que vous aimerez autant la médecine qu'elle est devenue une partie de moi. Je vous souhaite beaucoup de courage et surtout beaucoup de réussite pour la suite mais je ne doute pas de vous.

Une autre pensée pour « **Sousou** », j'espère que tu trouveras ta place dans le monde de la pharmacie commerciale et merci pour ta « supervision » pour l'impression de ce travail.

À toutes mes nièces et à tous mes neveux : Sulliman, Sanah, Wassim, Othmane, Lara, Samya, Nora, Adel, Kaotar, Imane, Yassine, Ziad, Salim, Nassim, Aliyah et Shaheed, je vous souhaite les plus belles choses que la vie puisse vous offrir mais n'oubliez jamais l'essentiel : soyez bons et vous avancerez de la meilleure des façons.

À mes grands-parents, vous n'êtes malheureusement plus là pour me voir aujourd'hui mais j'espère que vous seriez fiers de moi.

À ma belle-famille, merci de m'avoir accepté comme votre fille et sœur.

À mes beaux-parents, vous êtes mes premiers patients, je vous souhaite la guérison dans les petits et grands maux de la vie. Je ferais en sorte que vous aussi, vous soyez fiers de moi.

À Fouzia, Amel et Nadia, merci pour votre soutien.

À Amir et Jasmine, je vous souhaite le bonheur et la réussite.

À mes cousines et à mes cousins, merci pour cette si belle enfance.

À tous ceux que j'oublie.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Abréviations

ASALEE : Actions de Santé Libérale En Équipe

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAF : Caisse d'Allocations Familiale

CAMSP : Centre d'Action Médicosociale Précoce

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CMP : Centre Médicopsychologique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DMP : Dossier Médical Personnalisé

DPC : Développement Personnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECN : Épreuves Classantes Nationales

FMC : Formation Médicale Continue

GNE : Groupe National d'Experts

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MG : Médecin Généraliste

OCDE : Organisation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SFP : Société Française de Pédiatrie

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières

Introduction	25
I. Généralités	26
I.1. Définitions	26
I.1.1. Médecine générale	26
I.1.2. Pédiatrie	28
I.1.3. PMI	29
I.1.4. Parcours de soins	30
I.2. Démographie médicale	31
I.2.1. Effectif des médecins en activité régulière	31
I.2.2. Densités régionales	32
I.3. Comparaison des soins pédiatriques ambulatoires en France et dans le monde	35
I.3.1. Modèles existants	35
I.3.2. En Europe	37
I.3.2.1. Allemagne	37
I.3.2.2. Italie	37
I.3.2.3. Espagne	38
I.3.2.4. Royaume-Uni	39
I.3.3. Dans le reste du monde	40
I.3.3.1. États-Unis	40
I.3.3.2. Canada	41
II. Matériel et méthodes	42
II.1. Type d'étude	42
II.2. Objectifs	42
II.3. Estimation du nombre de sujets nécessaire	42
II.4. Période d'enquête	42
II.5. Recueil des données	42
II.6. Critères d'inclusion/d'exclusion	43
II.7. Contrôle qualité	43
II.8. Analyse statistique	44
III. Résultats	45
III.1. Description de la population	45
III.1.1. Données sociodémographiques	45
III.1.1.1. Âge des enfants	45
III.1.1.2. Sexe des enfants	46
III.1.1.3. Âge des parents	46
Père	46
Mère	47
III.1.1.4. Catégories socio-professionnelles des parents	47
Père	47
Mère	48
III.1.1.5. Lieu de résidence	49
III.1.1.6. Nombre d'enfants par famille	50
III.1.2. État de santé de l'enfant	50
III.1.2.1. Prématurité	50
III.1.2.2. Maladie chronique	51

III.1.2.3. Complications de la grossesse.....	52
III.1.2.4. Complications de l'accouchement.....	52
III.1.3. Suivi médical régulier.....	53
III.1.3.1. Médecin choisi pour le suivi habituel.....	53
III.1.3.2. Nombre de consultations ces douze derniers mois.....	53
III.1.3.3. Temps de trajet moyen.....	54
III.1.3.4. Suivi des parents étant enfants.....	54
III.1.3.5. Recommandations à la sortie de la maternité.....	55
III.2. Critères de choix du médecin.....	56
III.3. Déterminants intervenant dans le choix du médecin.....	57
III.3.1. En fonction de l'âge des enfants.....	57
III.3.2. En fonction de l'âge des parents (père/mère).....	57
III.3.3. En fonction de la catégorie socio-professionnelle (père/mère).....	58
III.3.4. En fonction du lieu de résidence.....	59
III.3.5. En fonction du nombre d'enfants au domicile.....	59
III.3.6. En fonction de la prématurité.....	60
III.3.7. En fonction de la présence d'une maladie chronique.....	60
III.3.8. En fonction d'une pathologie découverte pendant la grossesse.....	61
III.3.9. En fonction de l'existence de complications lors de l'accouchement ou non.....	61
III.3.10. En fonction du nombre de consultations ces douze derniers mois.....	62
III.3.11. En fonction du temps pour se rendre chez ce médecin.....	62
III.3.12. En fonction du suivi médical des parents étant eux-mêmes enfants (père/mère)	63
III.4. Ressenti des parents.....	64
III.4.1. Relation médecine générale/pédiatrie.....	64
III.4.2. Inquiétude quant à la diminution du nombre de pédiatres libéraux.....	65
III.5. Commentaires généraux.....	65
IV. Discussion.....	66
IV.1. Forces et limites de l'étude - validité interne.....	66
IV.1.1. Points forts.....	66
IV.1.2. Points faibles.....	67
IV.1.2.1. Biais.....	67
IV.2. Discussion des résultats - validité externe.....	67
IV.2.1. Analyse des caractéristiques sociodémographiques.....	67
IV.2.1.1. Analyse des caractéristiques des enfants recrutés.....	67
IV.2.1.2. Analyse des caractéristiques des parents recrutés.....	68
IV.2.1.3. Analyse des critères de choix des parents pour le choix du praticien.....	72
IV.2.1.4. Analyse du ressenti des parents.....	73
IV.2.1.4.1. Sur la relation médecin généraliste/pédiatre.....	73
IV.2.1.4.2. Sur la diminution du nombre de pédiatres libéraux.....	74
IV.3. Suivi régulier par un médecin de PMI.....	74
IV.4. Propositions pour optimiser le suivi de l'enfant.....	75
IV.4.1. Augmenter la disponibilité et la répartition des pédiatres libéraux.....	75
IV.4.1.1. Augmentation du recrutement et du nombre de postes offerts en pédiatrie.....	75
IV.4.1.2. Revalorisation de la pédiatrie libérale.....	77
IV.4.1.3. Améliorer la répartition géographique.....	78
IV.4.2. Renforcer la formation des médecins généralistes.....	78
IV.4.3. Améliorer les relations entre les différents acteurs de soins.....	79

IV.4.4. Utiliser les outils informatiques et les nouvelles techniques disponibles.....	80
IV.4.5. Renforcer les parcours de soins.....	81
IV.4.6. Rendre la PMI plus attractive et lui redonner un vrai rôle.....	81
Conclusion	84
Références bibliographiques.....	86
Annexes	90
Serment d'Hippocrate	109

Table des illustrations

Figure 1 : Définition européenne de la Médecine de famille selon la WONCA.....	27
Figure 2 : Marguerite des compétences du médecin généraliste	28
Figure 3 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues).....	31
Figure 4 : Carte des densités par régions des médecins généralistes en 2018	32
Figure 5 : Densité par régions des pédiatres en 2018	33
Figure 6 : Densité départementale des effectifs de l'action médico-sociale en 2017	34
Figure 7 : Modèles de systèmes de soins primaires pédiatriques en Europe, 2017.....	36
Figure 8 : Parcours de soin au Royaume-Uni	40
Figure 9 : Répartition des enfants de l'échantillon selon la tranche d'âge	45
Figure 10 : Répartition des enfants de l'échantillon selon le sexe	46
Figure 11 : Répartition des pères de l'échantillon selon la tranche d'âge	46
Figure 12 : Répartition des mères de l'échantillon selon la tranche d'âge	47
Figure 13 : Répartition des pères de l'échantillon selon la catégorie socio-professionnelle ..	48
Figure 14 : Répartition des mères de l'échantillon selon la catégorie socio-professionnelle .	48
Figure 15 : Répartition de l'échantillon selon le lieu de vie	49
Figure 16 : Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfants dans le foyer	50
Figure 17 : Répartition selon si l'enfant est prématuré ou non.....	50
Figure 18 : Répartition selon si l'enfant est porteur d'une maladie chronique ou non.....	51
Figure 19 : Type et répartition des maladies chroniques	51
Figure 20 : Répartition des ménages selon l'existence de complications lors de la grossesse	52
Figure 21 : Répartition de l'effectif considérant avoir eu un accouchement difficile ou non...	52
Figure 22 : Répartition de l'effectif en fonction du suivi médical habituel.....	53
Figure 23 : Répartition selon le nombre de consultations ces douze derniers mois	53
Figure 24 : Répartition selon le temps de trajet moyen.....	54
Figure 25 : Répartition des pères de l'échantillon selon leur suivi médical étant enfant.....	55
Figure 26 : Répartition des mères de l'échantillon selon leur suivi médical étant enfant.....	55
Figure 27 : Répartition en fonction du type de recommandations reçues à la sortie de la maternité	56
Figure 28 : Critères des parents pour choisir le médecin assurant le suivi régulier de leur enfant	56
Figure 29 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'âge de l'enfant	57

Figure 30 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'âge du père.....	57
Figure 31 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'âge de la mère	58
Figure 32 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de la CSP du père	58
Figure 33 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de la CSP de la mère	59
Figure 34 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du lieu de résidence	59
Figure 35 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du nombre d'enfants dans le foyer	60
Figure 36 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'existence d'une prématurité ou non	60
Figure 37 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'existence d'une maladie chronique ou non	61
Figure 38 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du type de pathologie découvert pendant la grossesse	61
Figure 39 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du type de complications lors de l'accouchement	62
Figure 40 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du nombre de consultations par an	62
Figure 41 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du temps de trajet pour s'y rendre.....	63
Figure 42 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du suivi médical du père étant enfant	63
Figure 43 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du suivi médical de la mère étant enfant	64
Figure 44 : Ressenti des parents quant à la relation entre la médecine générale et la pédiatrie en fonction du médecin choisi pour le suivi régulier de leur enfant.....	64
Figure 45 : Inquiétude des parents quant à la diminution du nombre de pédiatres libéraux en fonction du médecin choisi pour le suivi régulier de leur enfant.....	65

Table des tableaux

Tableau 1 : Nombre de médecins généralistes et de pédiatres de ville en Europe et outre-Atlantique en 2017	37
Tableau 2 : Nombre de postes offerts en médecine générale et en pédiatrie jusqu'en 2024.....	76

Introduction

Selon l'INSEE, au 1^{er} Janvier 2020, les enfants de moins de 6 ans représentaient près de 8% de la population de notre pays, et plus globalement, les jeunes de moins de 20 ans représentaient environ un quart de la population générale. (1)

Il est donc primordial de préserver leur capital santé car cela conditionnera la situation sanitaire, économique et sociale de demain. En effet, la bonne prise en charge de la santé de l'enfant impactera celle du futur adulte en devenir. Les différents gouvernements politiques qui se sont succédé se sont toujours attelés à réformer notre système de santé avec pour but principal d'améliorer les conditions de prise en charge de l'individu et de la communauté.

Cette prise en charge s'inscrit dans le long terme : en passant du nourrisson à l'enfant, le médecin doit savoir repérer les problèmes inhérents et spécifiques à chaque étape de la vie. Une surveillance classique permet le suivi de la croissance et du développement qu'il soit physique, psychoaffectif ou neuro-développemental, la prévention des maladies avec le dépistage systématique d'anomalies sensorielles et la réalisation des vaccinations. S'ajoute à cela la prise en compte du milieu environnemental, social et familial qui fait du médecin chargé du suivi de l'enfant un acteur privilégié pour le repérage des situations à risque.

C'est aussi pour cela que l'OMS a fait de la santé et du développement des enfants et des adolescents une priorité absolue.

Les indicateurs sanitaires mesurés permettent de comparer les pays en matière d'offre de soins, par exemple, le nombre de médecins pour 1000 habitants classe la France à la 14^{ème} position des pays de l'OCDE derrière l'Allemagne ou encore l'Italie avec un nombre de 3,4 médecins pour 1000 habitants en 2018. (2)

Cependant, notre pays reste en retard sur le plan de la santé de l'enfant, comme le montrent les résultats du Bilan INNOCENTI de l'UNICEF réalisé en 2017 qui place la France en 19^{ème} position parmi les 41 pays de l'Union Européenne et de l'OCDE. La série des Bilans INNOCENTI vise à suivre et à comparer la capacité des pays économiquement avancés à garantir le droit de leurs enfants. Ce bilan propose une évaluation du bien-être des enfants dans une perspective de développement durable. (3)

Les parents, qui sont donc les premiers acteurs de la santé de leur enfant, ont une totale liberté pour le choix du médecin qui assurera le suivi de leur enfant.

Cependant, l'offre de soins proposée actuellement pour le suivi médical régulier des enfants se révèle être une source de confusion importante pour les parents et n'est pas toujours égalitaire en fonction des différentes zones du territoire. En effet, notre système de santé met en jeu de multiples acteurs pour le suivi si particulier des enfants de moins de 6 ans, à savoir des médecins généralistes, des pédiatres, ainsi que des médecins de PMI.

L'objectif principal de notre étude a été de recueillir et d'analyser les différents critères de choix des parents pour la sélection du professionnel de santé assurant le suivi habituel et régulier de leur enfant de moins de 6 ans entre médecin généraliste, pédiatre et médecin de PMI.

Nous avons également cherché à savoir si ces choix étaient influencés par des données socio-économiques.

Dans une seconde partie, grâce aux données de notre étude, nous avons soumis des propositions afin d'améliorer le suivi de l'enfant et, ainsi, répondre aux attentes des parents.

I. Généralités

Tout d'abord, nous allons rappeler ici de façon synthétique les définitions et missions de chacun des médecins intervenant dans le suivi régulier des enfants de moins de 6 ans. Ensuite, nous ferons un état des lieux de la démographie médicale dans notre pays.

Puis dans un dernier temps, nous allons comparer les différents systèmes de soins pédiatriques primaires existants dans certains pays d'Europe et outre-Atlantique.

I.1. Définitions

I.1.1. Médecine générale

Depuis une trentaine d'années, la médecine générale a profondément évolué et elle a bénéficié d'une reconnaissance d'ordre mondiale.

On peut retrouver une des premières définitions données par le groupe de Leeuwenhorst en 1974, mais celle-ci était essentiellement centrée sur les activités professionnelles du médecin généraliste et non pas sur les principes fondamentaux de la discipline scientifique qu'est la médecine générale. (4)

Le médecin généraliste est aujourd'hui, du fait de son exercice spécifique de proximité et de terrain, le spécialiste de premier recours qui assure différentes fonctions, il est un véritable acteur de soins primaires au centre des réseaux sanitaires.

Cette notion de soins primaires définie par l'OMS lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, a ensuite été précisée en 1996 par l'American Institute of Medicine :

« Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté ». (5)(6)

La WONCA est une organisation mondiale représentant la médecine générale dans plus de 102 pays dont la France.

Lors de leur congrès de 2002, la WONCA a pu valider une définition consensuelle de la médecine générale. Celle-ci a été révisée en 2005 et légèrement modifiée en 2011 mais les principes fondamentaux sont restés les mêmes au fil du temps.

« Les médecins généralistes sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend

la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. » (7)

Les douze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles sont répertoriées dans la figure suivante qui reprend aussi les six compétences principales de la spécialité.

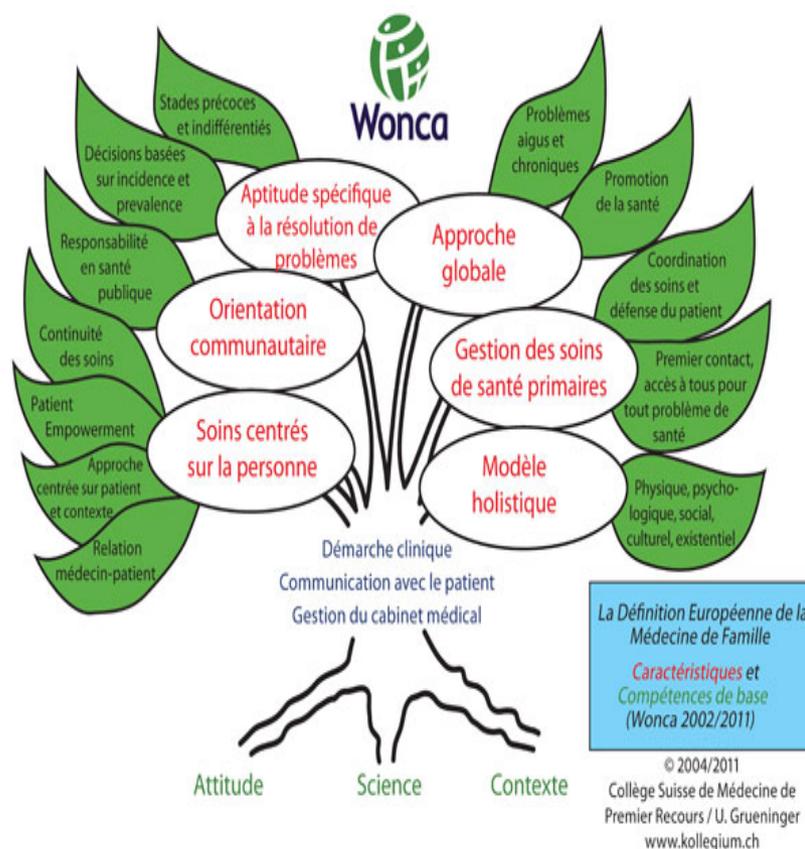


Figure 1 : Définition européenne de la Médecine de famille selon la WONCA

Source : Collège Suisse de Médecine de Premier Recours/U. Grüniger, www.kollegium.ch

La médecine générale n'est donc pas définie seulement comme une médecine des adultes, les soins prodigués aux enfants font aussi partie intégrante des fonctions des généralistes. C'est une spécialité médicale clinique reconnue comme telle depuis 2004 en France, les premiers médecins spécialistes en médecine générale sont diplômés en 2007. C'est une médecine qui a pour mission la prise en charge du patient, elle assure la synthèse, permet la

continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours et elle développe aussi une démarche de santé publique.

Un Groupe National d'Experts (GNE) réuni en 2009 en vue de décrire les compétences du médecin généraliste, leurs composantes, et de faire des hypothèses sur leur modèle de développement a abouti à la description de six compétences génériques transversales recouvrant l'ensemble des missions des médecins généralistes. Une représentation graphique a été proposée par un des membres du GNE, elle a été inspirée de la représentation *CanMeds* des compétences et dénommée « marguerite des compétences ». (8)

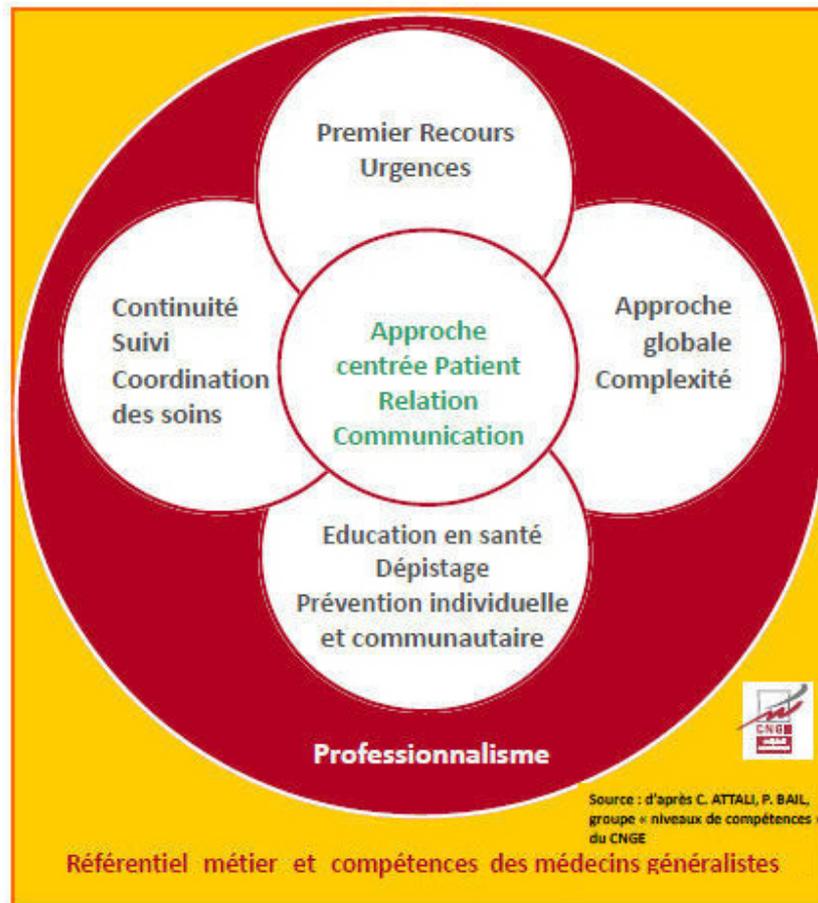


Figure 2 : Marguerite des compétences du médecin généraliste

Source : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. Groupe « niveaux de compétences » du CNGE

I.1.2. Pédiatrie

La pédiatrie est une spécialité de la médecine qui la distingue des autres de par sa spécificité, en effet, celle-ci s'attelle à l'étude du développement physiologique d'un enfant ainsi que de toute la pathologie s'y rapportant. Elle ne consiste pas seulement en l'étude particulière d'un organe ou d'un système biologique, mais il s'agit d'une médecine appliquée à une tranche d'âge, comme l'est aussi par exemple, la gériatrie.

L'enfant est défini, par l'article 1^{er} de la Convention relative aux droits de l'enfant, comme tout sujet ayant moins de 18 ans. (9)

C'est par la création d'un hôpital dédié aux soins des enfants que la pédiatrie fait son apparition en France. Le souci est de ne soigner que de jeunes patients, dans un même endroit et c'est ainsi qu'a vu le jour en 1802 le premier hôpital « des enfants de moins de 15 ans », actuel Hôpital Trousseau à Paris. Sur le plan médical, le regroupement en un même lieu des enfants malades présente un grand avantage car il favorise l'étude des pathologies de l'enfance.

C'est en 1872 que le mot « pédiatre » est créé et en 1878 que l'enseignement de la pédiatrie est officialisé en France. (10)

Dans notre pays, la mortalité infantile au 19^{ème} siècle et dans la première partie du 20^{ème} siècle était très élevée, avec un quart à un tiers des enfants qui mourraient dans leur première année de vie. La volonté première de diminuer cet indicateur de santé et d'améliorer les conditions sanitaires ont concouru au développement et à la création de la spécialité pédiatrique.

Pour les dirigeants de l'époque, il était nécessaire de remédier à ce problème, l'objectif premier étant de faire baisser le taux de mortalité infantile. Les famines, les épidémies des siècles passés ainsi que la guerre de 1870 ont participé à la diminution de la démographie française, en particulier dans le sous-groupe enfant. Dans le début du 20^{ème} siècle, le développement industriel était en plein essor, il était donc nécessaire que la population s'accroisse pour assurer une main d'œuvre suffisante. L'État a donc créé la « Protection de l'Enfance ». (11)

Le professeur Robert Debré crée le premier service de pédiatrie, avec du personnel infirmier et des soins spécifiques, distinct de la prise en charge des adultes. C'est le début de la pédiatrie moderne. La spécialité de pédiatrie est reconnue en 1947 par le premier concours d'agrégation.

On peut considérer aussi que la pédiatrie est, dans tous les pays, l'ensemble des actions ayant comme objectif primordial la santé de l'enfant aussi bien physique que morale dans son environnement global afin de l'amener à devenir un adulte le plus sain et épanoui possible, parfaitement intégré dans la société. La santé de l'adulte se prévoit et se construit dans le développement de l'enfant, elle est même conditionnée par la bonne prise en charge du bien-être de l'enfant.

Le pédiatre est le spécialiste de la santé de l'enfant. Il veille au bon développement physique, psychique, intellectuel, éducatif et affectif de ce futur adulte en devenir.

Le pédiatre est un médecin spécialiste, qui, à l'issue du deuxième cycle d'études de médecine, passe les épreuves de l'examen classant national, lui permettant ainsi d'accéder à l'internat. Le choix de la spécialité dépend des résultats et du rang de classement. L'interne s'inscrit alors dans un D.E.S. (Diplôme d'études spécialisées) de pédiatrie. A l'issue de ces onze années d'études, il deviendra « Docteur en médecine, spécialiste en pédiatrie ». (12)

Il existe, aujourd'hui, des surspécialités au sein-même de la spécialité pédiatrique. En effet, il est très fréquent de rencontrer des médecins spécialisés en neuro-pédiatrie, en cardiopédiatrie ou encore en néphrologie pédiatrique.

I.1.3. PMI

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) recouvre en France l'ensemble des mesures réglementaires et des moyens organisant le système de santé dans l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile et de promouvoir la santé de la famille.

Sa création remonte à l'ordonnance du 2 Novembre 1945, à la sortie de la deuxième guerre mondiale, pour faire face à l'importante mortalité infantile dont est victime la population française. (13)

Les centres de protection maternelle et infantile ont pour vocation d'accueillir, d'informer et de suivre médicalement de façon préventive les enfants de 0 à 6 ans, ainsi que les femmes enceintes. Ils ont un rôle de prévention mais également de protection. La prévention est au cœur de la mission de santé des centres de PMI qui assurent le suivi du développement de l'enfant (consultations médicales de suivi, vaccinations, visites à domicile de la puéricultrice en cas de besoin, bilans de santé des 3 à 4 ans en milieu scolaire, accueils parents/nouveau-né après la sortie de maternité, entretiens avec un psychologue) et organisent aussi des actions collectives au sein des centres (accueils parents-enfants ou assistant maternel-enfants, préparation à la naissance, rencontres des futurs parents, carrefours allaitement, etc...).

C'est depuis la loi 83-663 du 22 juillet 1983 que la direction et la surveillance des actions de protection maternelle et infantile ont été transférées aux conseils généraux, le service de PMI est dirigé par un médecin inspecteur départemental. (14)

Ce service comprend des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices, des infirmières, des conseillères conjugales et familiales et des psychologues.

Sa place est privilégiée dans le système de soins destiné à l'enfant puisqu'elle est facilement accessible, il n'y a pas de critères pour bénéficier d'une consultation ou d'un suivi. Elle garantit une gratuité des soins, elle dispense des actions à la fois individuelles et collectives.

Les services de PMI travaillent en réseau avec les établissements de soins, les professionnels libéraux, la Caisse d'Allocations familiales (CAF), la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les services de santé scolaire départementaux et communaux, les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les Centres médico-psychologique (CMP), le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE), les structures d'accueil petite enfance et le service social polyvalent. (15)

I.1.4. Parcours de soins

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant, choisi librement et désigné par le patient, les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. (16)

Initialement, ce parcours permettait une articulation des partenaires conventionnels autour du médecin traitant, pour tous les assurés et leurs ayants-droits de plus de seize ans. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, présentée par Marisol Touraine a élargi ce dispositif incluant désormais les individus âgés de moins de 16 ans par l'article 76. Il bénéficie donc à tous les patients indépendamment de leur âge.

Le médecin assurant cette fonction peut aussi bien être un médecin généraliste qu'un autre médecin spécialiste, dans notre cas, un pédiatre. Cela peut être un médecin exerçant en secteur libéral ou dans un établissement de santé. Toutefois, un médecin de PMI ne peut être choisi comme médecin traitant, ses missions étant essentiellement préventives.

I.2. Démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2018, la France recense 296 755 médecins inscrits au tableau soit 5781 de plus qu'en 2017 (+2%) et 35 377 de plus qu'en 2010 (+13,5%). Néanmoins, l'évolution des effectifs de médecins inscrits montre des différences départementales. (17)

I.2.1. Effectif des médecins en activité régulière

Au 1^{er} janvier 2018, le tableau de l'Ordre recense 198 081 médecins inscrits en activité régulière. (17)

En application des dispositions de l'article R 4127-85 du code de la santé publique, l'activité régulière détermine, comme lieu habituel d'exercice du médecin, sa résidence professionnelle, au titre de laquelle, il est inscrit sur le tableau du Conseil départemental conformément à l'article L 4112-1.

- Généralistes

Les données les plus récentes remontent à 2018, le tableau de l'Ordre recensait 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) ; soit une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0,4% depuis 2017. Ils représentent 44,3% des médecins.

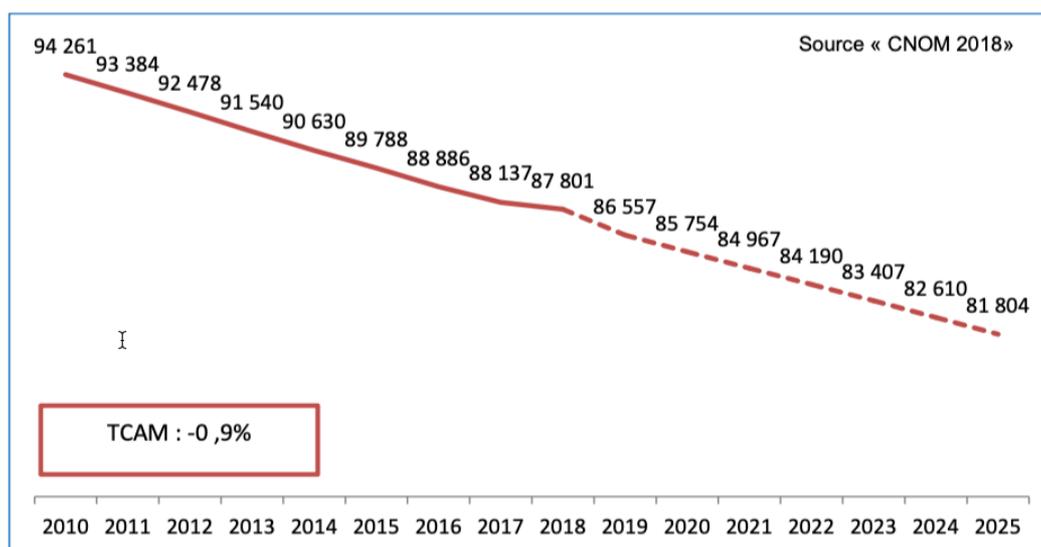


Figure 3 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)

Source : CNOM 2018

- Pédiatres

Au 1^{er} janvier 2018, on recense 8205 pédiatres dont 1805 libéraux. Ils représentent donc 4,1% des médecins. (18)

- Médecins de PMI

Le chiffre le plus récent était de 2610 en 2015. (19) C'est le dernier chiffre que nous avons pu trouver. Peu de recherches ou d'articles existent sur le sujet. Ce chiffre doit être amené à baisser dans les prochaines années selon une étude rapportant que les deux tiers des médecins de PMI atteindront l'âge de la retraite d'ici 2020.

Rappelons que 80 à 90 % des médecins de PMI sont des généralistes auxquels une formation continue et leur exercice de terrain ont apporté une compétence supplémentaire. (20)

Les pédiatres n'investissent la médecine communautaire notamment la PMI qu'à hauteur de 10 % de leurs effectifs. (21)

I.2.2. Densités régionales

- Généralistes

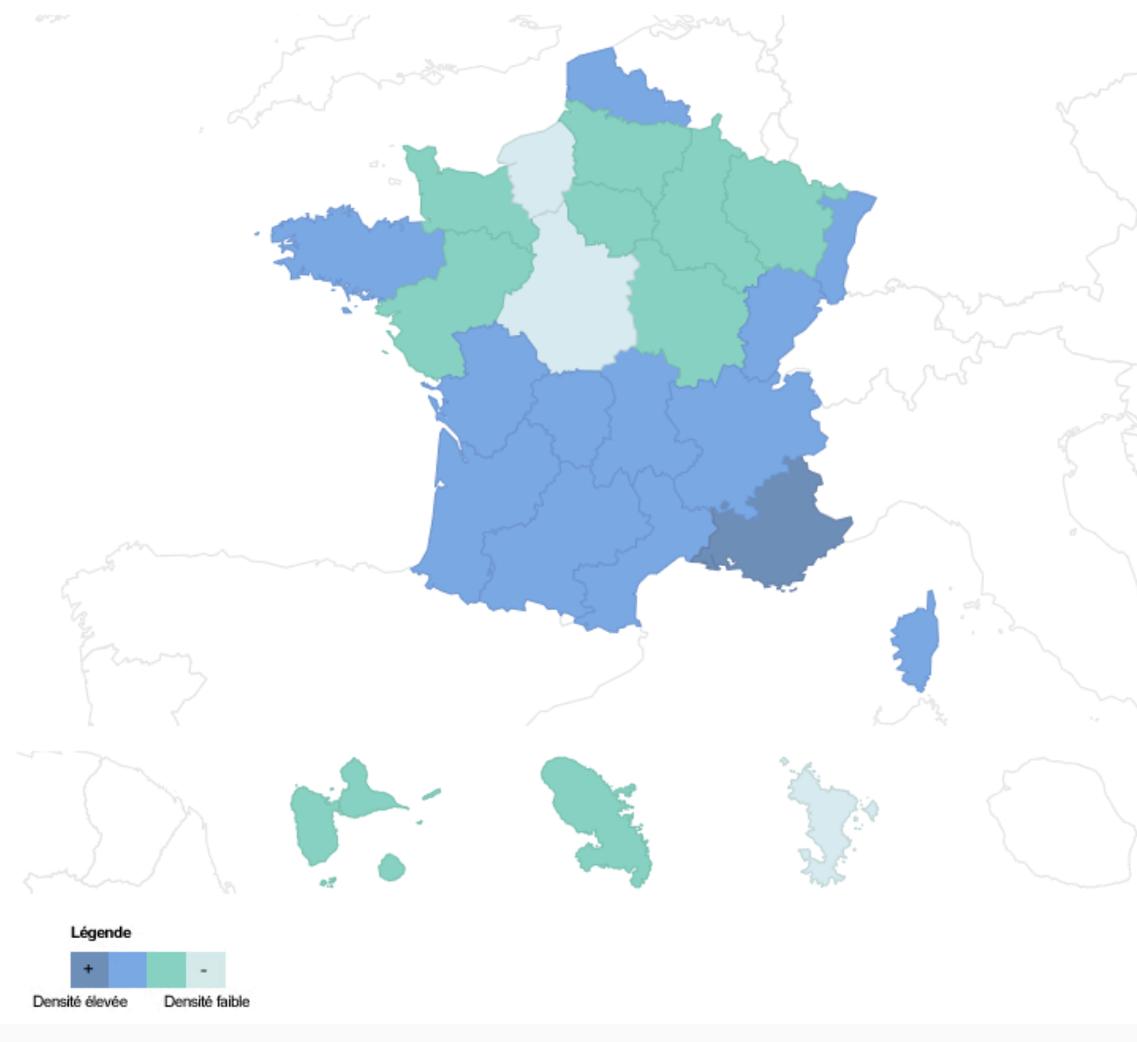


Figure 4 : Carte des densités par régions des médecins généralistes en 2018

Source : Profil médecin, <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>

La densité se définit ici par le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants. La densité moyenne nationale était de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2018. Nous pouvons remarquer que c'est la moitié nord de la France, ainsi que les départements d'outre-mer, qui comptent les densités départementales/régionales les plus basses. (22)

- Pédiatres

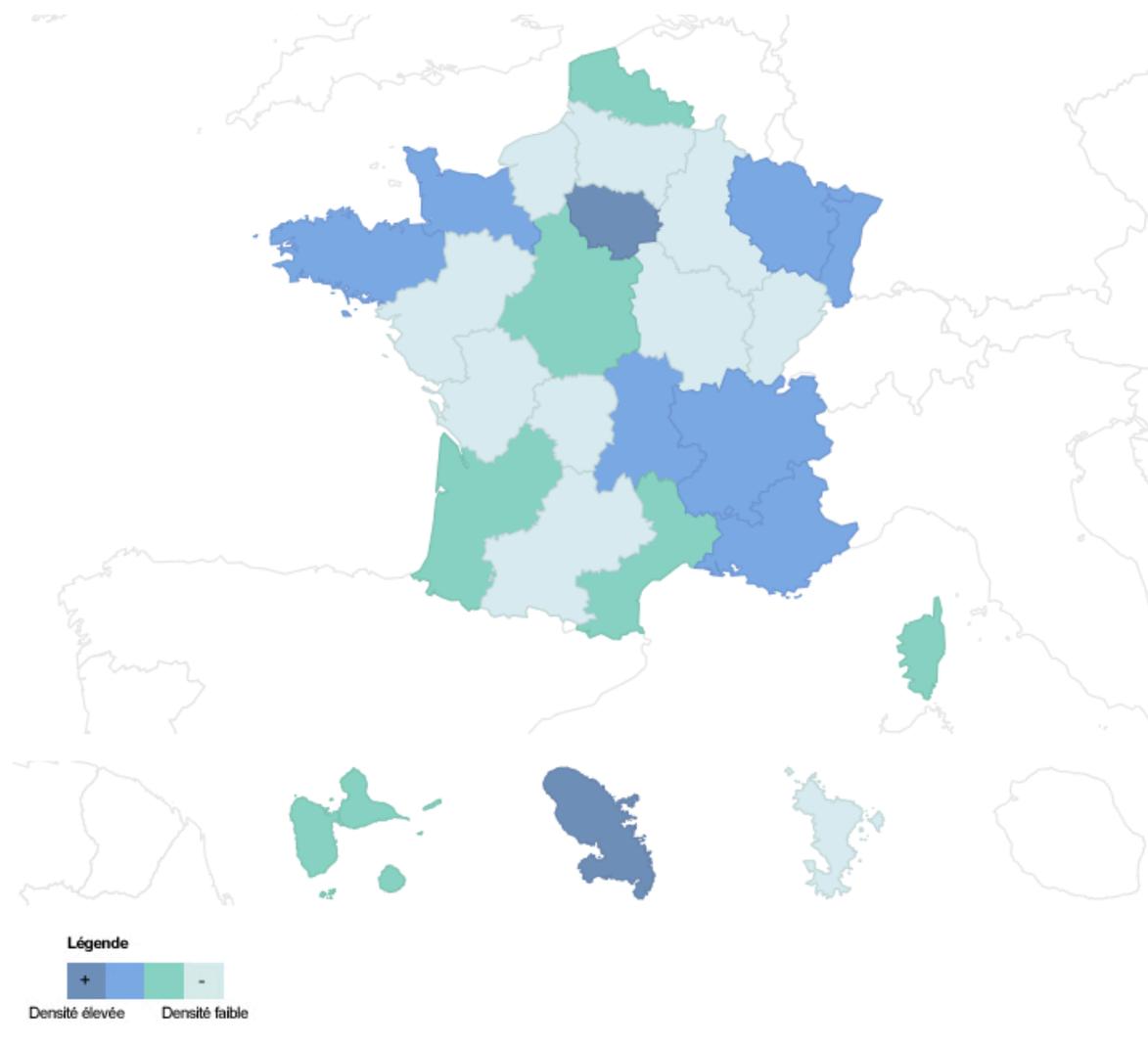


Figure 5 : Densité par régions des pédiatres en 2018

Source : Profil médecin, <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-pediatre/>

La densité se caractérise ici par le nombre de pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans : la densité moyenne nationale était de 66,9 pédiatres en 2018. (23)

Nous pouvons remarquer que mis à part l'Ile de France et la région PACA, le reste du territoire est sous-doté en pédiatres avec d'importantes disparités en fonction du territoire.

- Médecins de PMI

Nous n'avons pas retrouvé de carte précise sur la répartition des médecins de PMI en France mais une carte plus globale de la répartition des acteurs territoriaux, nous pouvons estimer que cela se corrèle avec le nombre de médecins de PMI en fonction des différents départements.

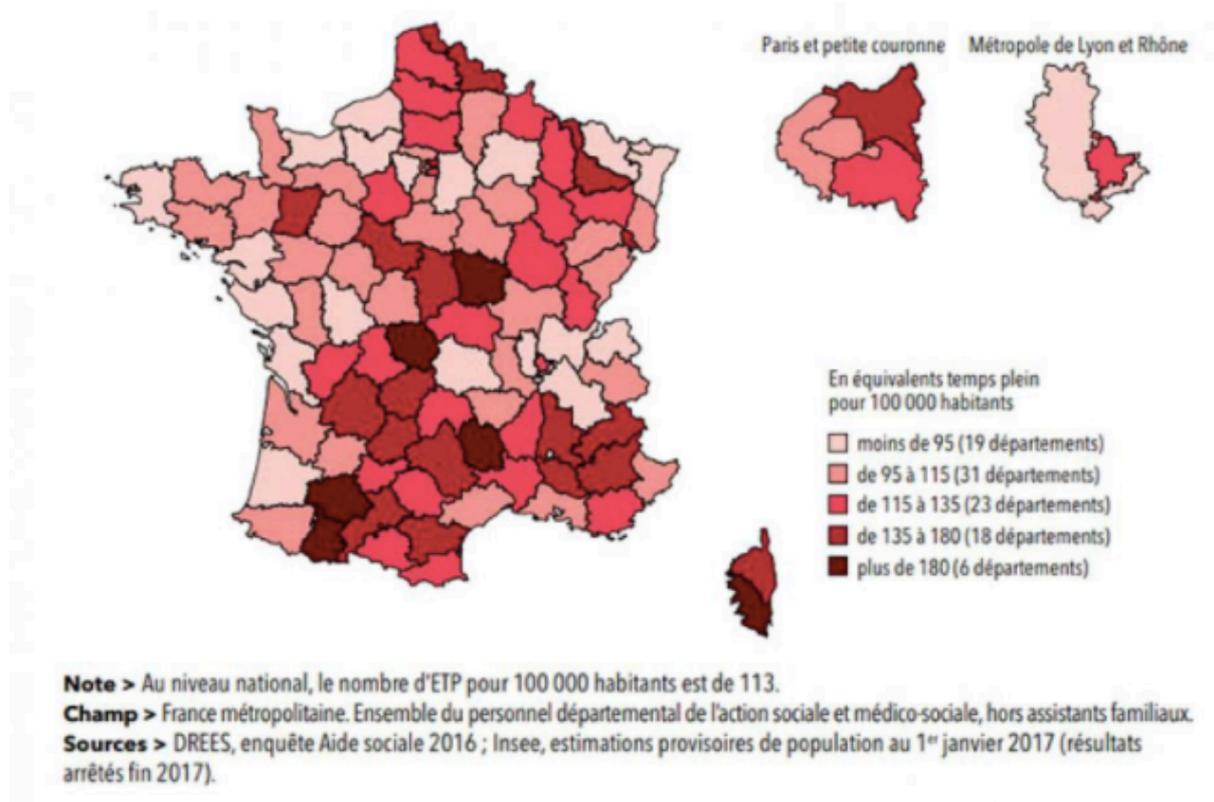


Figure 6 : Densité départementale des effectifs de l'action médico-sociale en 2017

Source : Banque des territoires, <https://www.banquedesterritoires.fr/115000-travailleurs-sociaux-dans-les-departements-et-des-ecarts-tres-importants>

De nombreux départements comme le Puy-de-Dôme, la Loire-Atlantique, la Vendée, la Charente-Maritime ou certains départements du Nord comme le Calvados, la Seine-Maritime, l'Eure, la Seine-Et-Marne ou la Marne ont des déficits dans les effectifs des centres de PMI. (24)

Il existe d'importants écarts entre les différentes zones du territoire, la répartition n'est pas assez égalitaire.

I.3. Comparaison des soins pédiatriques ambulatoires en France et dans le monde

Dans cette partie, nous avons souhaité examiner et comparer les différents systèmes de santé liés à l'enfant existants à l'étranger, notamment dans nos pays voisins européens, ainsi qu'au Canada et aux États-Unis.

Dans un premier temps, il est important de noter qu'il n'existe aucun système égal à la PMI telle qu'elle existe en France.

Cependant certains pays fonctionnent avec des centres de santé dits centres communautaires qui regroupent à la fois des médecins généralistes et/ou des pédiatres ainsi que d'autres acteurs de la santé telles que la PMI les réunit ici (puéricultrices, sages-femmes, travailleurs sociaux, ...).

Par contre, les professionnels de santé travaillent indépendamment les uns des autres, le travail en équipe n'est pas systématique. Une exception est faite en Italie, qui dans un souci d'améliorer la prise en charge ambulatoire notamment pour répondre à la continuité des soins et à la bonne prise en charge des maladies chroniques, s'est efforcée de créer des équipes pluridisciplinaires et coordonnées de soins.

Les missions des pédiatres ambulatoires se rejoignent dans tous les rapports publiés en Europe, aux États-Unis et au Canada malgré des systèmes de santé différents qui sont fortement impactés par nos différences culturelles. (20)

I.3.1. Modèles existants

On peut schématiquement recouper la dispensation de soins pédiatriques ambulatoires en 3 modèles principaux d'après les résultats de l'étude de M. Katz en 2002 et d'après un rapport de l'OMS publié en 2018 qui a réactualisé les données : (25)(26)

- Le système de suivi pédiatrique quasi-exclusif existant en Allemagne, en Espagne ou encore en Grèce, dans lequel plus de 75% des enfants sont suivis par un pédiatre au moins jusqu'à l'âge de 6 ans.
- Le système de suivi exclusif par des médecins généralistes, devant l'absence de pédiatres ambulatoires, existant au Royaume-Uni, aux Pays-Bas ou encore au Danemark.
- Et le système combiné, encore appelé système mixte que l'on peut retrouver en France et en Italie en Europe, et au Canada et aux États-Unis dans le reste du monde.

La figure suivante présente les différents systèmes de soins primaires pédiatriques existants en Europe.

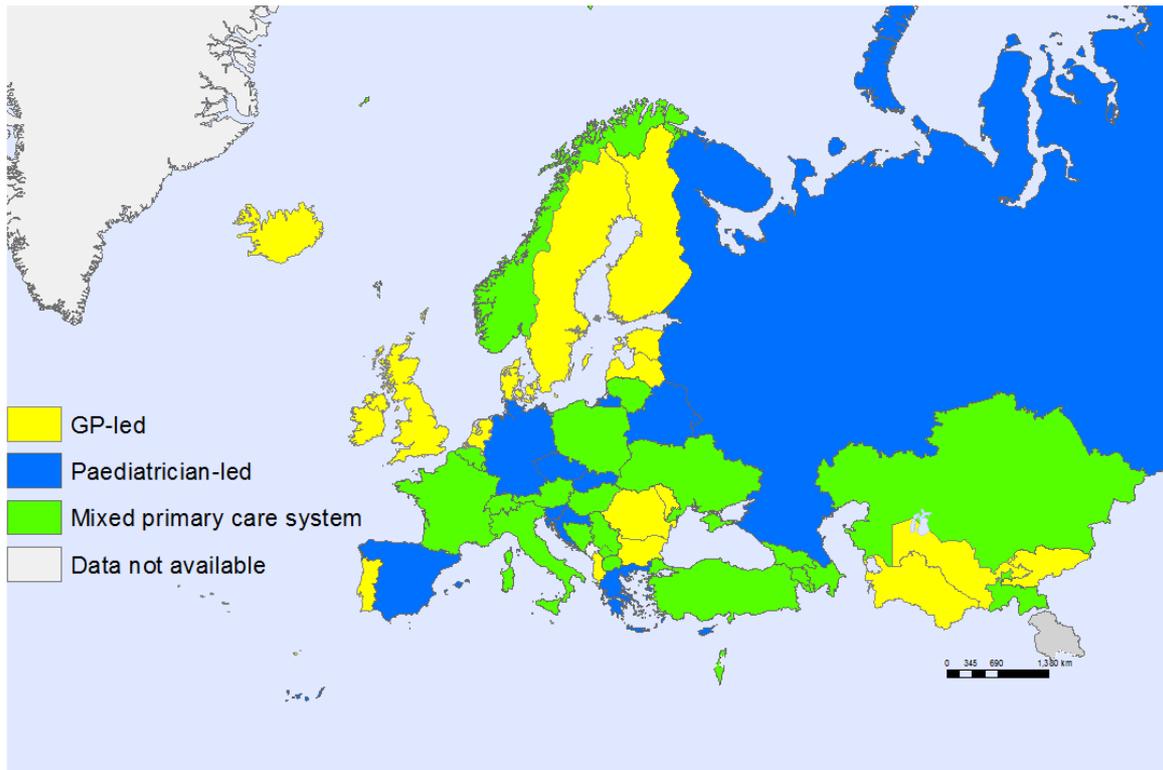


Figure 7 : Modèles de systèmes de soins primaires pédiatriques en Europe, 2017

Source : OMS 2017, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf?ua=1

En France et en Italie, le pourcentage d'enfants suivis par les pédiatres de ville est en moyenne de 50 % de 0 à 15 ans, mais il peut s'élever à plus de 90 % chez les enfants de moins de 2 ans pour s'abaisser ensuite chez les enfants plus âgés. (20)

En France, 20 % des enfants sont régulièrement suivis par un pédiatre et seulement 50-60 % des enfants âgés de moins de 2 ans. Selon un bulletin de l'Académie Nationale de médecine française, de nombreuses villes n'ont plus de pédiatres libéraux et par conséquent, plus de 80% des enfants de 2 à 18 ans sont suivis actuellement par un médecin généraliste. (27)

Le tableau ci-dessous reprend toutes les données monographiques qui nous permettent ainsi de comparer les pays cités :

Tableau 1 : Nombre de médecins généralistes et de pédiatres de ville en Europe et outre-Atlantique en 2017

	Population totale	Population infantile	Nombre de MG	Nombre de pédiatres	PMI	Système de soins
France	66 942 000	18%	87 801	1805	Présente	Mixte
Allemagne	82 914 000	13,5%	59 800	5800	Absente	Pédiatrique
Espagne	46 733 000	14,8%	43 105	4965	Équivalent	Pédiatrique
Italie	60 422 000	13,3%	53 171	10 000	Équivalent	Mixte
Royaume-Uni	66 436 000	17,9%	74 624	0	Absente	Généraliste
États-Unis	328 200 000	19%	204 000	31 500	Absente	Pédiatrique
Canada	37 590 000	16%	43 157	2300	Absente	Mixte

Source : OCDE, 2017-2018

I.3.2. En Europe

I.3.2.1. Allemagne

En Allemagne, les soins pédiatriques ambulatoires sont assurés majoritairement par des pédiatres et une faible partie de la population infantile à recours, pour le suivi médical habituel, à des médecins généralistes.

Le suivi pédiatrique ambulatoire est assuré par un pédiatre (« kinderarzt ») chez 80-90 % des enfants âgés de moins de 7 ans dans les villes, ce chiffre est abaissé à 50 % dans les zones rurales. Les pédiatres voient 70 % des enfants de 6 à 13 ans, et quant aux enfants au-delà de 13 ans, ils sont majoritairement suivis par des médecins généralistes. Il y a une proportion plus importante de pédiatres en Allemagne ce qui explique la différence de répartition de suivi par rapport à notre pays. (20)

Les médecins de ville qu'ils soient pédiatres ou généralistes s'installent soit dans un cabinet privé soit dans des centres de soins médicaux (« Medizinische Versorgungszentren ») qui sont des centres médicaux pluridisciplinaires dans lesquels les médecins généralistes travaillent avec des médecins de différentes spécialités ou avec des professionnels paramédicaux (par exemple, des infirmiers, des kinésithérapeutes, ...). (28)

I.3.2.2. Italie

En Italie, on recense environ 8 millions d'enfants de 0 à 14 ans et il existe près de 10 000 pédiatres libéraux. (20)

De 0 à 6 ans, les enfants sont suivis par des pédiatres agréés par le Service National de Santé (SSN) dans des centres communautaires ou centres de santé régionaux : 85 % en ville et 15 % dans les zones rurales. De 6 à 13 ans, 44 % seulement continuent à être suivis par un pédiatre et au-delà essentiellement par un médecin généraliste.

Au niveau national, les centres de santé sont communément dénommés ASL (« Azienda Sanitaria Locale »).

Des soins de base sont réalisés dans ces centres de santé tels que les soins de médecine générale, dispensés gratuitement ou encore les soins de pédiatrie.

Les gouvernements italiens, dans un souci d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques et de veiller à la bonne continuité des soins, ont créé des équipes multidisciplinaires et coordonnées de soins, ce système est proche de celui de la PMI telle qu'on la retrouve en France. Leurs fonctions sont limitées à une zone géographique locale déterminée et appelée district sanitaire tout comme le sont les missions de la PMI en France (mission départementale).

On y retrouve des médecins généralistes, des pédiatres, parfois d'autres médecins spécialistes, des infirmiers, des travailleurs sociaux, du personnel de soin médico-social et du personnel technico-administratif, qui travaillent de façon coordonnée afin de répondre aux besoins de la communauté. (29)

I.3.2.3. Espagne

En Espagne, on recense 6,9 millions d'enfants de 0 à 14 ans. 4 965 pédiatres ambulatoires assurent la prise en charge primaire pédiatrique dans le système public. Au total, ils sont environ 12 000 à exercer dans la péninsule ibérique que ce soit dans le secteur public ou privé, et que ce soit en milieu libéral ou hospitalier. Ils sont largement plus nombreux en France malgré une population infantile moins importante, ce qui fait que le système de suivi des enfants est largement pédiatrique. (20)

Les médecins de ville - généralistes et pédiatres - travaillent essentiellement dans des centres communautaires où sont ainsi réunies les activités de pédiatres pour les enfants de 0 à 14 ans, de médecins généralistes (pour les individus au-delà de 15 ans), d'infirmières, de sages-femmes, de kinésithérapeutes et d'assistantes sociales. Du personnel administratif est aussi présent pour faciliter l'exécution des tâches ne relevant pas du purement tout-médical.

Malgré cette diversité d'acteurs, le travail en équipe n'est pas toujours systématique, il n'existe pas à l'heure actuelle de législation régulant la coordination des centres de santé telle qu'on la connaît en France comme pour les centres de PMI notamment.

En ce qui concerne la médecine ambulatoire publique, les médecins pratiquent comme on l'a précédemment vu, au sein de centres de soins, il en existe deux types : les « centros de salud » (centres de santé publics) qui dispensent des soins primaires de base et où les médecins généralistes et les pédiatres sont les seuls à pratiquer, et les « centros de especialidades » (centres de médecine spécialisée), avec des praticiens de toutes spécialités ou presque.

Par ailleurs, des pédiatres exercent également dans le secteur privé dans des cabinets individuels ou de groupe.

Le système de santé espagnol possède un vaste réseau de centres de santé et d'hôpitaux répartis sur l'ensemble du territoire, la localisation des différents établissements est décidée par les régions.

En zone rurale et dans les petites communes, il existe des cabinets médicaux où les médecins de la région sont présents de façon périodique. (30)

I.3.2.4. Royaume-Uni

Les pédiatres de ville/libéraux n'existent pas en Grande Bretagne et les soins primaires pédiatriques sont assurés exclusivement par les médecins généralistes. (20)

La place du médecin généraliste dans le National Health Service (NHS - système de santé public comparable à la Sécurité Sociale française et qui présente l'avantage essentiel d'être gratuit) est à cet égard originale. Le « General Practitioner » (GP) ou médecin généraliste en anglais constitue la pierre angulaire du système de santé anglais. Il prodigue les soins de premier niveau et sert de filtre au système hospitalier, l'accès aux spécialistes étant subordonné à l'envoi par un « GP », il a un véritable rôle de « gatekeeper » ou coordonnateur de soins. (31)

Ces médecins généralistes exercent au sein de cabinet dénommés « GP Practices » ou « GP Surgery ».

Les médecins généralistes britanniques fournissent une palette de soins divers (alliant les composantes biophysiques, mentales et sociales), dans les domaines curatif et préventif. Leurs compétences incluent la pédiatrie et d'autres spécialités telles que la gynécologie, la dermatologie ou encore l'ophtalmologie. (32)

Les anglais s'interrogent actuellement sur leur système de santé en pédiatrie considérant que la pédiatrie ambulatoire telle qu'elle existe dans le reste de l'Europe et aux États-Unis est probablement plus efficace, non seulement pour améliorer les indicateurs de santé, mais aussi pour détecter précocement des maladies rares ou complexes.

Le parcours de soins au Royaume-Uni s'organise selon le schéma ci-dessous :

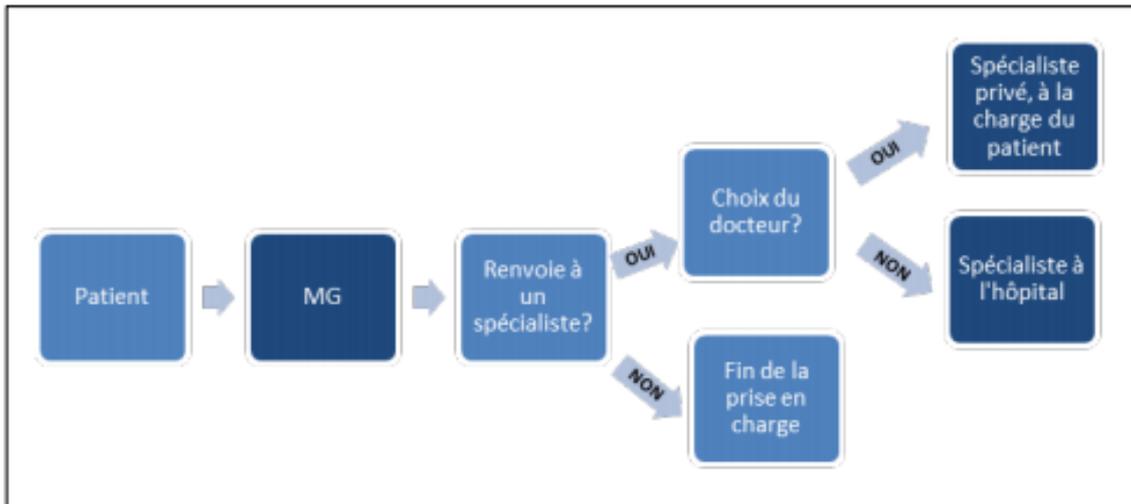


Figure 8 : Parcours de soin au Royaume-Uni

Source : ONDPS, [https://solidarites-](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Monographies__Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_dans_5_pays_europeens.pdf)

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/Monographies__Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_dans_5_pays_europeens.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Monographies__Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_dans_5_pays_europeens.pdf)

Les « GP » travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, notamment des sages-femmes, des infirmiers et les services sociaux. Dans le cas où le « GP » n'est pas en mesure de traiter le patient seul, il envoie celui-ci consulter un spécialiste notamment le pédiatre dans un hôpital ou un cabinet privé. (32)

I.3.3. Dans le reste du monde

I.3.3.1. États-Unis

Aux États-Unis, à l'inverse des pays européens, 60 à 70 % des pédiatres sont en charge des soins primaires pédiatriques, soit en cabinet libéral soit en centres communautaires. Ils assurent le suivi de plus de 80 % des enfants de 0 à 4 ans, 72 % de 5 à 9 ans, 57 % de 10 à 14 ans et 39 % au-delà de 15 ans. (20)

Leur nombre a doublé entre 1980 et 1997 ; en 2016 la densité correspondait à un pédiatre pour 2 040 enfants (versus 1 pour 5 300 en France). Il est prévu de la faire passer à 1 pédiatre pour 1 500 enfants grâce à une réorganisation du système de soins qui permettra une augmentation du taux de recrutement de 60 % alors que la population d'enfants n'augmentera simultanément que de 9 %. (27)

Il est à noter que les pédiatres de soins primaires ou pédiatres libéraux sont formés en trois ans, alors que les pédiatres hospitaliers (surspécialités) ont une formation supplémentaire d'au moins trois ans.

Il n'existe pas, outre-Atlantique, de système équivalent à la PMI française.

I.3.3.2. Canada

Il est très difficile de faire suivre son enfant par un pédiatre au Canada car ils sont peu nombreux, par conséquent, le suivi est souvent réalisé par un médecin de famille qui dispensent des soins de santé courants.

Il est même parfois nécessaire de s'inscrire sur une liste d'attente auprès du CLSC local (le Centre Local de Services Communautaires est un organisme public offrant des services de première ligne en matière de santé) pour obtenir un premier contact avec un médecin généraliste.

Cependant, il est possible, au vu de l'attente, qu'une infirmière vérifie les mensurations (taille, poids, périmètre crânien) d'un nourrisson ou d'un enfant de moins de 6 ans étant à priori en bonne santé.

De 30 % à 40 % des enfants reçoivent leurs soins primaires ambulatoires d'un pédiatre. C'est en partie parce qu'il n'y a environ que 2 500 pédiatres en exercice au Canada et qu'ils sont nombreux à dispenser des soins spécialisés (suivi et prise en charge de maladies chroniques, surspécialités, ...), une grande partie d'entre eux exerce d'ailleurs en milieu hospitalier. (33)

II. Matériel et méthodes

II.1. Type d'étude

Pour mener à bien notre travail de recherche, nous avons fait le choix de réaliser une étude descriptive, quantitative, prospective et transversale par auto-questionnaire destiné aux parents d'enfants de moins de 6 ans.

Cette étude s'est aussi voulue nationale dans le but d'avoir des résultats extrapolables à la population générale.

II.2. Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de recueillir et d'analyser les paramètres intervenant dans le choix des parents pour la sélection du professionnel de santé assurant le suivi habituel et régulier de leur enfant de moins de 6 ans : médecin généraliste, pédiatre ou médecin de PMI.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer si des critères socio-économiques influençaient ce choix et de soumettre des propositions pour optimiser le suivi médical habituel de l'enfant de moins de 6 ans afin de répondre au mieux aux attentes des parents.

II.3. Estimation du nombre de sujets nécessaire

Après avis du Dr. RUDELLE Karen, chef de clinique assistant de médecine générale, nous avons estimé que pour obtenir des résultats pertinents, 100 réponses par groupe (enfants suivis par un médecin généraliste, un pédiatre ou un médecin de PMI) étaient nécessaires soit au moins 300 questionnaires exploitables au total.

II.4. Période d'enquête

L'étude s'est étendue de début mars à fin avril 2020 soit 2 mois au total. Cette période nous a permis de collecter un grand nombre de réponses.

II.5. Recueil des données

Le questionnaire a été élaboré de façon à ce que l'adhésion des parents soit maximale, en restreignant autant que possible les questions ouvertes. Il s'est aussi voulu simple, composé d'items compréhensibles, précis et sans ambiguïté de manière à répondre aux objectifs de notre étude et ainsi faciliter l'exploitation statistique des données.

Le questionnaire a été créé via le logiciel en ligne Google Forms® disponible sur l'application Drive du compte Google®. Les réponses étaient directement envoyées sur le logiciel Google Forms® sur un compte sécurisé accessible uniquement par l'investigateur.

Les questionnaires étaient totalement anonymes et nous avons joint une information concernant l'objectif de notre travail.

Le temps moyen de remplissage du questionnaire a été estimé à 3 minutes.

Le questionnaire était divisé en plusieurs parties :

- Une première partie reprenait les données épidémiologiques avec une description de la population de l'étude (âge et sexe des enfants, âges et professions des parents, présence ou non d'une fratrie, lieu de résidence).
- Une deuxième partie s'attela à détailler la santé de l'enfant en question (existence ou non d'une prématurité, d'une maladie chronique, présence d'une maladie chez la mère pendant la grossesse, existence ou non de complications lors de l'accouchement).
- Une troisième partie s'est attardé sur le sujet principal de notre travail à savoir le suivi médical habituel de l'enfant concerné par un médecin généraliste, un pédiatre ou un médecin de PMI.
- Une quatrième partie a permis de hiérarchiser les raisons du choix du médecin pour le suivi habituel de cet enfant.
- Enfin une dernière partie a voulu recueillir le ressenti des parents concernant les relations entre médecine générale et pédiatrie, de savoir si la diminution du nombre de pédiatres libéraux les inquiétait et ainsi s'ils changeraient leurs habitudes de consultation pour le suivi de leur enfant.

La totalité des réponses a été obtenue via le questionnaire en ligne dont le lien a été diffusé sur des réseaux sociaux connus et très utilisés ainsi que transmis à des directeurs/directrices de crèches qui ont, secondairement, diffusé le lien aux parents des enfants gardés.

Les deux principales sources utilisées ont été les réseaux sociaux Facebook et Instagram (respectivement via le groupe « Forum Questions & Conseils entre Mam's et Futures Mamans » et via l'utilisateur Instagram « @docteur_flo » qui a diffusé notre questionnaire). Cela nous a permis d'obtenir un grand nombre de réponses en peu de temps.

II.6. Critères d'inclusion/d'exclusion

Critères d'inclusion : parents d'enfants de moins de 6 ans (n'ayant pas encore fêté leur 6^{ème} anniversaire) au moment de la réponse au questionnaire, habitants en France (DOM-TOM compris).

Critères d'exclusion :

- Parents habitants à l'étranger
- Parents ne comprenant pas ou ne sachant pas lire le français
- Parents refusant de participer à l'étude
- Questionnaires mal ou incorrectement remplis

II.7. Contrôle qualité

Le questionnaire a été testé auparavant sur un panel de parents, cela a permis de préciser certaines questions, jugées trop floues et d'en exclure d'autres, jugées pas assez pertinentes.

II.8. Analyse statistique

La saisie des résultats et le traitement des données ont été réalisés sous Microsoft Excel®.

La majorité des résultats est exprimé en effectif et en pourcentage ce qui permet la comparaison des différents groupes.

Les tests statistiques, principalement le Chi² et le test de Fisher lorsque les variables étaient inférieures à 5, ont été réalisés en utilisant le logiciel en ligne biostatgv, <https://biostatgv.sentiweb.fr>.

III. Résultats

Au total 685 questionnaires ont été collectés sur la période de l'enquête. 63 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères d'inclusion.

Notre analyse s'est donc faite sur les 622 questionnaires restants.

III.1. Description de la population

III.1.1. Données sociodémographiques

III.1.1.1. Âge des enfants

Les enfants sont âgés de 0 à 6 ans.

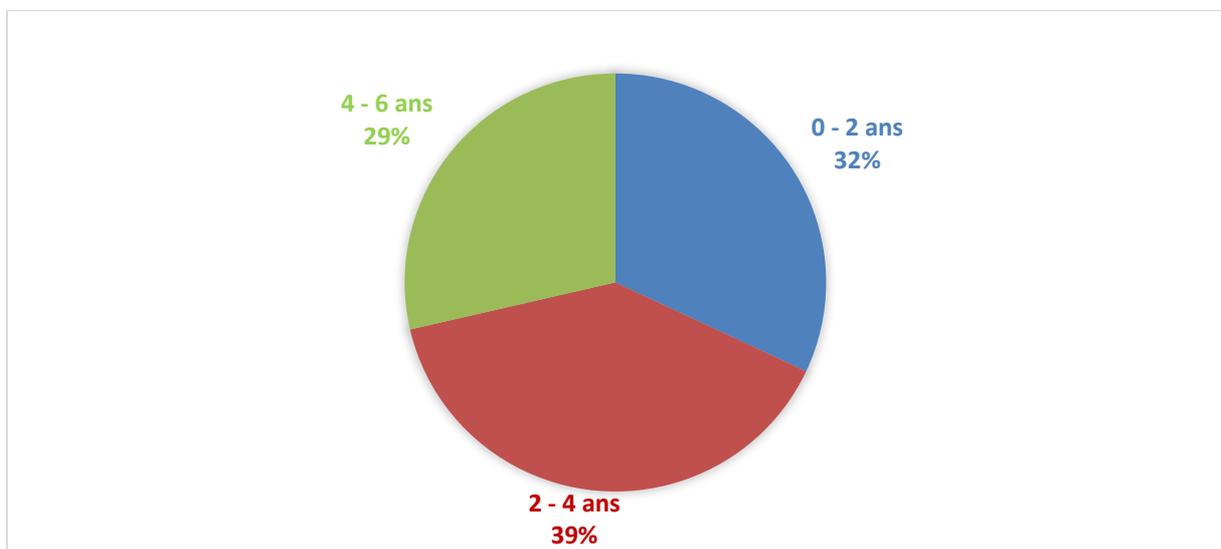


Figure 9 : Répartition des enfants de l'échantillon selon la tranche d'âge

La catégorie des moins de 2 ans représente 32% de l'échantillon (n=199), celle des 2-4 ans représente 39% de l'effectif (n=245) et celle des 4-6 ans représente 29% de l'échantillon (n=178).

La moyenne d'âge des enfants de l'échantillon est de 2,75 ans soit 2 ans et 9 mois.

III.1.1.2. Sexe des enfants

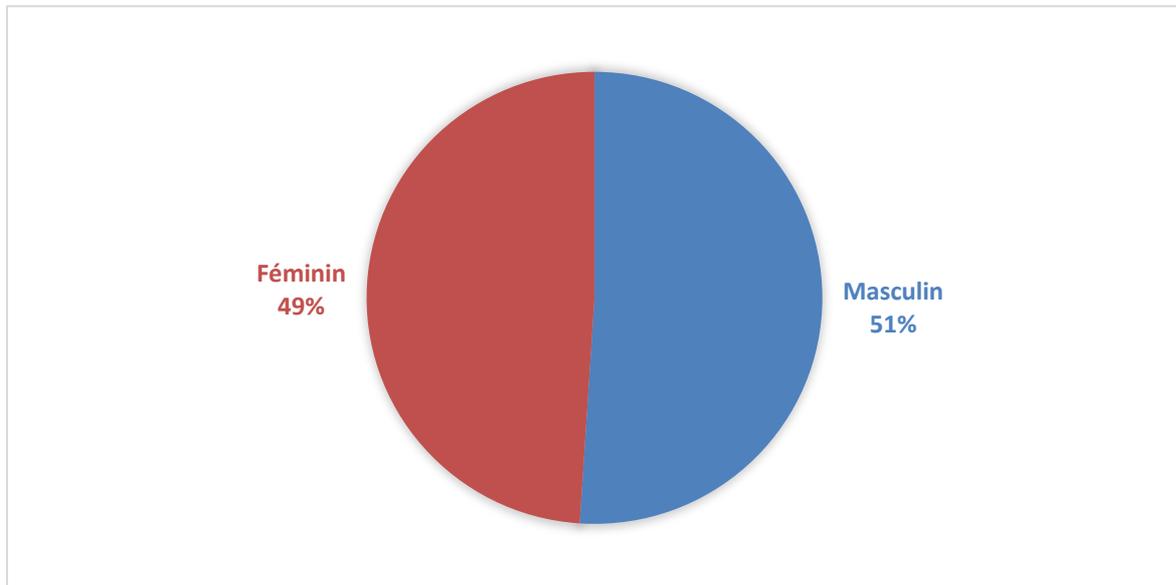


Figure 10 : Répartition des enfants de l'échantillon selon le sexe

Il y a presque autant de garçons que de filles, on compte en effet 51% de garçons (n=316) contre 49% de filles (n=306).

III.1.1.3. Âge des parents

Père

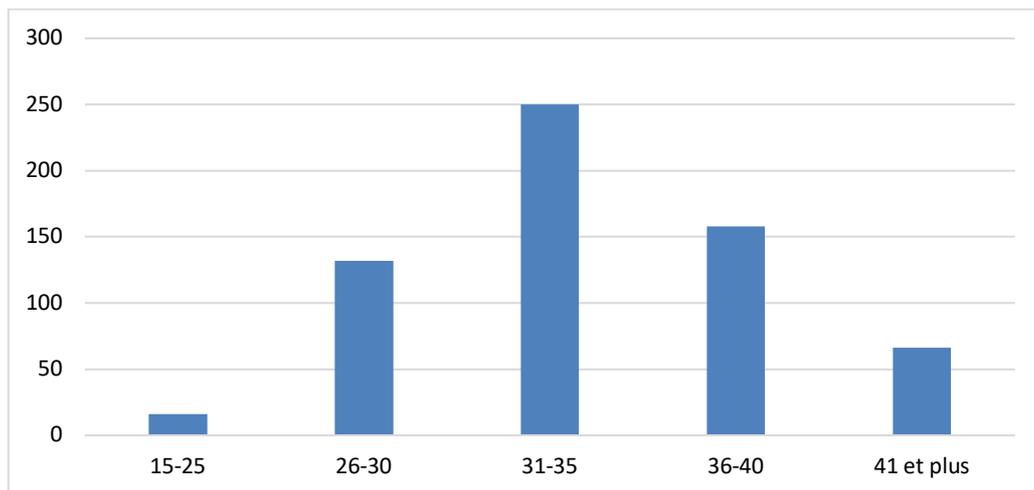


Figure 11 : Répartition des pères de l'échantillon selon la tranche d'âge

L'âge des pères est compris entre 21 et 58 ans. La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 31-35 ans avec 40,2% de l'effectif des pères (n=250), vient ensuite celle des 36-40 ans avec 25,4% de l'effectif (n=158) suivie par celle des 26-30 ans avec 21,2% (n=132). Les

pères de 41 ans et plus représentent 10,6% de l'effectif (n=66) et les 15-25 ans ne sont que 2,6% (n=16).

La moyenne d'âge des pères de l'échantillon est de 34,3 ans.

Mère

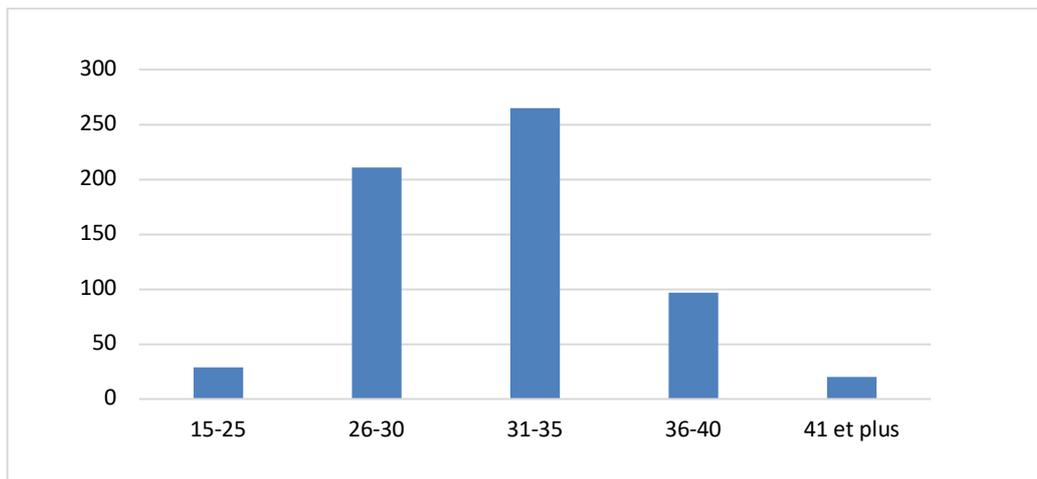


Figure 12 : Répartition des mères de l'échantillon selon la tranche d'âge

L'âge des mères est compris entre 20 et 52 ans. Tout comme pour les pères, c'est la tranche des 31-35 ans qui est la plus représentée avec 42,6% (n=265) suivie par celle des 26-30 ans avec 33,9% de l'effectif total des mères (n=211). Les 36-40 ans représentent 15,6% de l'échantillon des mères (n=97). Quant aux 15-25 ans elles ne représentent que 4,7% de l'effectif (n=29) et les 41 ans et plus ne sont que 3,2% (n=20).

La moyenne d'âge des mères de l'échantillon est de 31,9 ans.

III.1.1.4. Catégories socio-professionnelles des parents

1145 parents ont une activité professionnelle et 99 (83 femmes et 16 hommes) sont sans emploi.

Père

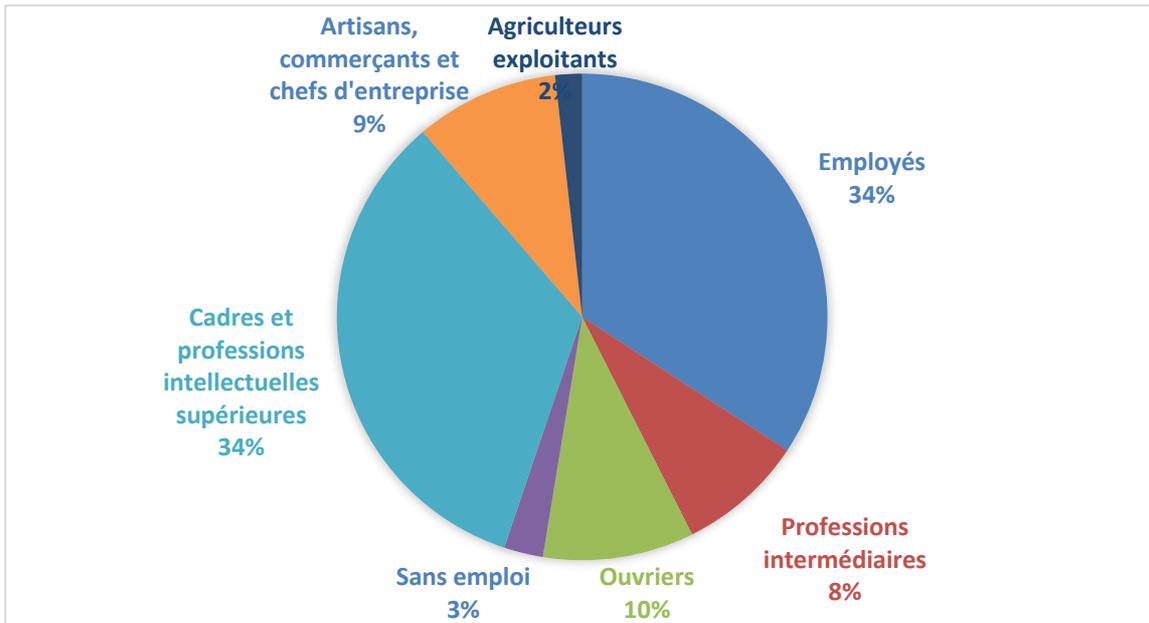


Figure 13 : Répartition des pères de l'échantillon selon la catégorie socio-professionnelle

Les pères sont en majorité soit des employés soit des cadres et assimilés pour respectivement 213 et 209 d'entre eux représentant environ 34% de l'effectif pour chacune de ces catégories socio-professionnelles. Viennent ensuite les ouvriers avec 10% de l'effectif total des pères (n=62) et les artisans avec 9% de l'effectif (n=59). Les pères sans emploi ne représentent que 3% de l'échantillon (n=16).

Mère

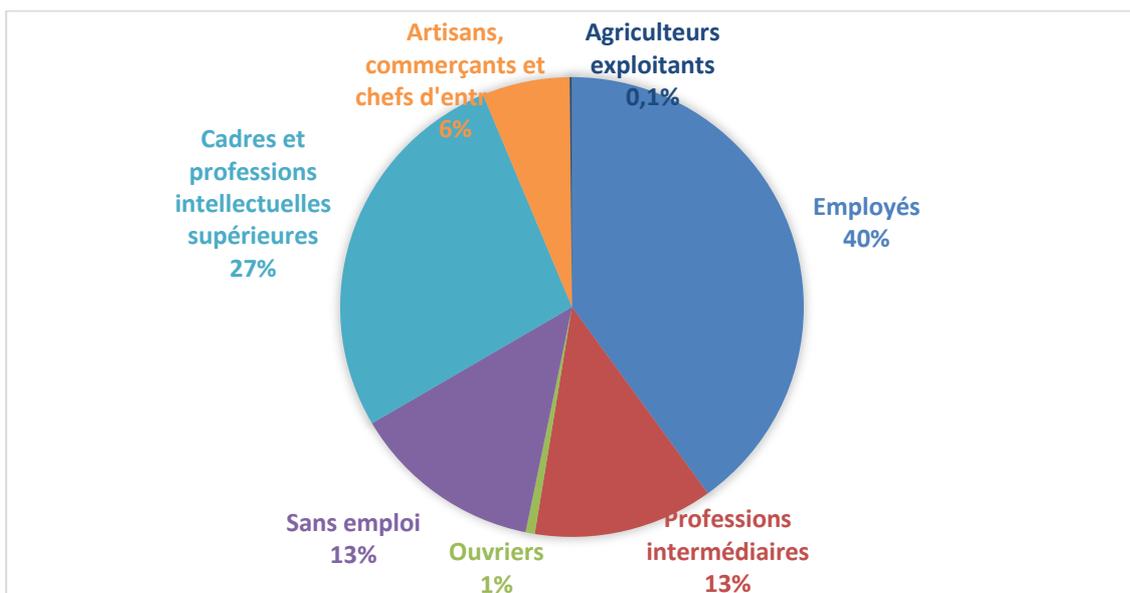


Figure 14 : Répartition des mères de l'échantillon selon la catégorie socio-professionnelle

Les mères sont en majorité des employés pour 40% d'entre elles (n=249). Elles sont ensuite des cadres ou bien elles exercent des professions intellectuellement supérieures pour 27% d'entre elles (n=169). Les mamans sans emploi représentent 13% de l'effectif total de mères (n=83).

III.1.1.5. Lieu de résidence

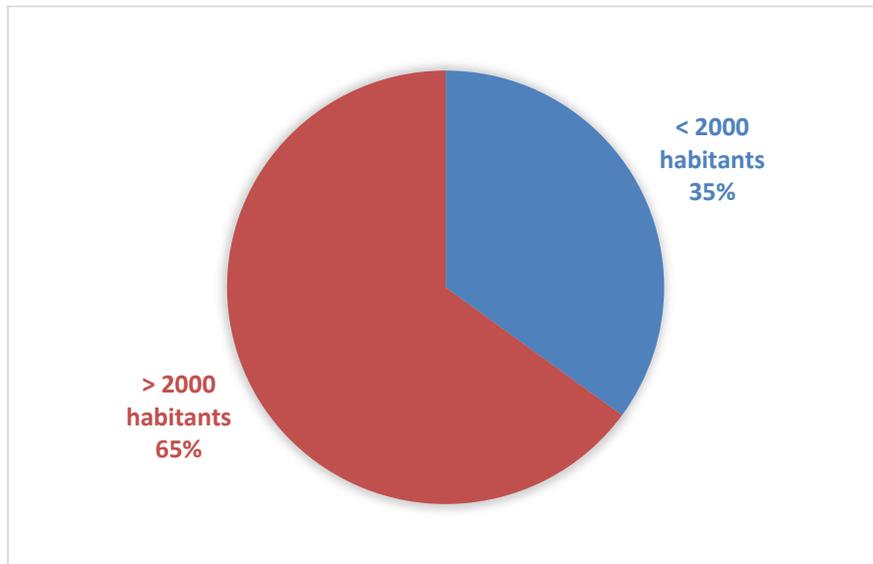


Figure 15 : Répartition de l'échantillon selon le lieu de vie

Une bonne majorité de l'échantillon vit en zone urbaine, cela représente 65% des familles interrogées (n=404) contre 35% d'entre elles qui vivent en zone rurale (n=218).

III.1.1.6. Nombre d'enfants par famille

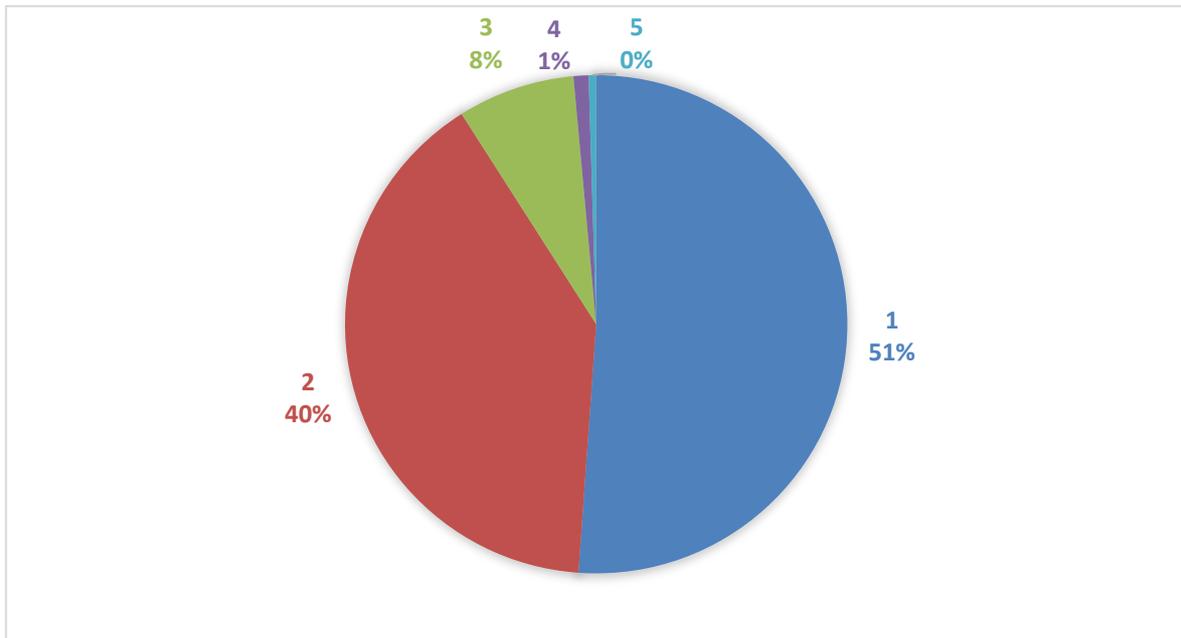


Figure 16 : Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfants dans le foyer

La majorité des familles comprend un ou deux enfants, elles sont respectivement 318 et 248 soit 51% et 40% de l'effectif. Les familles avec trois enfants ou plus ne représentent que 9% de l'échantillon.

III.1.2. État de santé de l'enfant

III.1.2.1. Prématurité

Dans notre échantillon, 42 enfants sont nés prématurément soit environ 7 % de l'effectif.

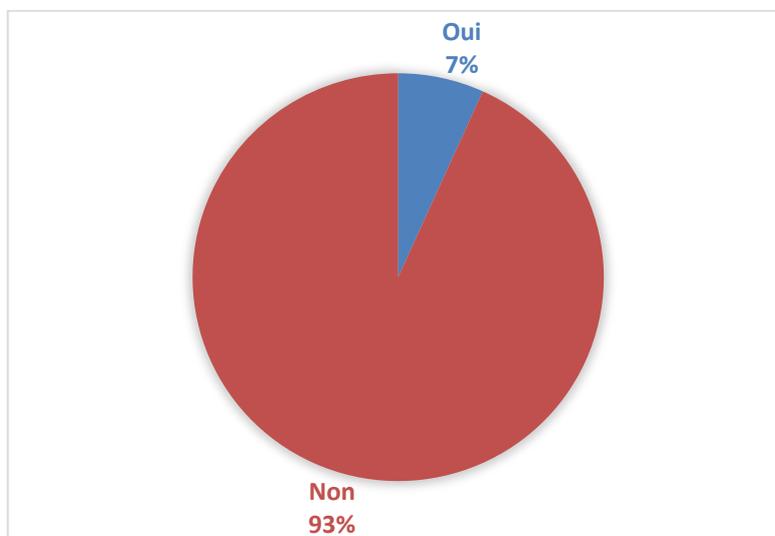


Figure 17 : Répartition selon si l'enfant est prématuré ou non

III.1.2.2. Maladie chronique

Sur notre effectif total, 35 enfants soit 6% d'entre eux étaient porteurs d'une maladie chronique, représentée par l'asthme principalement (n=18), suivi par les malformations cardiaques (n=3) et le purpura rhumatoïde (n=2) puis par des maladies et des syndromes plus rares.

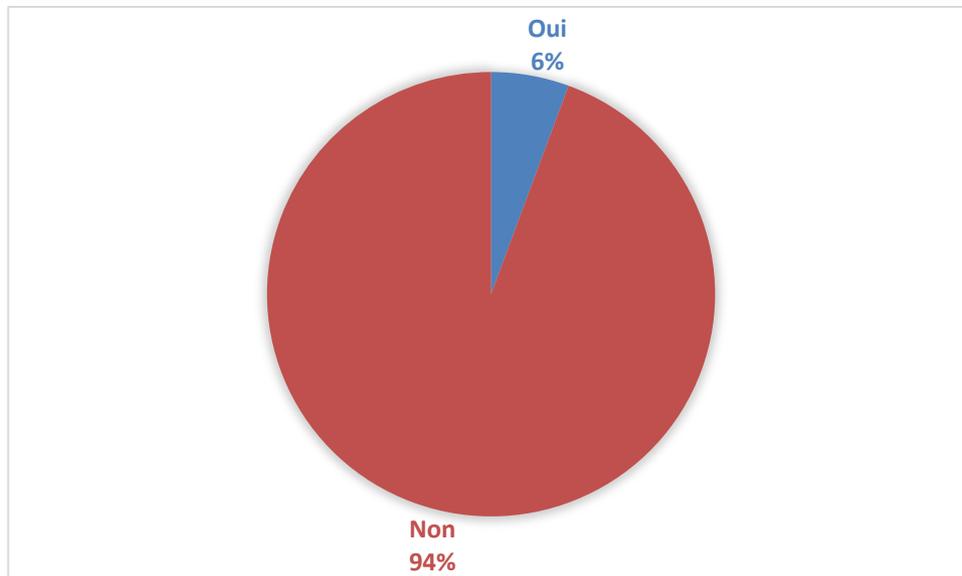


Figure 18 : Répartition selon si l'enfant est porteur d'une maladie chronique ou non

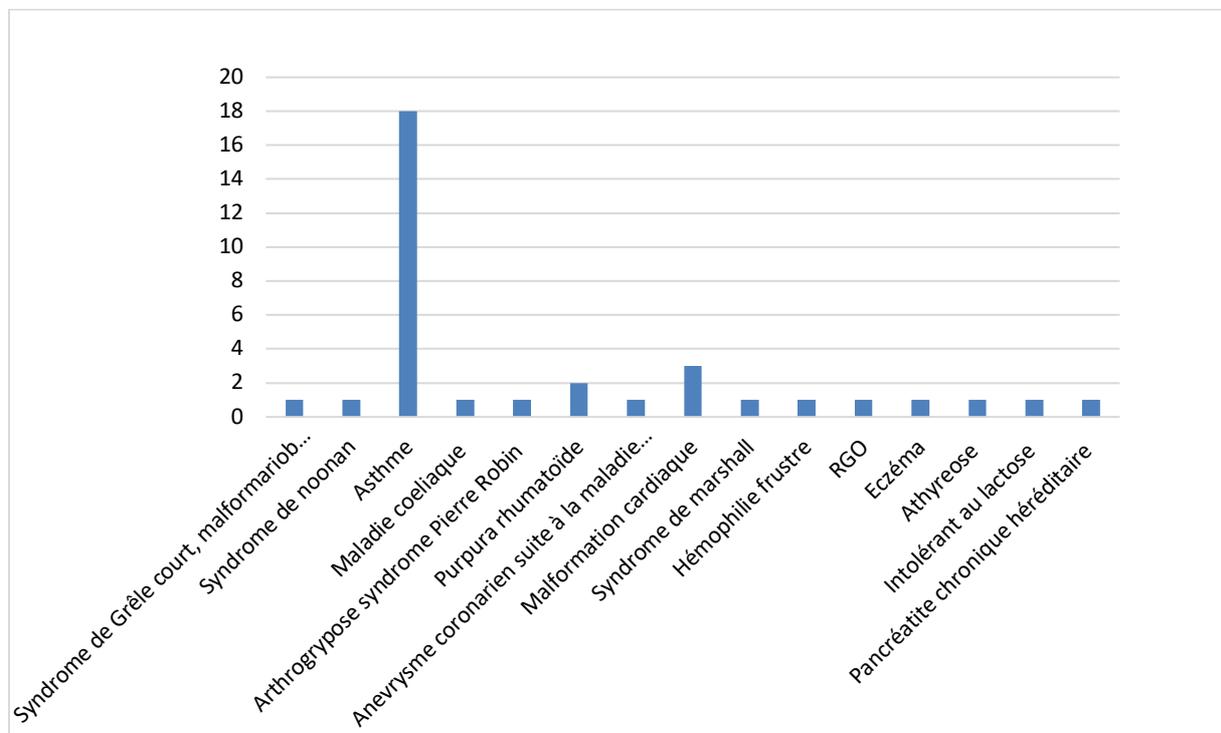


Figure 19 : Type et répartition des maladies chroniques

III.1.2.3. Complications de la grossesse

144 parents ont répondu oui à cet item. Nous retrouvons diverses justifications telles que la découverte d'une maladie chez la maman : HTA, pré-éclampsie, HELLP syndrome, MAP, diabète gestationnel, épilepsie, dysthyroïdie ou concernant l'enfant : RCIU, malformations viscérales (cœur, rein, cerveau).

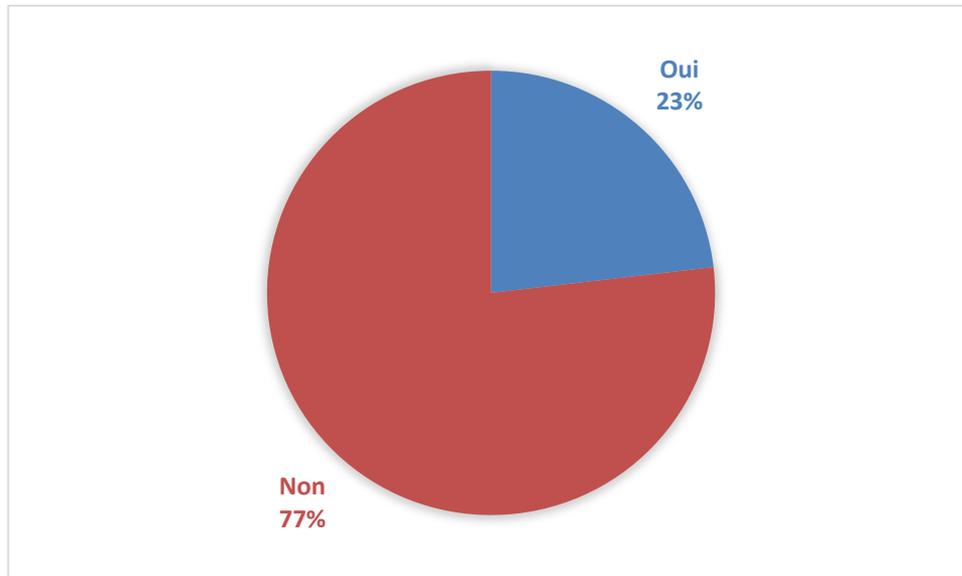


Figure 20 : Répartition des ménages selon l'existence de complications lors de la grossesse

III.1.2.4. Complications de l'accouchement

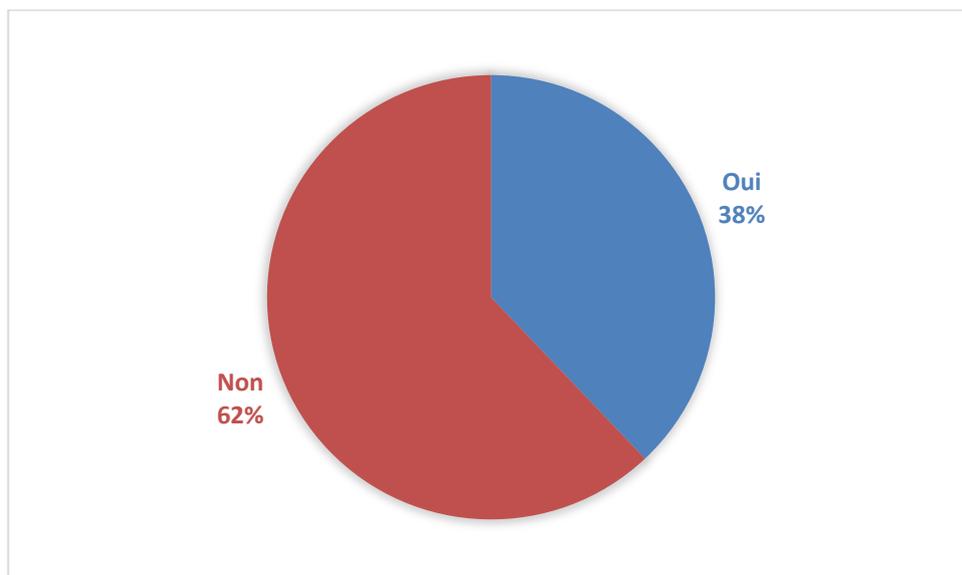


Figure 21 : Répartition de l'effectif considérant avoir eu un accouchement difficile ou non

38% des mères estiment avoir eu un accouchement difficile.

III.1.3. Suivi médical régulier

III.1.3.1. Médecin choisi pour le suivi habituel

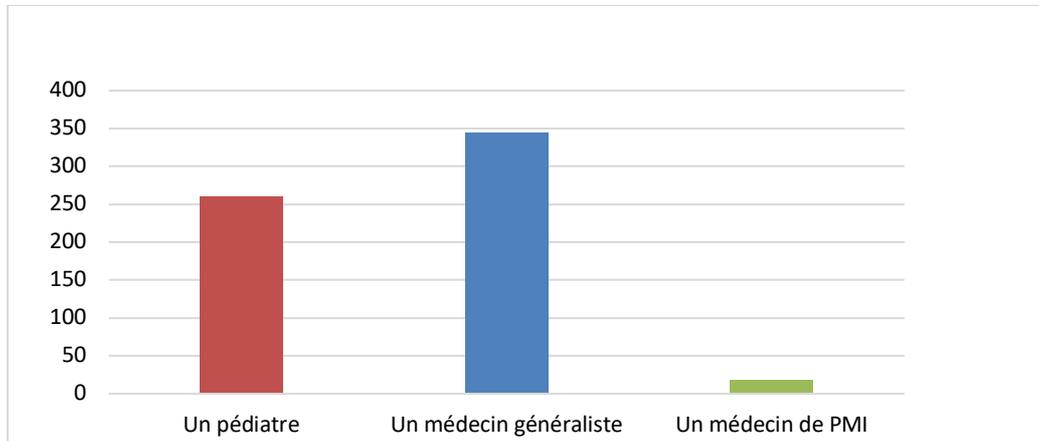


Figure 22 : Répartition de l'effectif en fonction du suivi médical habituel

Dans notre échantillon, 260 enfants étaient régulièrement suivis par un pédiatre, 344 l'étaient par un médecin généraliste et seulement 18 d'entre eux étaient habituellement suivis par un médecin de PMI. Cela représente respectivement 42%, 55% et 3% des effectifs.

III.1.3.2. Nombre de consultations ces douze derniers mois

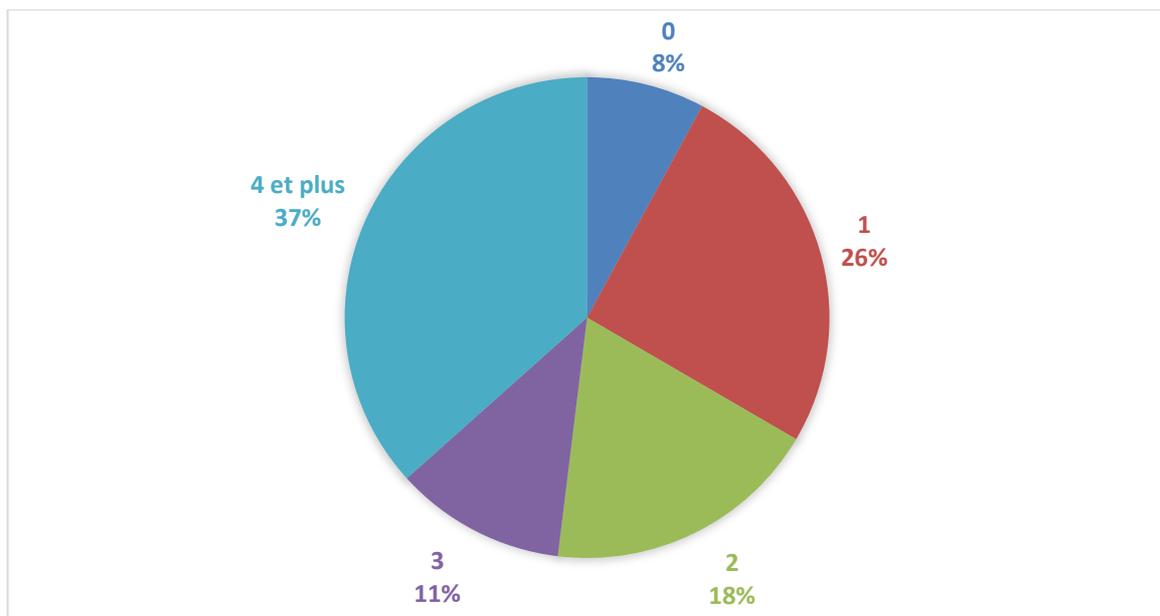


Figure 23 : Répartition selon le nombre de consultations ces douze derniers mois

Les enfants qui bénéficient de 4 consultations ou plus par an représentent 37% de l'effectif.

III.1.3.3. Temps de trajet moyen

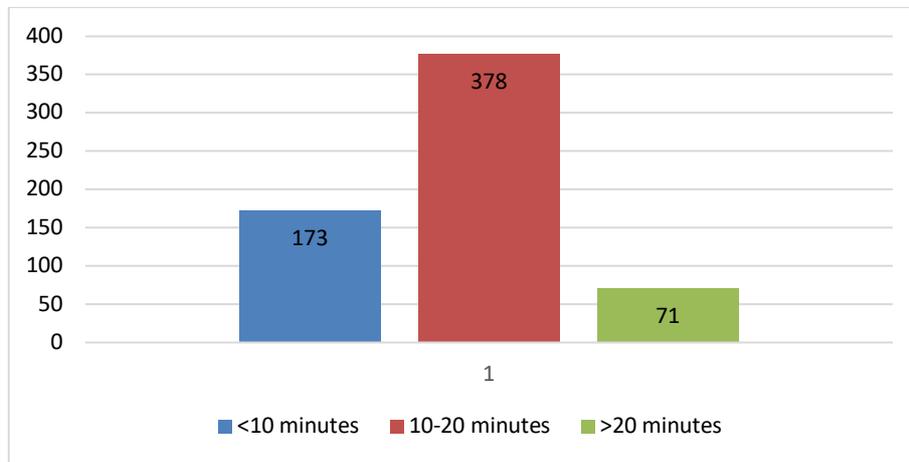


Figure 24 : Répartition selon le temps de trajet moyen

61% des parents interrogés ont un temps de trajet compris entre 10 et 20 minutes pour se rendre chez le médecin qui effectue le suivi habituel de leur enfant. Ils sont 28% à s'y rendre en moins de 10 minutes. Et pour 11% d'entre eux, il leur faut généralement plus de 20 minutes.

III.1.3.4. Suivi des parents étant enfants

Le suivi des parents étant eux-mêmes enfants était majoritairement réalisé par un pédiatre. En effet, les pères étaient 72% et les mères étaient 64,5% à être régulièrement suivis par un pédiatre contre respectivement 26% et 33% des pères et des mères qui étaient suivis par un médecin généraliste.

Les parents suivis par des médecins de PMI ne représentaient qu'environ 2% de l'effectif total.

Père

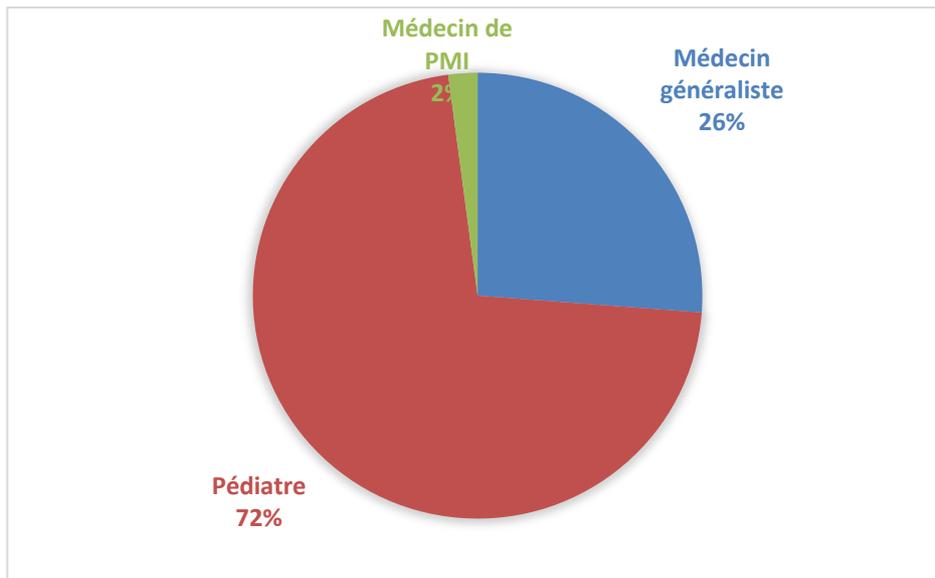


Figure 25 : Répartition des pères de l'échantillon selon leur suivi médical étant enfant

Mère

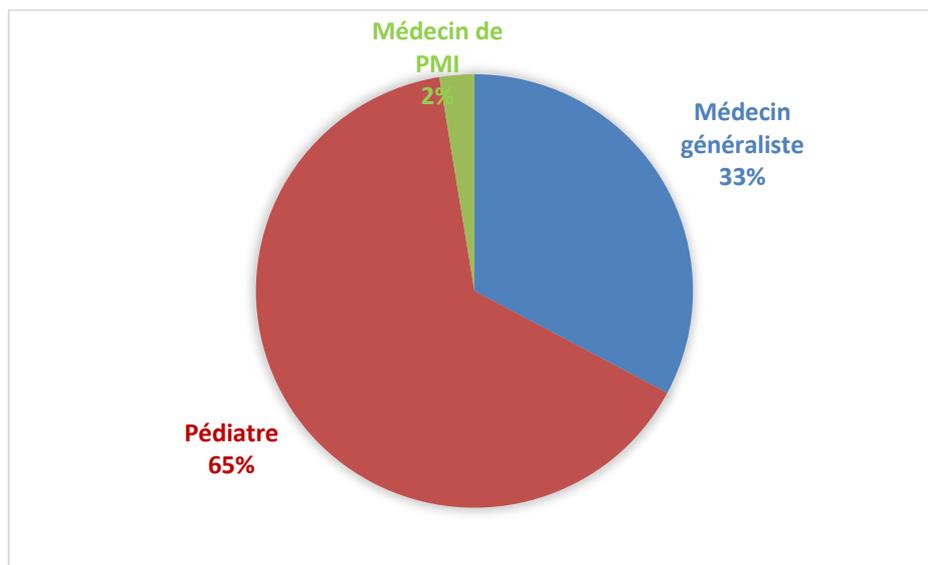


Figure 26 : Répartition des mères de l'échantillon selon leur suivi médical étant enfant

III.1.3.5. Recommandations à la sortie de la maternité

Parmi les 622 personnes interrogées, seulement 195 ont reçu des indications à la sortie de la maternité concernant l'orientation pour la prise en charge médicale de leur enfant.

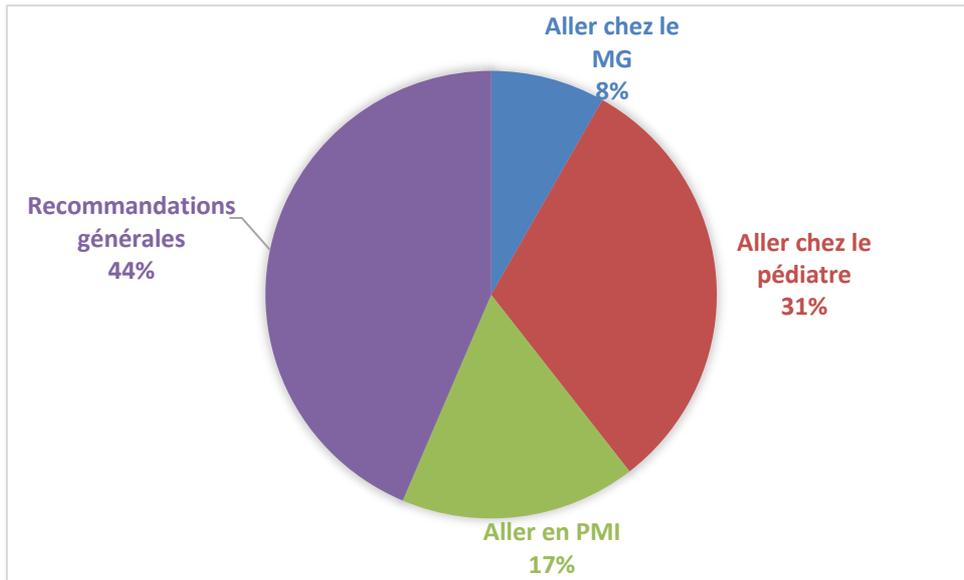


Figure 27 : Répartition en fonction du type de recommandations reçues à la sortie de la maternité

III.2. Critères de choix du médecin

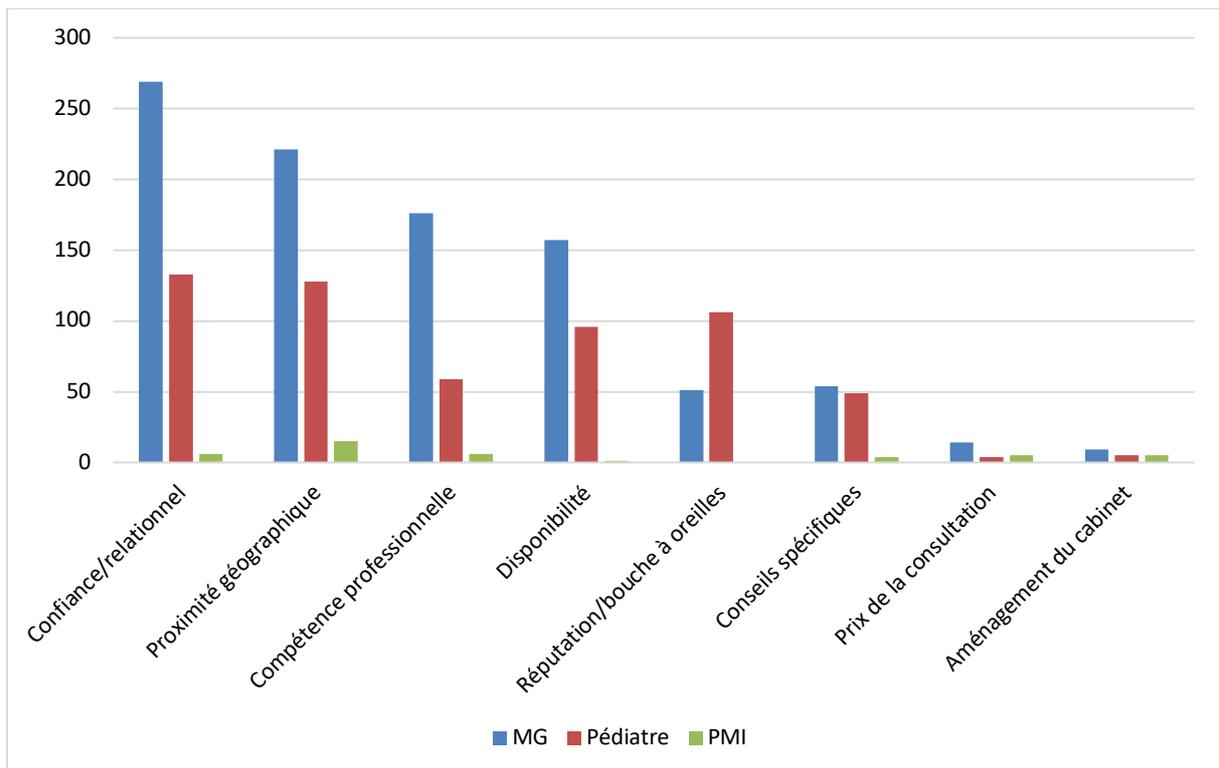


Figure 28 : Critères des parents pour choisir le médecin assurant le suivi régulier de leur enfant

III.3. Déterminants intervenant dans le choix du médecin

III.3.1. En fonction de l'âge des enfants

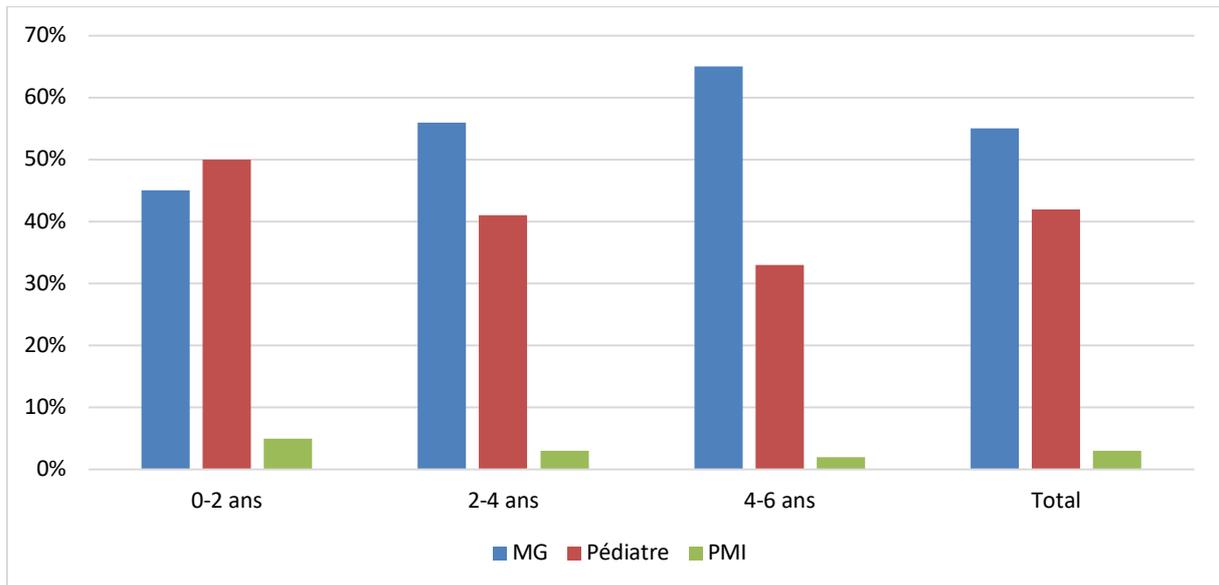


Figure 29 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'âge de l'enfant

Âge moyen des enfants suivis régulièrement par :

- Médecin généraliste (MG) : 3 ans.
- Pédiatre : 2 ans et 6 mois.
- PMI : 1 an et 9 mois.

III.3.2. En fonction de l'âge des parents (père/mère)

Père

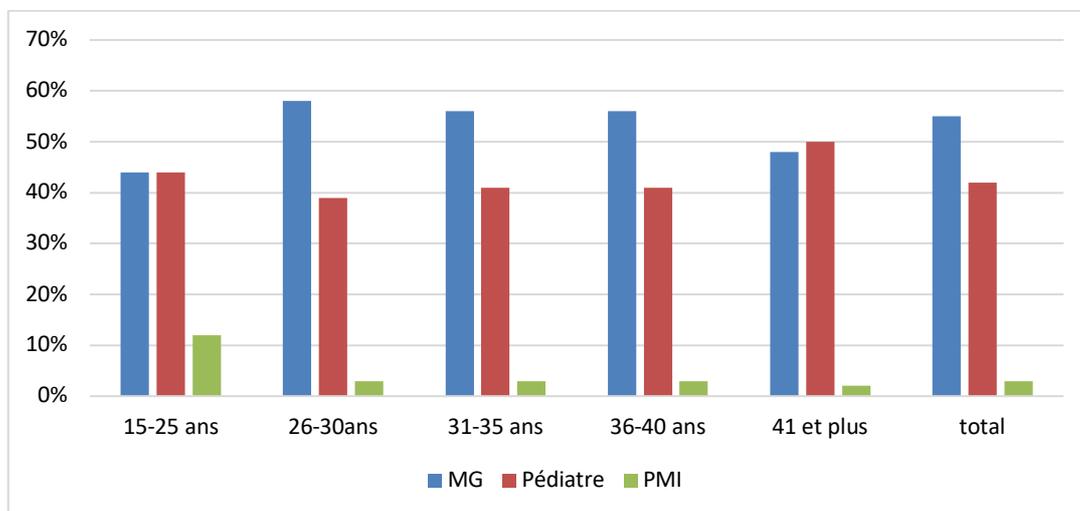


Figure 30 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'âge du père

Mère

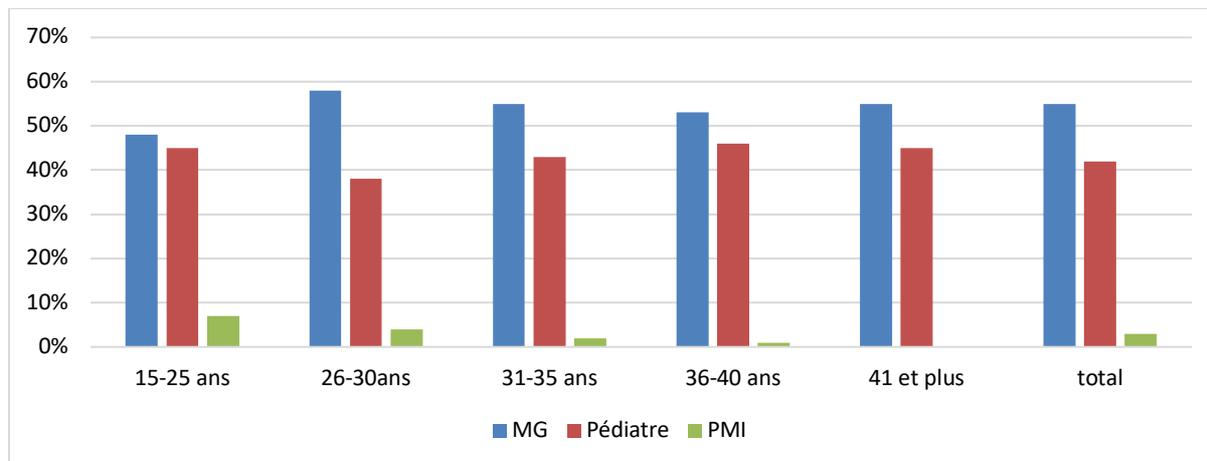


Figure 31 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'âge de la mère

III.3.3. En fonction de la catégorie socio-professionnelle (père/mère)

Père

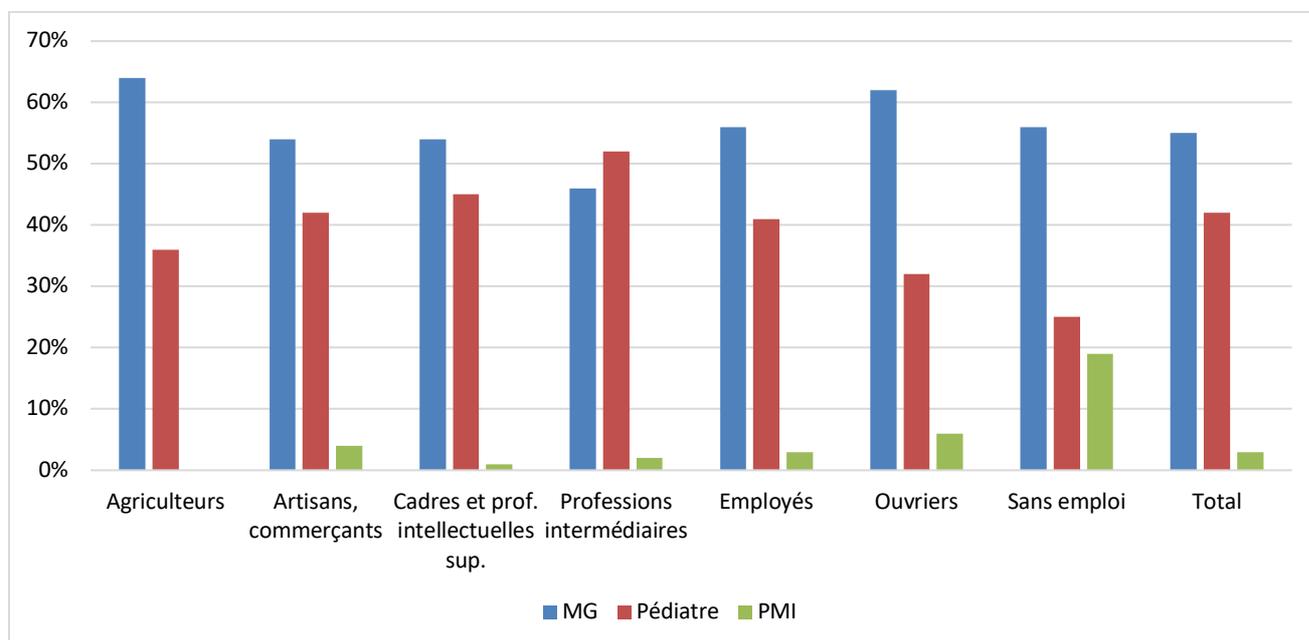


Figure 32 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de la CSP du père

Mère

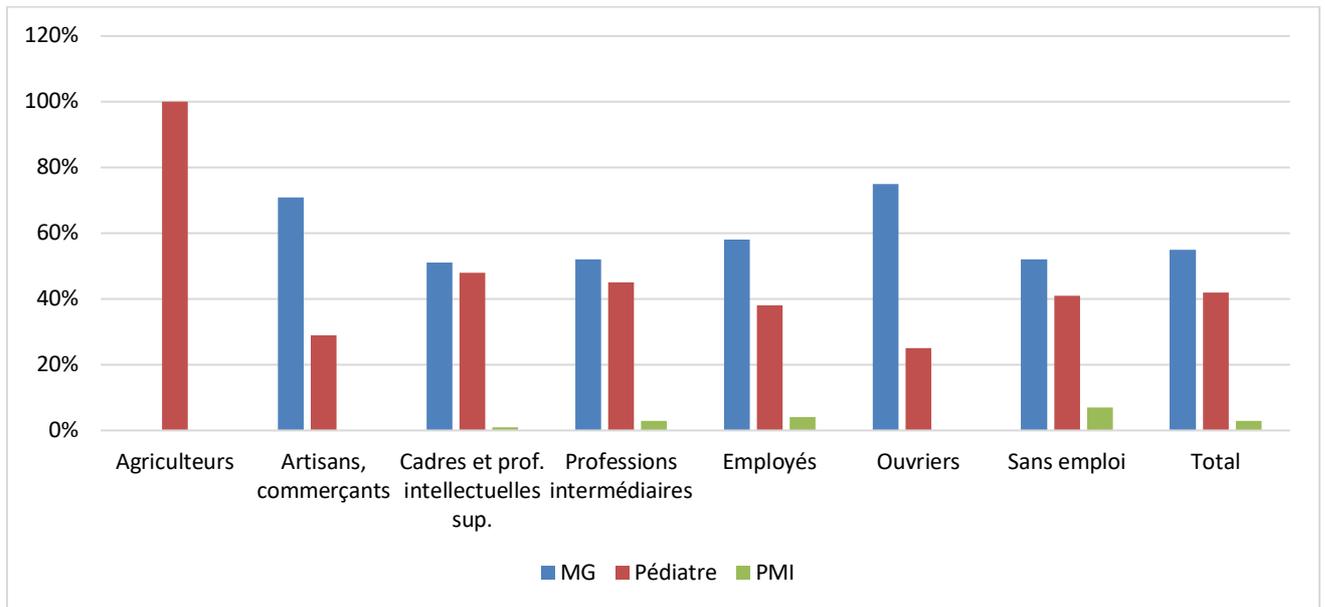


Figure 33 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de la CSP de la mère

III.3.4. En fonction du lieu de résidence

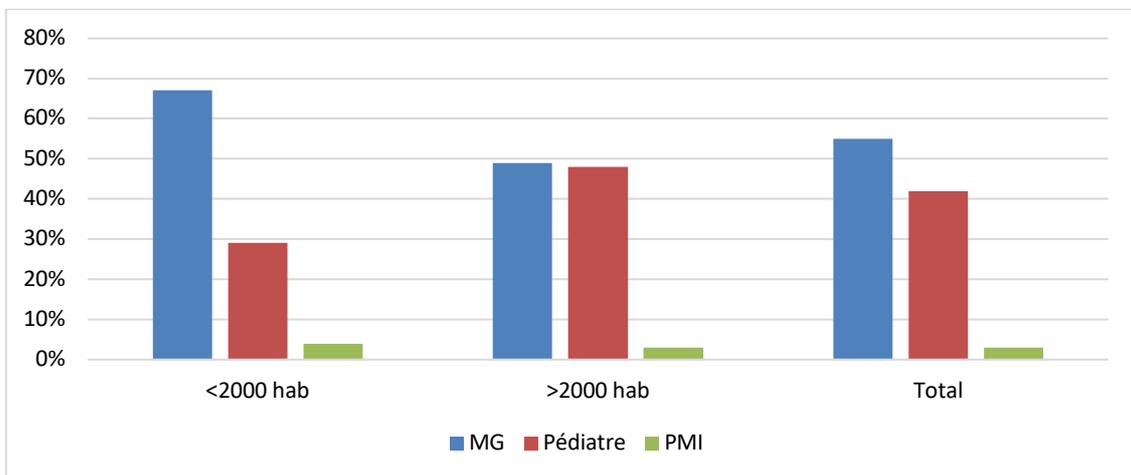


Figure 34 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du lieu de résidence

III.3.5. En fonction du nombre d'enfants au domicile

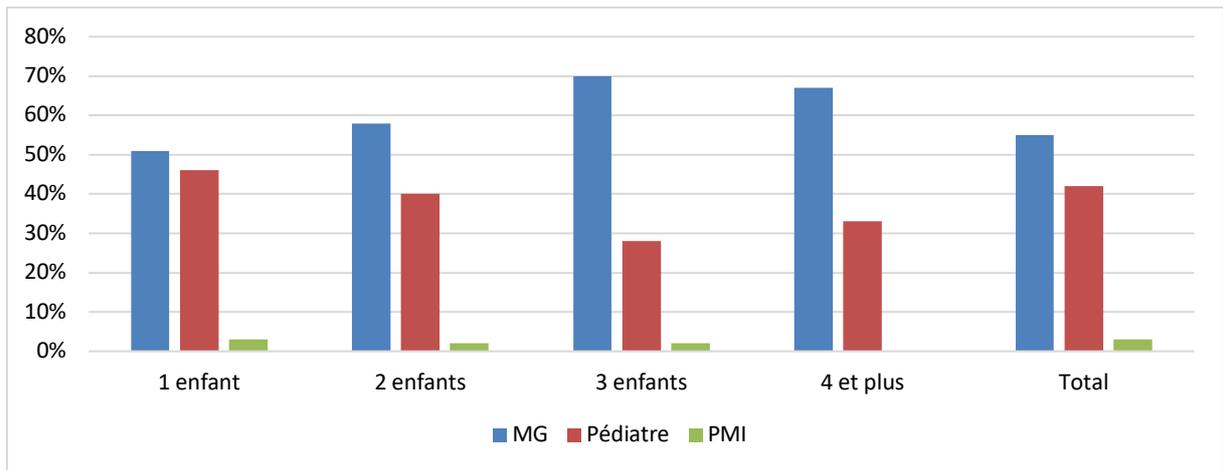


Figure 35 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du nombre d'enfants dans le foyer

III.3.6. En fonction de la prématurité

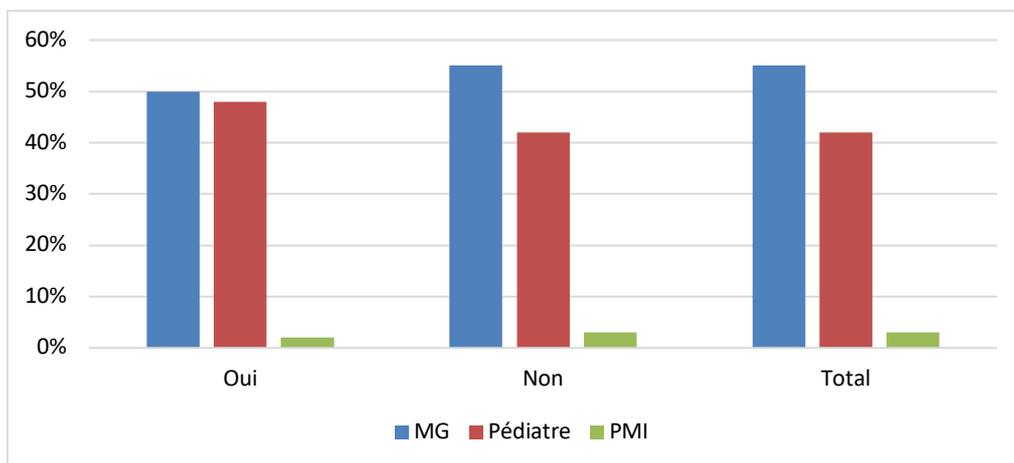


Figure 36 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'existence d'une prématurité ou non

III.3.7. En fonction de la présence d'une maladie chronique

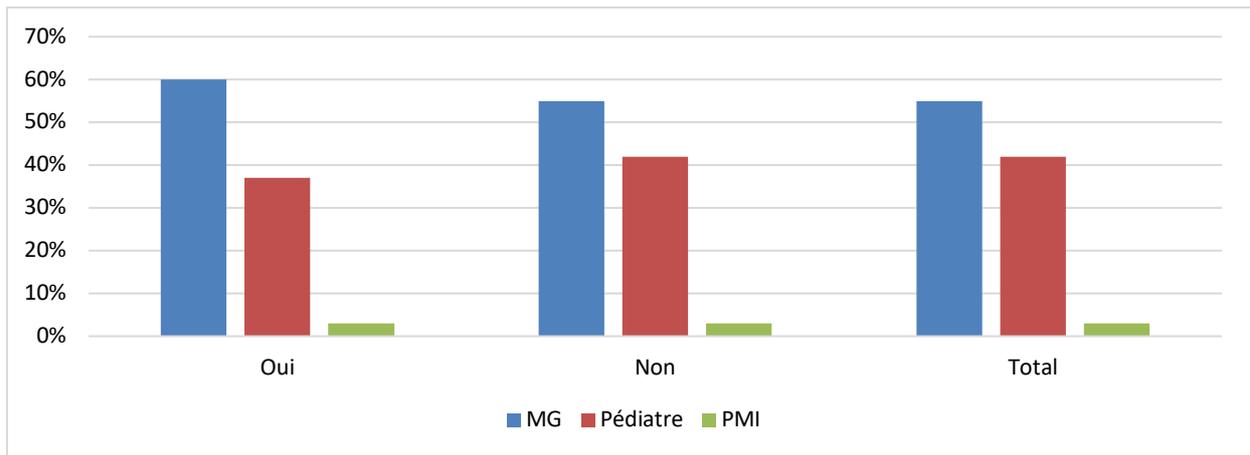


Figure 37 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction de l'existence d'une maladie chronique ou non

III.3.8. En fonction d'une pathologie découverte pendant la grossesse

144 personnes ont répondu oui à cette question.

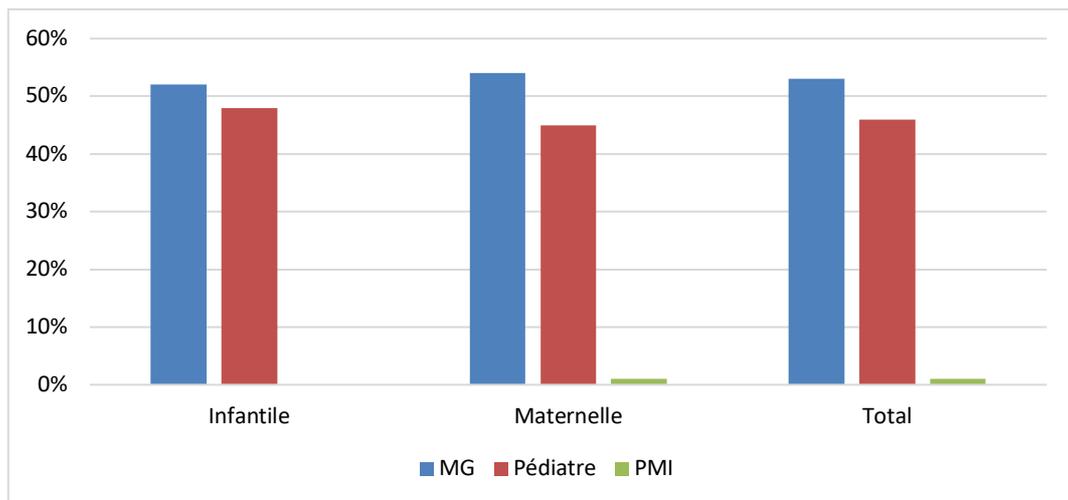


Figure 38 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du type de pathologie découvert pendant la grossesse

III.3.9. En fonction de l'existence de complications lors de l'accouchement ou non

239 personnes ont répondu positivement à cet item, 218 d'entre elles ont sélectionné un item unique contre 20 d'entre elles qui en ont sélectionné 2 et une seule a sélectionné les 3, ce qui ramène le total à 255 réponses.

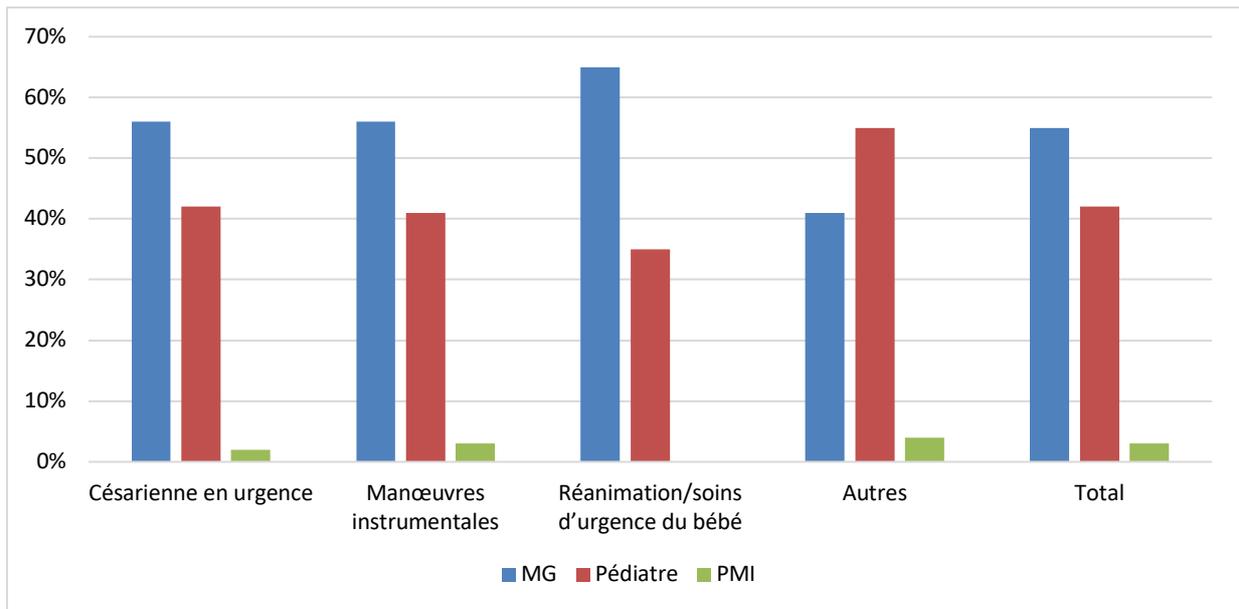


Figure 39 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du type de complications lors de l'accouchement

III.3.10. En fonction du nombre de consultations ces douze derniers mois

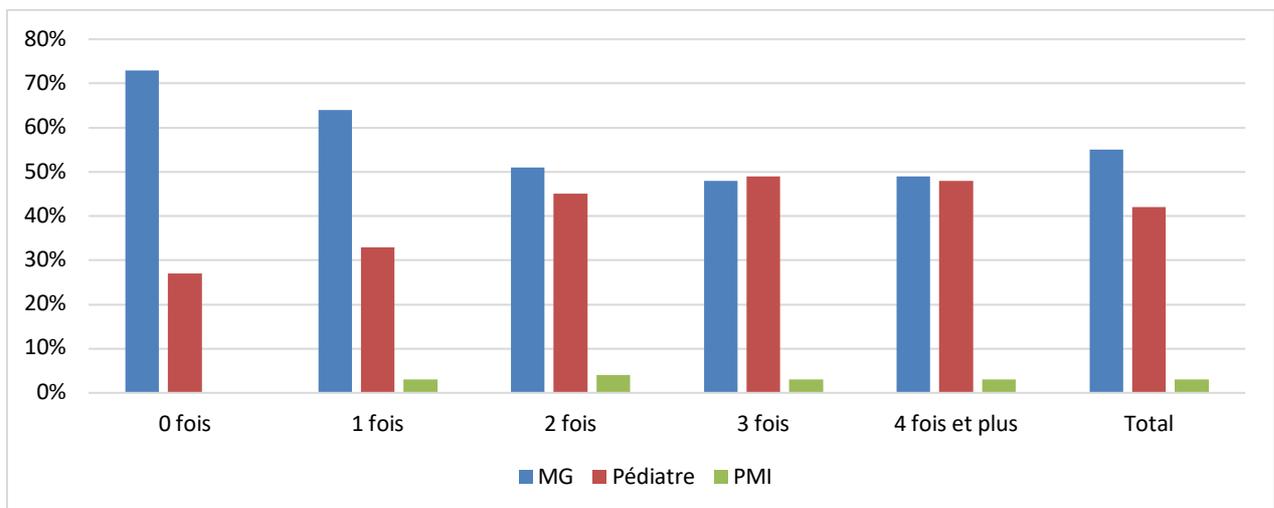


Figure 40 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du nombre de consultations par an

III.3.11. En fonction du temps pour se rendre chez ce médecin

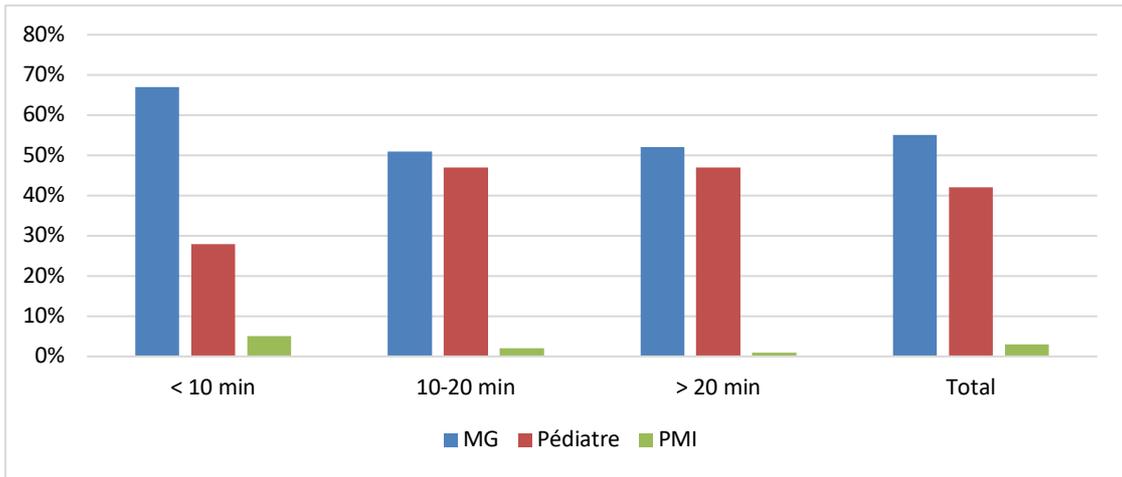


Figure 41 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du temps de trajet pour s'y rendre

III.3.12. En fonction du suivi médical des parents étant eux-mêmes enfants (père/mère)

Père

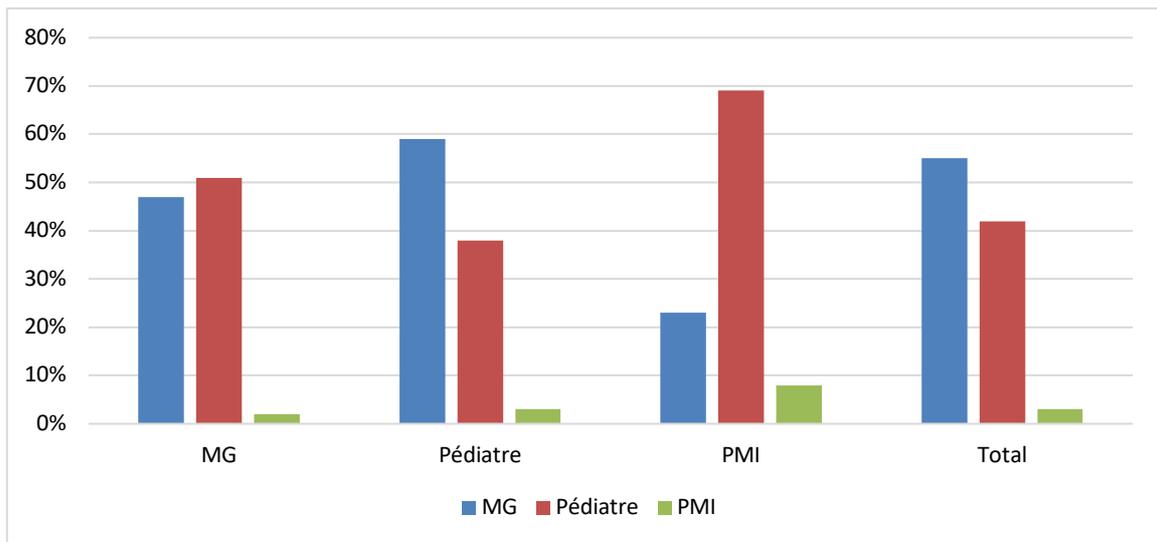


Figure 42 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du suivi médical du père étant enfant

Mère

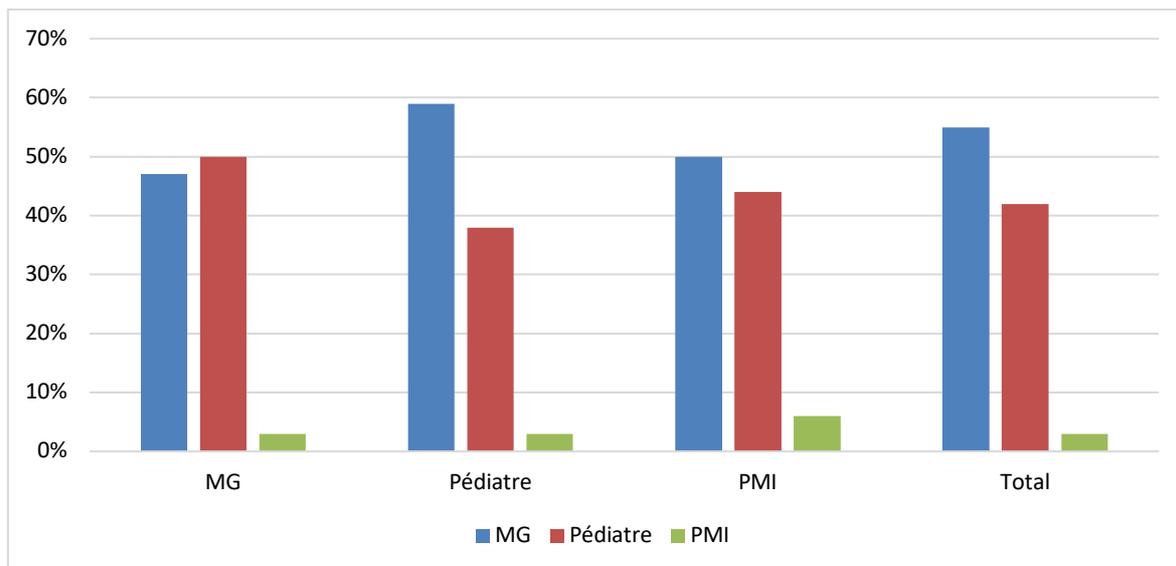


Figure 43 : Médecin choisi pour le suivi régulier en fonction du suivi médical de la mère étant enfant

III.4. Ressenti des parents

III.4.1. Relation médecine générale/pédiatrie

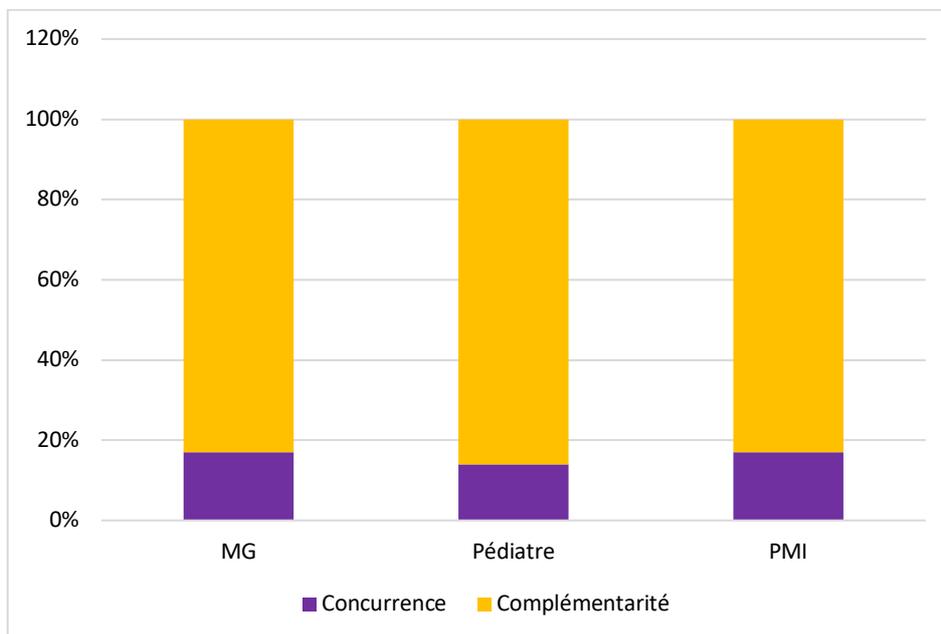


Figure 44 : Ressenti des parents quant à la relation entre la médecine générale et la pédiatrie en fonction du médecin choisi pour le suivi régulier de leur enfant

III.4.2. Inquiétude quant à la diminution du nombre de pédiatres libéraux

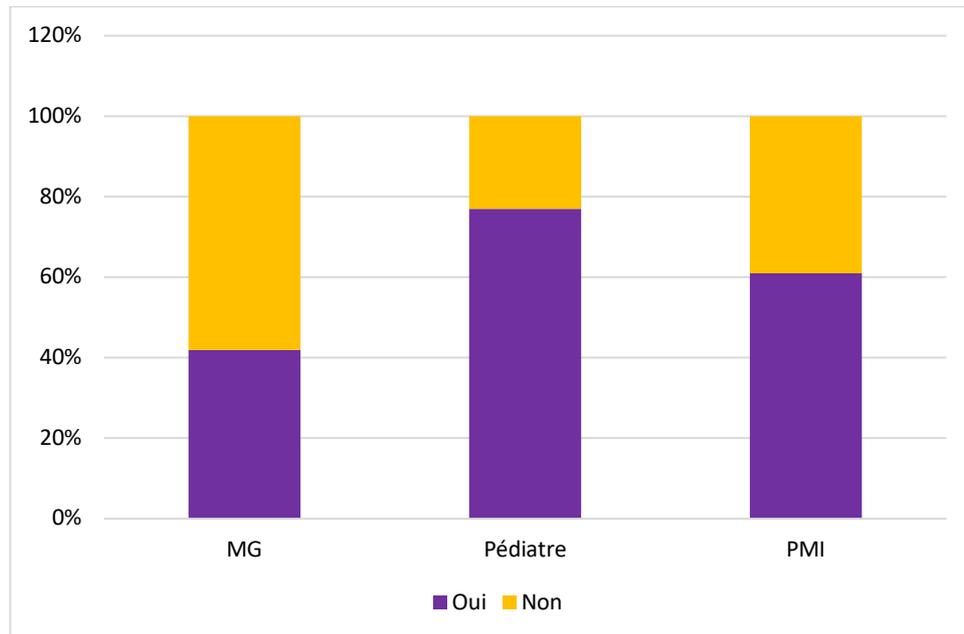


Figure 45 : Inquiétude des parents quant à la diminution du nombre de pédiatres libéraux en fonction du médecin choisi pour le suivi régulier de leur enfant

III.5. Commentaires généraux

Les commentaires libres des parents interrogés sont présentés en **annexe 2**. Le caractère facultatif de cette question fait qu'il n'existe que 89 commentaires sur les 622 réponses de notre étude.

IV. Discussion

Dans cette partie, nous allons analyser et interpréter les résultats de notre enquête, nous allons ensuite les confronter avec ceux de la littérature, et nous comparerons nos résultats avec ceux d'autres auteurs ayant traité du même sujet.

Enfin, nous soumettrons quelques propositions afin d'optimiser le suivi médical des enfants en France et ainsi répondre aux attentes des parents.

IV.1. Forces et limites de l'étude - validité interne

IV.1.1. Points forts

Peu de thèses ont cherché à déterminer les critères de choix des parents pour le suivi médical habituel de leurs enfants de moins de 6 ans.

Trois publications similaires ont été retrouvées sur le sujet.

La première correspond à la thèse d'exercice de Sarah Poitrasson-Tigrinate datant de 2009 (34). Il s'agissait d'une enquête par questionnaire ayant porté sur un petit échantillon de quarante nourrissons de moins de 2 ans recrutés dans quatre crèches de la région PACA, de ce fait, les résultats n'ont pas pu être extrapolés à la population générale. La seconde est aussi une thèse d'exercice de Marie Michel soutenue en 2013 qui a cherché à déterminer les critères de choix des parents mais s'est limité à la région Midi-Pyrénées (35). Et enfin la dernière statistiquement représentative de la population générale, celle de Laurence Myara-Zenou, datant de 2014, n'a pas pris en compte la part des enfants suivis régulièrement par la PMI (36).

Quant aux autres publications retrouvées sur ce sujet, elles cherchent plutôt à chiffrer la proportion de parents ayant choisi le médecin généraliste ou le pédiatre pour le suivi médical régulier de leur enfant. Cependant les motivations réelles de ce choix n'ont pas été recueillies ni étudiées statistiquement.

D'autres publications, plutôt d'ordre qualitatif, se sont intéressées aux attentes et aux ressentis des parents d'enfants suivis par le médecin généraliste ou le pédiatre (37)(38)(39)(40).

Enfin d'autres thèses se sont posé la question de la formation initiale des internes de médecine générale et de pédiatrie et de la mise en place d'un enseignement spécifique pour les soins primaires pédiatriques en ambulatoire (41)(42)(43)(44).

Certains sites internet de parents ont aussi participé au débat et ont exposé des arguments pour orienter le choix. (45)(46)

Notre étude a donc pris en compte tous les acteurs mobilisés pour le suivi régulier des enfants de moins de 6 ans, à savoir le généraliste, le pédiatre ou le médecin de PMI. Notre étude s'est aussi voulue nationale afin d'obtenir des résultats extrapolables à la population française.

IV.1.2. Points faibles

IV.1.2.1. Biais

Le principal biais rencontré est celui lié au recrutement de la population.

En effet, le lien a été diffusé via les réseaux sociaux, il fallait donc être abonné soit à un groupe soit à une personne physique pour pouvoir y répondre. Il a aussi été diffusé aux parents d'enfants inscrits dans quelques crèches de la Haute-Vienne mais il nous est impossible de connaître la part de chaque sous-groupe et leur provenance.

IV.2. Discussion des résultats - validité externe

Selon l'assurance-maladie, avant l'âge de 16 ans, 79 % des enfants consultent uniquement, à la demande de leurs parents, un médecin généraliste. Ils ne sont que 5 % à consulter uniquement un pédiatre et 16 % à voir les deux. Par ailleurs, toujours selon l'assurance-maladie, les médecins généralistes effectuent 61 % des consultations et visites délivrées aux enfants de moins d'un an par les médecins du premier recours (généralistes, pédiatres et médecins de PMI confondus). Ce pourcentage monte à 83 % pour les enfants de 3 ans et au-delà plus l'âge de l'enfant est grand. (47)

Dans notre étude, nous retrouvons des résultats quasi-similaires, les enfants de moins de 6 ans sont suivis à 55% par un médecin généraliste, à 42% par les pédiatres et à 3% par les médecins de PMI. Cependant les résultats sont plus nuancés car les nourrissons sont un peu plus suivis par le pédiatre que par le médecin généraliste (50% contre 45%).

En comparant nos résultats à ceux des précédentes études relevant du même sujet mais datant d'il y a 7 ans, on note une évolution et même une inversion de la tendance du suivi régulier des enfants de moins de 6 ans. En effet les médecins généralistes sont désormais les acteurs de santé de premier recours majoritairement consultés pour le suivi médical habituel.

La PMI est reléguée au dernier plan, elle n'attire pas et bien que les différentes politiques se sont efforcées à lui redonner une place privilégiée, celle-ci n'a pas su retrouver un rôle central dans le suivi des 0-6 ans alors que c'est une de principales missions qui l'anime. Nous sommes bien loin des 10% des enfants de moins de 6 ans (3% dans notre étude) annoncés par le rapport ministériel du Pr. Danièle Sommelet en 2009 ou des 11% avancés par la députée Michèle Peyron en 2016. (20)(19)

IV.2.1. Analyse des caractéristiques sociodémographiques

IV.2.1.1. Analyse des caractéristiques des enfants recrutés

Âge

La population recrutée est assez homogène, la répartition des âges est bien équilibrée.

L'âge de l'enfant semble être un facteur déterminant dans le choix du praticien pour le suivi médical habituel. En effet, les moins de 2 ans sont majoritairement suivis par le pédiatre (50% contre 45% par le médecin généraliste), alors qu'à partir de 2 ans le choix s'équilibre davantage, pour basculer vers une majorité de suivi par le médecin généraliste (56% pour les 2-4 ans et 65% pour les 4-6 ans).

L'âge moyen des enfants suivis par le médecin généraliste est de 3 ans. Celui des enfants suivis par un pédiatre s'abaisse à 2 ans et demi quant à celui des enfants suivis en PMI il est de 1 an et 9 mois.

On peut avancer comme hypothèse que pour un nourrisson, les parents privilégieront un suivi par le pédiatre pour le dépistage des anomalies liées au développement ou à la croissance.

Par la suite, les enfants plus grands, ayant eu probablement déjà recours à un médecin généraliste pour une pathologie aiguë, ont poursuivi le suivi médical habituel avec celui-ci.

Cette différence est statistiquement significative ($p=0,00123$).

Sexe

Il en est de même concernant la répartition des enfants en fonction de leur sexe, nous retrouvons 51% de garçons pour 49% de filles ce qui correspond bien à la répartition dans la population générale pour cette catégorie d'âge. (1)

On ne retrouve pas de différence significative liée au sexe de l'enfant pour le suivi habituel.

Prématurité

Dans notre échantillon, 42 enfants sont nés prématurément soit 7% de l'effectif.

On note une différence : les enfants nés prématurément sont majoritairement suivis par le pédiatre (8% des enfants suivis par un pédiatre sont prématurés contre 6% pour ceux qui sont suivis par un médecin généraliste).

Cependant cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,442$).

Maladie chronique

35 enfants sont porteurs d'une maladie chronique représentée en majorité par l'asthme quel que soit son niveau de sévérité (18 sur les 35) et ensuite par des maladies plus rares.

60% sont suivis par un médecin généraliste (en majorité ceux porteurs d'un asthme).

Pour les maladies plus complexes (anévrisme coronarien, syndrome de Marshall, syndrome de Noonan, maladie cœliaque, ...), le choix du suivi s'est naturellement porté sur le pédiatre qui a bénéficié d'une formation plus spécifique et plus poussée au cours de sa formation que le médecin généraliste.

Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,559$).

IV.2.1.2. Analyse des caractéristiques des parents recrutés

Âge des parents

La tranche d'âge la plus représentée dans notre échantillon est celle des 31-35 ans que ce soit chez les mères (42,6%) ou chez les pères (40,2%). Ceci coïncide avec l'âge moyen des parents au niveau national. Les femmes accèdent à la parentalité de plus en plus tard.

Différents facteurs peuvent expliquer cette évolution, notamment la diffusion des moyens de contraception, la généralisation des études et la place croissante des femmes sur le marché du travail.

Selon l'INSEE, en France, l'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant atteint 28,5 ans en 2015, ce chiffre subit un accroissement depuis 1974.

En 2015, tous rangs de naissance confondus, les femmes accouchent en moyenne à 30,4 ans en 2015. Quant à l'âge moyen du père à la naissance d'un enfant, il était de 33,1 ans cette année-là. (48)

L'âge des parents semble être un facteur déterminant quant au choix du praticien puisque l'on remarque que pour les plus jeunes parents (tranche des 15-25 ans) il existe une différence quant au choix qui est fait : plus largement porté sur le médecin de PMI et le pédiatre. Peut-être est-ce lié à leur faible expérience et à leur tout nouveau statut de parents.

Les parents plus âgés ont probablement choisi le médecin généraliste parce qu'ils le voient plus souvent pour leurs propres pathologies.

Cependant la tranche des 41 ans et plus choisit un peu plus le pédiatre, peut-être est-ce lié à leur tardive parentalité.

La différence de suivi compte tenu de l'âge des parents n'est pas statistiquement significative ($p=0,654$ et $p=0,753$).

Catégories socio-professionnelles des parents

Les employés et les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les catégories les plus représentées dans notre effectif (respectivement 37% et 31% de notre échantillon total). Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont un peu plus représentés dans notre étude que dans la population générale, probablement lié au fait, que l'outil informatique est plus largement généralisé et facile d'accès dans les populations aisées.

Nous pouvons constater que les catégories socioprofessionnelles avec les revenus les plus élevés choisissent davantage le pédiatre comme c'est le cas pour les cadres et les professions intermédiaires.

A l'inverse, les catégories avec des revenus moyens ou plus faibles vont choisir davantage le médecin généraliste comme les ouvriers, les employés, les agriculteurs ou les artisans.

La différence de suivi en prenant en compte les catégories socioprofessionnelles des parents n'est pas statistiquement significative ($p=0,521$ et $p=0,207$).

Nombre d'enfants par famille

La présence d'une fratrie ou non semble être un élément déterminant dans le choix du praticien assurant le suivi des enfants.

Dans notre étude, les 2 sous-groupes sont comparables puisqu'il y a 318 familles avec un seul enfant (51% de l'effectif total) contre 304 familles avec plusieurs enfants (49%).

Cette différence est statistiquement significative ($p=0,0228$).

On observe que plus les familles s'agrandissent et plus elles se dirigent vers le médecin généraliste pour le suivi médical habituel.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- En premier lieu, cela rejoint ce que l'on a évoqué précédemment c'est-à-dire que les jeunes parents consultent moins leur médecin traitant pour une pathologie les incombant, il n'y a peut-être pas encore de relation de confiance installée. Les parents plus âgés donc ayant plusieurs enfants ont déjà été amenés à consulter le médecin généraliste pour eux-mêmes ou pour leurs aînés, ce qui a permis d'installer une relation médecin-malade de qualité et durable, ils considèrent donc que leur cadet peut bénéficier du même suivi. 70% des familles ayant 3 enfants ou plus choisissent le médecin généraliste pour le suivi du dernier enfant.
- Autre hypothèse, qui relève du domaine financier, les consultations chez le pédiatre sont plus onéreuses que chez le médecin généraliste, d'autant plus si celui-ci applique des dépassements d'honoraires, ce qui est devenu très fréquent ces dernières années. Une famille avec plusieurs enfants aura donc tendance à faire le choix du médecin généraliste pour alléger le budget santé.

Lieu de résidence

Le lieu d'habitation est fatalement un facteur déterminant dans le choix du praticien assurant le suivi médical habituel.

En effet comme on s'y attendait, les ménages vivant dans des communes de moins de 2000 habitants choisissent majoritairement le médecin généraliste. Ceci s'explique par la moindre présence des pédiatres libéraux en zone rurale, en effet si la densité moyenne nationale était de 66,9 pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 15 ans) en 2018 avec les chiffres les plus hauts en Ile-de-France (97) et en région PACA (83), elle était beaucoup plus basse dans le reste du territoire notamment en Haute-Normandie (40) et dans le Poitou-Charentes (41). Plus de 90% des pédiatres libéraux exercent en pôle urbain. (23)

En ce qui concerne les communes de plus de 2000 habitants le résultat est plus mitigé (49 contre 48%) mais on remarque cependant une petite différence en faveur du pédiatre.

Ces différences sont statistiquement très significatives ($p=0,00004107$).

Pathologie pendant la grossesse

Nous pouvons constater que si une pathologie est découverte pendant la grossesse, si elle est maternelle il n'y a pas d'incidence importante sur le futur suivi de l'enfant, les résultats sont similaires.

Par contre si la pathologie concerne l'enfant et a des répercussions sur sa vie actuelle (maladie chronique évolutive ou stabilisée) il y a une légère différence en faveur du pédiatre.

Cela semble logique puisque l'enfant bénéficie d'un suivi spécialisé par un pédiatre qui a reçu une formation spécifique au cours de son cursus et qui a donc les compétences nécessaires à la délivrance des soins ou conseils liés à sa maladie.

Complications de l'accouchement

Il n'y a pas de différence constatée entre les 3 groupes étudiés hormis sur l'item autres qui regroupe comme motifs de complications de l'accouchement : 5 déclenchements, 4 hémorragies de la délivrance et 6 complications complexes (plusieurs complications associées qu'elles soient maternelles ou infantiles, exemple : déclenchement avec finalement césarienne en urgence pour souffrance fœtale). En effet, 55% des mamans qui ont vécu plusieurs complications lors de l'accouchement se sont ensuite dirigées vers le pédiatre pour le suivi de leur bébé.

Nombre de consultations par an

Nous remarquons que les enfants ne consultant pas ou peu sur une année sont majoritairement suivis par le médecin généraliste. A contrario, ceux consultant plus de 2 fois par an sont vus en majorité par le pédiatre. Cet « excès » de consultations est peut-être lié au fait que les parents amenant leurs enfants chez le pédiatre le font pour des pathologies lourdes ou chroniques et nécessitent donc un suivi plus soutenu et régulier.

Les enfants en « meilleure santé » verraient donc plus le médecin généraliste pour des pathologies aiguës bénignes ou pour un bilan annuel.

Une autre hypothèse peut être avancée : nos résultats nous ont montré que les enfants suivis majoritairement par le pédiatre étaient des nourrissons. Cette période de la vie nécessite des consultations régulières et fréquentes à des âges déterminés, cela expliquerait donc qu'ils consultent plus au cours d'une année.

Temps de trajet

Le temps de trajet est aussi un élément déterminant pour le choix du praticien puisque les parents qui effectuent des trajets de moins de 10 minutes pour se rendre chez le médecin choisi sont 67% à se rendre chez le médecin généraliste contre 28% chez le pédiatre et 5% pour la PMI.

Ceci s'explique comme nous l'avons vu précédemment par la disponibilité et la répartition territoriale des pédiatres libéraux en France.

Le médecin généraliste est un médecin de premier recours, accessible et disponible notamment dans les zones rurales, il est parfois même le seul acteur de santé présent.

Cette différence est statistiquement très significative ($p=0,000347$).

Suivi médical des parents étant enfants

Les tableaux et les chiffres nous montrent que les enfants suivis actuellement par un pédiatre ont des parents qui ont eux-mêmes été suivis en majorité par des pédiatres (65% pour les pères et 58% pour les mères), c'est donc naturellement que ces parents ont confiés leurs enfants à un pédiatre.

Concernant les enfants du groupe médecin généraliste, nous pouvons voir une évolution puisque les parents étaient majoritairement suivis par un pédiatre quand ils étaient enfants mais le contexte actuel avec la pénurie de pédiatres et l'amélioration de la formation des

médecins généralistes ont conduit à un revirement et à un suivi majoritaire par le médecin généraliste.

IV.2.1.3. Analyse des critères de choix des parents pour le choix du praticien

Notre questionnaire proposait aux parents interrogés 8 éléments pour lesquels ils avaient choisi tel ou tel praticien pour le suivi médical habituel de leur enfant de moins de 6 ans.

- La proximité géographique (du lieu de vie ou du travail)
- La confiance et le relationnel
- La compétence professionnelle en pédiatrie
- La réputation via le bouche-à-oreille
- La disponibilité pour les urgences
- L'aménagement du cabinet
- La délivrance de conseils spécifiques
- Le prix de la consultation

Nous leur avons demandé de choisir les 3 principales raisons de ce choix afin de les motiver à expliquer pourquoi certaines plus que d'autres.

Pour le médecin généraliste voici les 3 raisons les plus sélectionnées et dans l'ordre :

- La confiance et le relationnel
- La proximité géographique
- La compétence professionnelle

Puis viennent ensuite :

- La disponibilité
- La délivrance de conseils spécifiques
- La réputation via le bouche-à-oreille
- Le prix de la consultation
- L'aménagement du cabinet

Ceux ayant choisi le pédiatre l'ont fait dans cet ordre pour :

- La confiance et le relationnel
- La proximité géographique
- La réputation/bouche à oreilles

Puis viennent ensuite :

- La disponibilité

- La compétence professionnelle
- La délivrance de conseils spécifiques
- L'aménagement du cabinet
- Le prix de la consultation

Les groupes médecin généraliste et pédiatre restent assez comparables dans les critères de choix ce qui montre que les parents estiment que ces 2 professionnels sont tout à fait en mesure de prendre en charge le suivi de leurs petits.

Les items confiance/relationnel et proximité géographique sont les 2 premiers à être choisis toutes catégories de professionnels confondues ce qui montre que les praticiens sont avant tout choisis pour la relation de confiance installée avec les familles et pour une facile accessibilité.

L'item prix de la consultation arrive en dernière position pour le groupe « pédiatre » et en avant-dernière pour le groupe « MG » ce qui est probablement lié au fait que la majorité des parents de notre étude fait partie d'une classe moyenne à aisée. Cela n'aurait probablement pas été le cas si notre échantillon contenait une population plus défavorisée.

Il est important pour les familles ayant choisi le pédiatre que celui-ci ait bonne réputation auprès de leurs proches et de leur entourage, ce qui facilite et favorise leur choix, cet item arrive en effet en troisième position dans ce groupe.

IV.2.1.4. Analyse du ressenti des parents

IV.2.1.4.1. Sur la relation médecin généraliste/pédiatre

La relation médecin généraliste/pédiatre est souvent considérée comme concurrente, cette rivalité est fréquemment mise en avant par les médias devant la demande de reconnaissance de statut demandée par les praticiens eux-mêmes, qu'ils soient médecins généralistes ou pédiatres.

Le dernier débat lancé sur la scène politico-médiatique a été l'instauration d'un médecin traitant pour tous, y compris les enfants de moins de 16 ans qui étaient jusque-là exclus du parcours de soin coordonné. (49)

Cette reconnaissance de statut pour certains a été vue comme une offense pour les autres. (47)

Les médias, les revues médicales ou encore internet ont été la scène d'oppositions entre les différents praticiens, où chacun affirme et défend sa spécialité, n'hésitant pas à critiquer la formation, les pratiques et les compétences de son confrère. (50)

Devant cette rivalité, nous avons voulu recueillir le ressenti des parents sur cette question.

La majorité d'entre eux (84%) voit cette relation comme complémentaire contre 16% qui la considère comme concurrente. Ce sont principalement les parents ayant choisi le médecin généraliste qui voient cette relation comme concurrente (60% d'entre eux).

IV.2.1.4.2. Sur la diminution du nombre de pédiatres libéraux

D'une manière générale, les parents étaient majoritairement inquiets de la baisse du nombre de pédiatres libéraux (57%). L'inquiétude s'est logiquement fait ressentir dans le sous-groupe de parents d'enfants suivis habituellement par le pédiatre (77% d'entre eux se disent inquiets). Rassurer les parents est donc primordial face à cette anxiété. Cela peut passer par une information sur la formation et la compétence en pédiatrie des médecins généralistes. Il est aussi indispensable d'établir une relation médecin-enfant-parent de qualité et durable et ne pas oublier que chaque spécialiste a ses propres limites et qu'en cas de nécessité la demande d'une expertise pédiatrique est disponible et accessible.

IV.3. Suivi régulier par un médecin de PMI

Dans notre étude, les enfants régulièrement suivis par un médecin de PMI n'étaient que 18. Ce chiffre trop bas ne nous permet pas de comparer les critères de choix de ce sous-groupe avec ceux des enfants régulièrement suivis par un médecin généraliste ou par un pédiatre.

3% des parents interrogés faisaient suivre leur enfant par la PMI contre 7% retrouvée dans la thèse d'exercice de Marie Michel en 2013 et 10% annoncé par la ministre Danièle Sommelet dans son rapport de 2009. Il y a une réelle crise dans ce secteur socio-sanitaire. Le dernier chiffre connu est celui du rapport de la députée Michèle Peyron qui a avancé 621 000 enfants régulièrement suivis par la PMI en France soit normalement 11% des moins de 6 ans (DREES 2015) (19). Nous sommes bien loin de ces chiffres aujourd'hui.

Notre résultat peut être expliqué par le fait que le profil des parents consultant en PMI majoritairement défavorisé et issu des quartiers populaires a sans doute un accès aux outils informatiques plus restreint que le reste de la population.

La diffusion de notre questionnaire sur les réseaux sociaux (forums d'entraide de jeunes mamans) a peut-être été un frein à l'accès aux parents les plus fragiles.

La difficulté du recrutement des médecins de PMI et l'actuelle population vieillissante de ses effectifs peut aussi expliquer ce chiffre si bas.

Pour le médecin de PMI, voici les principales motivations recueillies :

- La proximité géographique
- La confiance et le relationnel
- La compétence professionnelle
- Le prix de la consultation
- L'aménagement du cabinet
- La délivrance de conseils spécifiques
- La disponibilité

L'item réputation via le bouche-à-oreille n'a jamais été avancé pour les ménages ayant choisi le médecin de PMI.

Le sous-groupe ayant fait le choix du médecin de PMI pour le suivi régulier de leur enfant se démarque des 2 autres par la recherche d'un médecin proche de leur lieu de vie, et l'item

relevant de la gratuité des soins arrive en quatrième position ce qui montre que c'est un facteur déterminant pris en compte par les familles qui consultent dans ces structures.

50% des enfants suivis en PMI sont des nourrissons, ce chiffre s'abaisse à 33% pour les 2-4 ans pour atteindre 17% pour la tranche d'âge des 4-6 ans. Ces chiffres correspondent bien à la répartition du nombre de consultations infantiles délivrées chaque année. (19)

Les parents consultants en centre de PMI sont jeunes, 61% des mères consultants en PMI ont moins de 30 ans, ce chiffre passe à 94% pour les moins de 35 ans, pour les pères ils sont 72% à avoir moins de 35 ans. Il s'agit de ménages modestes occupant des postes d'employés ou d'ouvriers (respectivement 50% pour les femmes et 33% et 22% pour les hommes). 33% des mères de ce sous-groupe sont sans emploi, quant aux pères ils sont 17% alors que dans la population générale ces chiffres sont respectivement de 8,7% et de 8,9%. (51)

Il n'y a pas de différence significative entre la ville et la campagne. En effet, les PMI sont des centres répartis assez équitablement sur le territoire pour permettre au plus grand nombre de bénéficier de leurs consultations, des permanences sont assurées dans les zones rurales.

IV.4. Propositions pour optimiser le suivi de l'enfant

Notre étude a permis de mettre en avant les critères des parents pour le choix du spécialiste réalisant le suivi de leurs enfants de moins de 6 ans. Nous avons également recueilli leur ressenti face à la relation qu'il existe entre les 3 spécialités comparées (médecine générale, pédiatrie et médecine de PMI) et nous avons tenté de comprendre leur inquiétude face à la diminution constante des pédiatres libéraux sur notre territoire.

Les informations recueillies, nos résultats et leurs analyses nous ont poussé à envisager des solutions et à soumettre des propositions pour améliorer, d'une part, les relations qui existent entre les différents acteurs de soin (médecin généraliste, pédiatre et médecin de PMI) entre eux et avec les familles (parents et enfants), et d'autre part d'optimiser le suivi des enfants en prenant en compte que la pédiatrie de ville telle que nous la connaissons aujourd'hui pourrait être amenée à disparaître, ou du moins, pourrait être amenée à évoluer fortement.

IV.4.1. Augmenter la disponibilité et la répartition des pédiatres libéraux

IV.4.1.1. Augmentation du recrutement et du nombre de postes offerts en pédiatrie

La pénurie démographique est la première justification des pédiatres libéraux pour expliquer l'inégalité d'accès de la majorité des enfants à leur cabinet. Il s'y ajoute une inégalité de répartition au niveau géographique, les pédiatres étant installés, comme la plupart des spécialistes (à l'exception des généralistes), dans les villes de plus de 50 000 habitants.

Les données démographiques dont nous disposons témoignent d'une inadéquation persistante entre la formation et les besoins en spécialistes de l'enfant, avec notamment une absence de renouvellement des installations en pédiatrie de ville – que ce soit une activité exclusivement libérale ou dans le cadre d'une activité partagée entre la ville et l'hôpital.

L'augmentation de la disponibilité passe, pour le Pr Sommelet et le Pr Bocquet, par une augmentation des internes formés en pédiatrie. Cette augmentation est en cours. En 2030, il devrait y avoir 20% de pédiatres supplémentaires par rapport à 2006. (52)

Augmentation du nombre de postes offerts à l'ECN

Le nombre de postes offerts en médecine générale et en pédiatrie aux prochaines ECN est amené à augmenter chaque année jusqu'en 2023-2024.

C'est 55 places de plus qui seront affectées à la spécialité pédiatrique en 5 ans.

Cela permettra de recruter plus d'internes qui se formeront à la pédiatrie et éventuellement à la pédiatrie ambulatoire. Ainsi, il faudrait que cette évolution perdure et que le nombre de postes offerts en pédiatrie continue d'augmenter.

Tableau 2 : Nombre de postes offerts en médecine générale et en pédiatrie jusqu'en 2024

Spécialité	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Médecine générale	3403	3413	3451	3644	3688
Pédiatrie	327	327	332	350	354

Cependant cette évolution plutôt satisfaisante au premier abord ne suffira pas à remplacer les départs à la retraite prévus d'ici-là. A cela s'ajoute le nombre important de naissances chaque année. Même si le nombre de naissances a tendance à diminuer ces dernières années, en effet 767 000 bébés sont nés en 2017 contre 784 000 en 2016, la France reste le pays d'Europe où la natalité y est la plus forte : l'indice conjoncturel de fécondité était de 1,88 en 2017. (53)

La population des pédiatres vieillit : en 2016, 1735 pédiatres ont plus de 60 ans, ce qui imposerait - au minimum - la formation de 345 jeunes pédiatres par an sur les 5 prochaines années pour leur remplacement. Certains des bassins de vie ne recensent aucun pédiatre en exercice libéral ou mixte. Parmi les pays européens dont le système de soins primaires pédiatriques associe pédiatres et généralistes, la France est le pays qui a le moins de pédiatres par habitants (12,1 pour 100 000 habitants à comparer avec 15,3 en Autriche, 16,2 en Allemagne, ou même 29,1 en Italie). (54)

La moyenne d'âge des pédiatres est d'environ 49,2 ans en 2018, elle est plus élevée chez les hommes (55 ans) car le rajeunissement de la pyramide des âges est surtout le fait des installations de femmes (moyenne d'âge de 46,5 ans) ces dernières décennies.

Le taux de féminisation était de 69,6% en 2018. C'est donc une spécialité médicale largement représentée par la population féminine - 80% des internes en pédiatrie étaient des femmes en 2018. Cette féminisation de la pédiatrie explique en partie la difficulté d'accès à la pédiatrie ambulatoire par les familles du fait de l'aménagement du travail que préfère cette population. En effet, selon un rapport de l'ONDPS, les jeunes pédiatres diplômés préfèrent l'exercice salarié à l'exercice libéral car celui-ci leur offre la possibilité de travailler à temps partiel - avec une diminution « logique/forcée » du nombre de gardes et les avantages en termes de protection sociale et maternelle qu'implique le salariat. (21)

La majoration du nombre de pédiatres formés est indispensable pour permettre d'assurer une pédiatrie ambulatoire de qualité sur tout le territoire.

Pour passer d'une densité de 12 pédiatres pour 100 000 habitants à 13 pour 100 000, et placer la France au niveau de la Belgique ou de l'Allemagne, il est nécessaire de former 670 pédiatres supplémentaires dans les années à venir, en plus du renouvellement des effectifs démographiques actuels, soit 395 internes DES chaque année, au lieu des 327 actuels. (54)

Refonte de la maquette du DES de pédiatrie

Depuis 2017, le DES de pédiatrie comporte 5 ans et non plus 4. Cette période de formation se divise en une phase socle et une phase d'approfondissement comme en médecine générale.

La phase d'approfondissement doit comporter dans les 2 semestres libres et au mieux – ceci dans la mesure du possible car les terrains de stage en pédiatrie de ville sont rares et les maîtres de stage peu nombreux – un stage en pédiatrie ambulatoire.

IV.4.1.2. Revalorisation de la pédiatrie libérale

Le constat est indiscutable : il existe une réelle pénurie de pédiatres libéraux en France.

L'INSEE recense, au 1^{er} janvier 2018, 8205 pédiatres. Ils représentent donc 4,1% des médecins au total. 5580 (68%) ont un exercice salarié exclusif, 1805 (22%) une activité libérale exclusive et 820 (10%) une activité mixte.

La pédiatrie est une spécialité délaissée par les internes d'autant plus que les années de formation s'accompagnent de nombreuses gardes. La pédiatrie libérale qui en est une branche est reléguée au dernier plan, souvent car elle est mal connue ou qu'elle est considérée comme peu attractive. En effet les stages disponibles en ambulatoire ne sont pas nombreux et la diminution des remplacements n'aide pas à découvrir ce mode d'exercice spécifique.

Il est nécessaire de mieux valoriser le travail des jeunes pédiatres et ceci dès les premières années de formation, pour leur faire découvrir la pluralité des parcours professionnels et des possibilités de carrière qui s'offrent à eux et ainsi les inciter à renouveler les pédiatres ambulatoires.

Le revenu moyen des pédiatres libéraux est le plus faible de tous les spécialistes (avec les psychiatres) et il est parfois même largement inférieur à celui des généralistes. Il est classé à la 14^{ème} place sur 16 spécialités libérales (source DREES) bien qu'il ait bénéficié d'une des plus importantes revalorisations dans les années 2000. (21)

Une revalorisation de la consultation libérale souvent demandée par les pédiatres et une aide pour diminuer le coût des charges - qui augmentent d'année en année - permettrait peut-être d'attirer de nouveaux internes vers le libéral.

Une modification de la rémunération avec une tarification au forfait et non pas à l'acte comme c'est le cas aujourd'hui permettrait aussi de ne pas être dans la course au nombre de consultations au détriment du temps de consultation qui est souvent jugé trop court par les familles.

La Société Française de Pédiatrie (SPF) lors du Ségur de la santé de juin 2020 a proposé des mesures pour rendre la pédiatrie ambulatoire plus attractive : (54)

- Renforcer les assistanats partagés ville-hôpital.
- Augmenter les salaires des débuts de carrière : internes, assistants, chefs de clinique.
- Augmenter les salaires des praticiens attachés qui assurent cette coopération ville-hôpital.
- Assurer une meilleure reconnaissance des consultations pédiatriques en libéral.

IV.4.1.3. Améliorer la répartition géographique

Le contrat d'engagement de service public (CESP) créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, prévoit que les étudiants en médecine peuvent se voir accorder une allocation mensuelle à partir de la 2ème année des études médicales. Il existe de manière non discriminative pour toutes les spécialités médicales et promet des avantages financiers et fiscaux qui peuvent ainsi attirer les jeunes diplômés dans les zones sous-médicalisées.

En échange, les bénéficiaires s'engagent - pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum - à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. Souscrire un CESP, c'est aussi bénéficier d'un accompagnement individualisé durant toute la formation et d'un soutien au moment de l'installation ou de la prise de fonctions. (55)

Des postes de pédiatres ont ainsi pu être pourvus dans des zones déficitaires ou sous-dotées.

Ce dispositif revêt donc à la fois :

- Une dimension sociale par l'aide au financement des études ;
- Une dimension citoyenne puisqu'il complète les différentes mesures déjà mises en place par les collectivités territoriales et l'État pour développer l'attractivité de l'exercice de la médecine dans des territoires où la densité médicale est faible.

La SFP a aussi envisagé une solution pour essayer d'augmenter le nombre de consultations pédiatriques ambulatoires dans les zones géographiques déficitaires en pédiatres (presque exclusivement les zones rurales). Un développement d'exercices en lieux multiples a donc été proposé cependant que le nombre de pédiatres (toutes branches confondues) en France pour le nombre d'enfants de moins de 18 ans reste largement inférieur à ses voisins européens. Il se pose donc toujours le problème de la démographie médicale.

Le Pr. Danièle Sommelet, dans le cadre de sa mission ministérielle a émis l'idée de maisons de santé de l'enfant sur le même modèle que les « maisons de santé de l'adulte » avec la présence en ces lieux de professionnels médicaux et paramédicaux concourant à la bonne prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant en développement.

IV.4.2. Renforcer la formation des médecins généralistes

La part de l'activité pédiatrique est en constante augmentation dans la pratique des médecins généralistes. Il est donc nécessaire de bien former les internes de médecine générale.

Pour améliorer leurs compétences en pédiatrie, des cours couplés entre médecins généralistes et pédiatres universitaires hospitaliers ont été proposées par D. Sommelet ou encore par l'audition des pédiatres pour l'ONDPS en 2013. (56)

La commission recommande aussi de renforcer les compétences pédiatriques des professionnels impliqués dans la santé de l'enfant en rendant obligatoire un stage hospitalier d'au moins 8 semaines en pédiatrie pour les étudiants en DFASM2 (5^{ème} année de médecine) pour les initier et leur faire découvrir les spécificités de cette branche médicale.

La nouvelle maquette du DES de médecine générale rend obligatoire un stage en pédiatrie lors des 6 semestres de formation nommé « stage enfant ambulatoire », par exemple en extrahospitalier chez un praticien ayant une importante activité de pédiatrie et/ou en PMI ou en hospitalier dans le service de pédiatrie générale ou encore aux urgences pédiatriques. (57)

Il est dommage que ce stage ne puisse se dérouler dans un cabinet de pédiatrie libérale mais au vu de la pénurie et du manque de pédiatres libéraux pour les internes de pédiatrie, on comprend que les internes de médecine générale ne puissent en bénéficier.

La mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) sous l'égide de professionnels a permis une formation homogène et continue des médecins généralistes. En effet, le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Celui-ci permet au médecin généraliste de connaître les nouvelles recommandations liées à la prise en charge de l'enfant.

La Formation Médicale Continue (FMC) passe aussi par la participation du médecin généraliste aux séminaires, colloques et autres congrès proposés par les différents collèges d'enseignants et associations médicales.

Des journées de FMC partagées ou animées par des pédiatres libéraux pourraient être intéressantes, formatrices et créer des liens entre les différents participants. Cela permettrait aussi d'échanger et de confronter les différents points de vue et il en résulterait une meilleure reconnaissance mutuelle et réciproque.

Enfin, il existe des Diplômes Interuniversitaire (DIU) qui confère au médecin généraliste des compétences plus poussées que celles acquises lors de sa formation de base. Prenons pour exemple le DIU « Accueil des urgences en pédiatrie » proposé par la faculté de médecine de Limoges et destiné aux internes de médecine générale ou aux médecins généralistes déjà diplômés.

À Paris, Lyon ou encore Nantes est dispensé le DIU « Santé et développement de l'enfant » qui traite de façon plus générale du développement physiologique et pathologique de l'enfant, des grands thèmes de vulnérabilité et des questions fréquemment posées au généraliste en consultation. Il informe ces derniers des principaux réseaux de soins, de prévention et de rééducation de l'enfant. (58)

IV.4.3. Améliorer les relations entre les différents acteurs de soins

Une des priorités pour améliorer la prise en charge des enfants serait de créer une meilleure synergie entre pédiatres, généralistes et médecins de PMI.

Les soins primaires sont ainsi partagés entre généralistes et pédiatres et encore à moindre mesure par la médecine de PMI, cependant, le pédiatre ambulatoire est insuffisamment mobilisé dans un rôle de deuxième recours. Il est en effet vrai que lorsque ces deux derniers ont besoin d'un avis spécialisé, ils ont souvent tendance à s'adresser à des consultations hospitalières souvent déjà très surchargées. Alors que dans bien des cas, ils pourraient orienter leur patient vers un pédiatre de ville. Inversement, le pédiatre libéral, lorsqu'il est sollicité, informe rarement le généraliste au moyen d'un courrier comme le font les autres spécialistes. La coordination et le partage d'information semble donc difficile à obtenir.

Le rapport du Pr. Sommelet a souligné cette absence de décisions conjointes ou, dans une vision moins pessimiste, de transmissions d'informations. Elle a proposé que le suivi se fasse de façon conjointe avec des examens par le pédiatre à des âges clés et que le reste du suivi pourrait être effectué par le médecin généraliste ou le médecin de PMI, les pédiatres restants disponibles pour des avis ponctuels ou pour le suivi d'enfants avec des maladies chroniques ou des pathologies plus complexes.

Un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) souhaite renforcer la collaboration entre le pédiatre libéral, le médecin généraliste et le médecin de PMI. Une réflexion sur des parcours de soins spécifiques à l'enfant doit être menée, celle-ci permettrait de poser les bases d'un bon fonctionnement entre la triade impliquée : enfants-parents-médecins (pédiatres, généralistes et médecins de PMI). On pourrait ainsi éviter le recours à un bon nombre de consultations hospitalières déjà difficiles à obtenir, le recours aux urgences ou aux hospitalisations.

Il faut assurer la continuité des soins surtout si ceux-ci ont été mis en place précocement et éviter le recours à de nombreux intervenants ce qui est le plus souvent préjudiciable à terme.

Pour cela, il a été proposé d'attribuer un pédiatre libéral référent à un groupe prédéterminé de généralistes pour favoriser le contact entre les deux spécialités.

IV.4.4. Utiliser les outils informatiques et les nouvelles techniques disponibles

Le développement du carnet de santé numérique favoriserait la tenue et la mise à jour d'un véritable dossier médical ambulant qui suivrait l'enfant jusqu'à l'âge adulte. Il ferait office de lien entre les différents protagonistes et éviterait des prises en charges doublons et ainsi il légitimerait les décisions de chacun.

La commission dirigée par Yvon Berland en 2013 encourage les praticiens à utiliser le Dossier Médical Partagé (DMP) qui serait disponible soit sur la carte vitale du patient soit sur une clé USB ou encore hébergé sur un logiciel partagé sur internet pour éviter les oublis.

Il est nécessaire de développer une télémédecine qui aide le pédiatre au quotidien. L'expérience acquise lors de l'épidémie COVID 19 nous a permis de prendre conscience que les téléconsultations, sont aujourd'hui, d'une grande utilité en pédiatrie ambulatoire, lorsqu'il n'est pas possible d'examiner physiquement un enfant que ce soit lié aux conditions sanitaires générales ou du fait de l'éloignement géographique.

Il faut aussi s'atteler à développer des réunions de concertations pluridisciplinaires par télémédecine dans le cadre de la coopération ville-hôpital, une fois de plus pour améliorer la coordination entre les différents acteurs de soins.

IV.4.5. Renforcer les parcours de soins

Il est nécessaire de construire des parcours de soins cohérents pour les enfants avec une maladie chronique ou une maladie complexe.

Les dernières décennies passées ont fait l'objet de révolutions au niveau des soins pédiatriques tant sur le plan médical que sur le plan technique. C'est notamment l'émergence d'équipes de surspécialités pédiatriques et le développement d'expertises pédiatriques dans les différents domaines concernés qui ont été les moteurs de ces progrès.

De ce fait, la prise en charge des maladies rares et complexes de l'enfant ainsi que, plus largement, des maladies chroniques des moins de 15 ans s'est généralisée. C'est près de 350 000 enfants de moins de 15 ans qui ont une pathologie chronique reconnue en affection de longue durée. (54)

Le suivi de ces enfants nécessite des coopérations étroites entre tous les différents acteurs de santé impliqués dans leur prise en charge, à savoir, les pédiatres ambulatoires, les médecins généralistes et les médecins de PMI ainsi que les services de pédiatrie hospitalière, les centres experts et l'ensemble des professionnels paramédicaux indispensables à une prise en charge globale et multidisciplinaire de qualité.

Ces parcours de soins sont aujourd'hui mal définis et insuffisamment valorisés. Il est notamment nécessaire de :

- *Revaloriser les consultations et les actes faits par les pédiatres ambulatoires dans le cadre de coopérations formalisées ville-hôpital pour le suivi ambulatoire d'enfants avec maladies chroniques.*
- *Encourager l'exercice pédiatrique libéral de recours, permettant de libérer davantage de créneaux de consultations surspécialisées hospitalières, et de diminuer le délai de recours à ces consultations, qui pénalise enfants, parents et médecins.*
- *Favoriser les relations entre la pédiatrie ambulatoire et la médecine générale en facilitant et généralisant le recours à une consultation plus spécifique si nécessaire.*

Une délégation des compétences avec l'assurance d'une formation des personnels paramédicaux tels que les puéricultrices pour réaliser des tests de dépistage ou faire de l'éducation thérapeutique (modèle ASALEE) permettrait d'augmenter la disponibilité des médecins de l'enfant et notamment des pédiatres ambulatoires.

IV.4.6. Rendre la PMI plus attractive et lui redonner un vrai rôle

Depuis sa décentralisation en 1983, la PMI, institution à la croisée du sanitaire et du social et dont les missions de dépistage et de prévention sont définies par le Code de Santé Publique (CSP) bénéficie d'un statut privilégié qui réside dans une triple accessibilité. En premier lieu l'accessibilité géographique avec plus de 5000 points de consultations (fixes ou permanences), l'accessibilité financière avec la gratuité des soins et enfin l'accessibilité administrative avec l'absence de formalités, un accueil inconditionnel et une capacité à aller facilement vers les autres (à travers les visites à domicile ou encore par la proximité des acteurs sanitaires et sociaux avec les familles ...).

Les centres de PMI jouent donc un rôle essentiel dans le suivi de l'enfant, le dépistage et la prévention des maladies, domaines dont l'efficacité est bien établie d'un point de vue scientifique, mais ils sont confrontés à de multiples difficultés de fonctionnement bien détaillées dans le récent rapport de Mme Michèle Peyron, députée mandatée par le premier ministre ainsi que par le ministère de la santé pour effectuer une mission sur la PMI, avec en tout premier lieu un déficit croissant en médecins aboutissant à « *un rétrécissement marqué de l'activité sanitaire de la PMI en direction des publics fragiles* ». (19)

Ce rapport conclut à une crise majeure dans le fonctionnement de la protection maternelle et infantile en France.

La situation démographique des médecins de PMI est aujourd'hui critique. Le nombre de médecins est en diminution constante depuis 2010. Cette tendance va s'accroître dans les prochaines années du fait de nombreux départs à la retraite.

Le recrutement de nouveaux praticiens est difficile, les postes vacants dans les différents centres de PMI sont quasi-exclusivement des postes de médecins.

Cette diminution des effectifs médicaux a une incidence directe sur l'activité. Par exemple, en Seine-Saint-Denis, la PMI réalisait en 2000, 292 500 actes médicaux auprès des enfants de 0 à 6 ans ; en 2008, cette activité était mesurée à 237 000, et en 2016, à 171 500 (soit une baisse totale de 42 %). Dans le même temps le nombre de naissances annuelles y est passé de 23 000 à 30 000. (19)

En 1995, près de 900 000 enfants avaient été vus en consultation de PMI, représentant 2,7 millions d'examen ; en 2016, l'activité ne s'élève plus qu'à 550 000 consultations (1,49 million d'examen), soit une baisse de 45 %, et se concentre sur la tranche des 0-2 ans alors que la PMI est compétente jusqu'à 6 ans.

Dans les faits, les services de PMI se sont progressivement et pragmatiquement réorganisés d'eux-mêmes pour optimiser leurs fonctionnements. Certains des postes qui étaient initialement réservés aux médecins ont parfois été transformés en postes de puéricultrices ou de sages-femmes. Les missions des personnels paramédicaux ont évolué et se sont progressivement élargies : ainsi les visites à domicile sont réalisées quasi-exclusivement par des puéricultrices et/ou des sages-femmes, les bilans de santé en école maternelle sont aujourd'hui effectués à 83 % par des puéricultrices. Cette réorganisation a concouru à libérer du temps pour les médecins et la part des consultations a pu augmenter un peu.

Dans un contexte démographique tendu du fait des effets du *numerus clausus* et un peu plus tard des ECN, il est d'autant plus nécessaire d'accroître l'attractivité du métier de médecin de PMI.

L'attractivité du travail en PMI passe en partie par une revalorisation du travail dans ces structures, par exemple par la création de postes de type praticien hospitalier dans ces structures. (54)

Une politique de recrutement devra être réfléchie et instaurée pour répondre aux attentes des futurs médecins. Cela devra passer par une revalorisation des salaires et une homogénéisation des primes, il faudra aussi rendre la PMI plus visible auprès des internes en formation mais aussi auprès des médecins en exercice qui parfois se limite au stéréotype du médecin attiré aux familles les plus défavorisées.

La PMI doit retrouver sa place et doit recréer du lien avec les autres secteurs de la médecine que ce soit avec le monde libéral ou le monde hospitalier. De plus, elle doit se rapprocher de

l'enseignement universitaire et des facultés pour créer un lien qui favorisera sa reconnaissance et initiera les étudiants à son activité qui est un croisement de plusieurs spécialités telles que la pédiatrie, la médecine générale et la santé publique.

Dans un premier temps, la ressource médicale étant rare en PMI, il est d'abord nécessaire de réserver le temps médical à des situations complexes qui peuvent cependant être identifiées par d'autres professionnels de la PMI telles que les puéricultrices.

Un objectif visé par la mission dirigée par Mme Peyron est d'amortir l'effet du départ en retraite des médecins de PMI en recrutant 300 Équivalent Temps Plein (ETP) médecins d'ici 2022.

D'autres mesures ont été proposées pour essayer de palier à ce déficit croissant :

- *La création d'une prime de lutte contre les inégalités territoriales de santé pour les médecins de PMI (proposition de 300 euros par mois) et la revalorisation des vacations médicales.*
- *L'adaptation du statut de médecin territorial.*
- *L'augmentation du tarif des vacations médicales à 50 € bruts/heure.*
- *Le rapprochement de l'université.*
- *Et favoriser au maximum les missions médicales de soin et de prévention.*

La commission présidée par Mr. Yvon Berland de mars 2013 a recommandé que le médecin de PMI, qui a parfois besoin d'un bilan spécialisé pour poser un diagnostic, soit en droit de prescrire ce bilan. De plus il propose aussi d'octroyer aux médecins de PMI le droit de prescription médicamenteuse, ainsi le rôle du médecin de PMI ne se limiterait plus seulement au domaine de la prévention et de la promotion de la santé mais il tiendrait aussi un rôle d'acteur de soins curatifs puisque c'est un intervenant de premier recours à juste titre. Cette recommandation suppose de faire évoluer la réglementation qui encadre actuellement leurs pratiques. Cela entraînerait une diminution des recours injustifiés aux urgences hospitalières. (56)

Une nécessaire réorganisation des missions de la PMI doit être entreprise.

Conclusion

Le suivi médical habituel des enfants de moins de 6 ans est assuré majoritairement par le médecin généraliste suivi par le pédiatre. La PMI arrive en dernière position car ses effectifs diminuent et ne sont pas remplacés.

Plusieurs facteurs semblent déterminants dans le choix des parents pour le praticien assurant le suivi régulier de leurs enfants de moins de 6 ans : l'âge de l'enfant, le nombre d'enfants dans la fratrie, le lieu d'habitation et le temps de trajet notamment.

L'instauration d'un climat de confiance avec un bon relationnel entre la famille (parents et enfants) et le praticien semble être la pierre angulaire de ce choix. D'autres motivations arrivent ensuite, différentes selon le praticien choisi.

La répartition entre les différentes spécialités tend à favoriser la médecine générale jugée plus accessible et disponible.

La pédiatrie ambulatoire, choisie pourtant pour sa bonne réputation de suivi, ne renouvelle pas ses postes et elle est même délaissée par les jeunes médecins diplômés qui préfèrent une carrière hospitalière avec tous les avantages socio-familiaux qu'elle offre.

Les parents sont inquiets quant à cette diminution du nombre de pédiatres libéraux. Il faut les rassurer et clarifier les rôles respectifs du pédiatre, du médecin généraliste et du médecin de PMI dans la médecine de l'enfant pour qu'ils puissent collaborer et non s'opposer car il existe un flou parfois entretenu dans leurs compétences réciproques. En effet, délivrer une information claire et simple sur les spécificités de chacun et la possibilité de travailler ensemble en ne rendant pas ce choix binaire permettrait d'apporter une meilleure cohérence.

La PMI est souvent choisie par des parents jeunes et sans emploi notamment pour la gratuité des soins qu'elle garantit.

Les effectifs actuels et à venir font que la médecine générale assure majoritairement les soins pédiatriques ambulatoires de premier recours. Une formation renforcée des jeunes internes en médecine générale est donc primordiale et c'est dans cet esprit qu'est né la réorganisation de la maquette de médecine générale en incluant un stage obligatoire pendant la phase d'approfondissement dénommé « santé de l'enfant » réalisé soit en libéral soit en hospitalier.

L'amélioration de la collaboration entre les différents acteurs de soins est nécessaire avec une utilisation renforcée de l'outil informatique, comme nous l'avons vu par exemple avec le carnet de santé numérique ou le Dossier Médical Partagé.

Il faut aussi revaloriser la pédiatrie ambulatoire en attirant les jeunes internes et en favorisant des postes partagés ville-hôpital, proposer aussi des exercices en lieux multiples permettant d'assurer des vacations dans les zones sous-dotées souvent rurales et favoriser l'installation des jeunes pédiatres dans des maisons de santé dédiées à l'enfant.

Un enfant « en bonne santé apparente » peut être suivi par le seul médecin généraliste. Un suivi conjoint pédiatre/médecin généraliste pourrait être bénéfique pour répondre à la pénurie des pédiatres libéraux et apporter une cohérence au suivi de l'enfant.

Un suivi spécialisé par le pédiatre, éventuellement partagé avec le médecin généraliste, semble nécessaire en cas de prématurité ou de pathologie chronique de l'enfant.

La décision finale du choix du médecin pour le suivi régulier de l'enfant revient aux parents après une information éclairée et accessible des différents suivis existants.

Un travail conjoint et collaboratif entre les différents acteurs de soins permettrait de faire émerger dans notre pays un réseau de santé spécifique de l'enfant fort et de qualité. Il faut travailler et concourir à améliorer le partage d'informations notamment grâce à l'émergence de nouvelles techniques informatiques.

Il serait en effet utile de s'intéresser aux différents moyens et outils existants ou à mettre en place pour améliorer les relations et la communication entre les différents professionnels de la santé de l'enfant, en conclusion améliorer le partenariat entre le médecin généraliste, le pédiatre et le médecin de PMI.

Références bibliographiques

1. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France – Bilan démographique 2019. INSEE. 2020 [Internet] [cité 6 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
2. Nombre de médecins dans les pays de l'OCDE. OCDE. 2018 [Internet] [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : <https://data.oecd.org/fr/healthres/medecins.htm#indicator-chart>
3. Rapport Innocenti 2017. UNICEF France. 2018 [Internet] [cité 3 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/article/rapport-innocenti-2017>
4. Windak A. Who cares about continuity? The European Journal of General Practice. Septembre 2014; 20(3): 159-60 [Internet] [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3109/13814788.2014.938227>
5. Les soins de santé primaire - Alma Ata 1978. OMS. 1978 ; p. 90 [Internet] [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington, D.C.: National Academies Press. 1996 [Internet] [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.nap.edu/catalog/5152>
7. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA. 2002 ; p. 52.
8. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer : la revue française de la médecine générale. 2013 ; 108 :148-55.
9. Convention internationale des droits de l'enfant. UNICEF. Novembre 1989 ; p. 6 [Internet] [cité 17 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
10. Cours pédiatrie et puériculture - historique. Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport. Avril 2012 [Internet] [cité 8 juin 2020]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/intro_pediatrie/site/html/2.html#2
11. Baudon J-J. Naissance de la pédiatrie au 19^{ème} siècle. Presse Médicale. Avril 2017 ;46(4) :438-48 [Internet] [cité 8 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498217301070>
12. Chrétien B, Peroziello A, Klipfel T, Molitor P-L, Oliviero E. Les métiers liés à la néonatalogie et aux enfants en bas âge en Champagne-Ardenne. ONDPS. 2009 ; p. 3 [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_neonat_ca.pdf
13. Cadart M-L. L'enfant et la PMI, d'hier à aujourd'hui. Caisse Nationale d'Allocations Familiales - Informations Sociales. 2007 ; n° 140(4) :52-63 [Internet] [cité 17 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2007-4-page-52.htm>
14. Plantaz D. Protection Maternelle et Infantile Santé scolaire (33b). Université de Grenoble. Septembre 2004 [Internet]. Disponible sur : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/santpub/33b/leconimprim.pdf>
15. Médecin de PMI : le garant de la protection de l'enfance. Remede.org. Février 2018 [Internet] [cité 7 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.remede.org/documents/medecin-de-pmi-le-garant-de-la-protection-de-l-enfance.html>
16. Parcours de soins coordonné. Ministère de la Santé et des Sports. Santé Publique 2004 ; p. 1-2.
17. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des médecins. 2018 ; p. 165 [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

18. Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française. INSEE. 2018 [Internet] [cité 21 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676711?sommaire=3696937>
19. Peyron M, Loulergue P, Jacquy-Vazquez B, Poissy C. Pour sauver la PMI, agissons maintenant [Internet] [cité 10 avr 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>
20. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système. Vie publique [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/29050-lenfant-et-ladolescent-un-enjeu-de-societe-une-priorite-du-systeme>
21. Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Bulletin Académie Nationale de Médecine. Juin 2013 ; 197(6) :1143-52 [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407919314827>
22. Chiffres clés : Médecin généraliste. Profil Médecin. 2019 [Internet] [cité 22 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
23. Chiffres clés : Pédiatre et néonatalogue. Profil Médecin. 2019 [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-pediatre/>
24. 115.000 travailleurs sociaux dans les départements... et des écarts très importants. Banque des Territoires. Décembre 2018 [Internet] [cité 22 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.banquedesterritoires.fr/115000-travailleurs-sociaux-dans-les-departements-et-des-ecarts-tres-importants>
25. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrlich JHH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics. Mai 2002 ;109(5):788-96.
26. Situation of child and adolescent health in Europe. OMS. 2018; p.231.
27. Salle B, Lasfargues G, Duhamel J-F, Bégué P. Il est urgent de réviser l'enseignement futur de la pédiatrie pour les internes de pédiatrie et pour les internes de médecine générale. Bulletin Académie Nationale de Médecine. Avril 2016 ; 200(4-5) :973-5 [Internet] [cité 4 juin 2020]. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001407919307046>
28. Le système de santé allemand. Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. 2020 [Internet] [cité 26 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/allemande.html>
29. Le système de santé italien. Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. 2020 [Internet] [cité 26 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/italie.html>
30. Le système de santé espagnol. Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. 2020 [Internet] [cité 26 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/espagne.html>
31. Le système de santé en Angleterre - Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Inspection générale des affaires sociales. Juin 2002 [Internet] [cité 5 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000090.pdf>
32. Chevalet B. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. ONDPS. Mars 2015 ; Volume 2.
33. Les pédiatres au Canada : Foire aux questions. Paediatr Child Health. 2004 ; 9(6) :433-4 [Internet] [cité 5 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2721168/>
34. Poitrasson Tigrinate S. Déterminants qui conduisent les parents à choisir entre médecin généraliste et pédiatre pour le suivi régulier de leur nourrisson normal gardé en crèche : état des lieux et évolution à prévoir. [Thèse d'exercice]. Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2. 2009.
35. Michel M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : Généraliste, Pédiatre ou

- PMI ? [Thèse d'exercice]. Université de Toulouse. 2013 [Internet] [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/200/1/2013TOU31074.pdf>
36. 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]. Université Paris Diderot. 2014 [Internet] [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4786_MYARA_these.pdf
37. 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. [Thèse d'exercice]. Université de Nice. 2013.
38. Gaspar A. Représentations des parents sur le professionnel assurant le suivi de la santé de leur enfant de 0 à 2 ans, à travers leurs attentes et leur ressenti. [Thèse d'exercice]. Université Lille 2 Droit et Santé. 2014 [Internet]. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9dbbc718-b805-4431-82c2-a91e568b4f69>
39. Hartmann Gil C. Étude qualitative auprès des parents : Attentes des parents concernant le suivi médical de leur enfant en bonne santé. [Thèse d'exercice]. Université Lyon 1. 2015.
40. Bergeron C. Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant. [Thèse d'exercice]. Université d'Angers. 2019.
41. Mathieu S. Formation des médecins généralistes à la médecine de l'enfant : de l'enseignement théorique à la pratique quotidienne. [Thèse d'exercice]. Université de Nancy. 2003.
42. Cassol E. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de 24 mois : étude menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Ile-de-France et en Aquitaine. [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux 2. 2015
43. Laurent C. Pratique clinique en pédiatrie des internes en médecine générale, lors du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie, en cabinet de médecine générale, en Midi-Pyrénées. [Thèse d'exercice]. Université de Toulouse. 2013 [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/72/1/2013TOU31013.pdf>
44. Delorme D. Soins primaires pédiatriques en ambulatoire : quelles justifications à la mise en place d'une formation spécifique ? [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble. 2011.
45. Pédiatre ou généraliste ? E-Santé.2004 [Internet] [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.e-sante.fr/pediatre-ou-generaliste/guide/1102>
46. Pédiatre ou médecin généraliste pour son enfant. Parents.fr. 2008 [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.parents.fr/bebe/sante/pediatre-ou-generaliste-comment-choisir-78486>
47. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant. MG France. Juin 2014 [Internet] [cité 1 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants->
48. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. Insee Première - 1642 INSEE. Mars 2017 [Internet] [cité 27 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
49. Le médecin traitant pour les enfants fâche les pédiatres. Le Figaro.fr - Rubrique santé. Juin 2014 [Internet] [cité 3 avr 2020]. Disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/06/19/22501-medecin-traitant-pour-enfants-fache-pediatres>
50. La lettre de la présidente. Syndicat National des Pédiatres Français. [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.sn timer.fr/le-snpf/les-missions/la-lettre-du-president/>
51. Pôle emploi : fin 2018, le taux de chômage des femmes est proche de celui des hommes. Défi-métiers.fr. 2019 [Internet] [cité 28 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.defi-metiers.fr/breves/pole-emploi-fin-2018-le-taux-de-chomage-des-femmes-est-proche-de-celui-des-hommes>

52. Brocas A-M, Dupays S, Hini E. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Solidarité santé - Études et résultats*. DREES. Juillet 2009 ; 22(4-5) :245-53 [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798309000693>
53. Natalité - Fécondité – Tableaux de l'économie française. Insee [Internet] [cité 31 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303349?sommaire=3353488>
54. Pédiatrie ambulatoire et hospitalière : 15 enjeux prioritaires pour une réponse adaptée aux besoins de santé de l'enfant. Contribution de la Société Française de Pédiatrie et du Conseil National Professionnel de Pédiatrie - Ségur de la santé. Juin 2020 [Internet] [cité 27 juill 2020]. Disponible sur : https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/enjeux_sante_enfant_segur_de_la_sante.pdf
55. Le principe du CESP. DGOS - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [Internet] [cité 7 sept 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
56. Berland Y. Prise en charge de la santé de l'enfant. Mars 2013 [Internet] [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_mars_2013.pdf
57. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Légifrance.fr. 2017 [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/2020-10-15/>
58. DU Santé et développement de l'enfant. Université Paris Descartes. 2020 [Internet] [cité 7 sept 2020]. Disponible sur : https://odf.parisdescartes.fr/fr/formations/feuilleter-le-catalogue/sante-SA/diplome-d-universite-du-diu-1/du-sante-et-developpement-de-l-enfant-XU28_41.html

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de l'étude	91
Annexe 2. Commentaires libres	101

Annexe 1. Questionnaire de l'étude

Thèse sur le suivi habituel des enfants de moins de 6 ans

Bonjour,

Je termine mes études de médecine générale et prépare une thèse portant sur le suivi des enfants par le médecin généraliste, le pédiatre ou la PMI.

Ce questionnaire s'adresse aux parents d'enfants de moins de 6 ans. Il ne vous prendra que quelques minutes pour le compléter.

Vos réponses me seront extrêmement précieuses. Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Samira E.

[Suivant](#)



Page 1 sur 6

Thèse sur le suivi habituel des enfants de moins de 6 ans

Vous et votre enfant

Age de votre enfant (précisez mois ou années) :

Votre réponse _____

Sexe de votre enfant :

- Masculin
- Féminin

Age du père :

Votre réponse _____

Age de la mère :

Votre réponse _____

Quel est votre métier ? Père :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans emploi

Quel est votre métier ? Mère :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans emploi

Lieu de résidence :

- < 2000 habitants
- > 2000 habitants

Avez-vous d'autres enfants ?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) âge(s) ont-ils ?

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 2 sur 6

La santé de votre enfant

Votre enfant est-il prématuré ?

- Oui
- Non

Votre enfant est-il porteur d'une maladie chronique ? (ex : pathologies cardiaques ou respiratoires, maladies digestives, maladies rares, ...)

- Oui
- Non

La santé de votre enfant

Votre enfant est-il prématuré ?

- Oui
- Non

Votre enfant est-il porteur d'une maladie chronique ? (ex : pathologies cardiaques ou respiratoires, maladies digestives, maladies rares, ...)

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

Votre réponse _____

Des problèmes médicaux vous concernant vous ou votre enfant ont-ils été découverts pendant la grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) ? (ex : diabète gestationnel, dépression, hypertension artérielle, menace d'accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, malformations, ...)

Votre réponse _____

Avez-vous eu un accouchement « difficile » ?

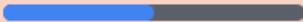
- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

- Césarienne en urgence
- Manoeuvres instrumentales (forceps, ventouse, ...)
- Réanimation/soins d'urgence du bébé
- Autre : _____

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 3 sur 6

Le suivi habituel de votre enfant

Pour le suivi habituel de votre enfant (surveillance de la croissance staturo-pondérale, vaccins, ... hors maladie aiguë), vous consultez le plus souvent :

- Un médecin généraliste
- Un pédiatre
- Un médecin de PMI

Combien de fois l'avez-vous consulté ces douze derniers mois (hors maladie aiguë : rhume, gastro-entérite, angine, ...) ?

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois et plus

Quel est le temps de trajet moyen pour vous rendre chez le médecin assurant le suivi de votre enfant ?

Votre réponse

Par qui avez-vous été suivi vous-même étant enfant ? Père :

- Un médecin généraliste
- Un pédiatre
- Un médecin de PMI

Par qui avez-vous été suivi vous-même étant enfant ? Mère :

- Un médecin généraliste
- Un pédiatre
- Un médecin de PMI

Avez-vous eu des recommandations pour le suivi de votre enfant à la sortie de la maternité ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

 Page 4 sur 6

Les critères de choix du médecin assurant le suivi

Cochez les 3 raisons principales qui vous ont fait choisir ce médecin : (3 choix possibles)

- La proximité géographique (soit du lieu de vie, soit du lieu de travail)
- La confiance et le relationnel avec ce médecin
- La compétence professionnelle de ce médecin en pédiatrie
- La réputation de ce médecin via le bouche-à-oreilles
- La disponibilité de ce médecin pour les urgences
- L'aménagement du cabinet (jouets dans la salle d'attente, table à langer, « salle » d'allaitement)
- La délivrance de conseils spécifiques (allaitement, alimentation, sommeil, mode de garde, vaccination, ...)
- Le prix de la consultation (gratuité des soins en PMI, tiers-payant, pas de dépassement d'honoraires)

[Retour](#)

[Suivant](#)

Page 5 sur 6

Discussion sur l'avenir

Comment voyez-vous la relation entre médecin généraliste et pédiatre ?

- Concurrente
- Complémentaire

La diminution du nombre de pédiatres de ville vous inquiète-t-elle ?

- Oui
- Non

Cela changerait-il vos habitudes de consultations pour le suivi régulier de votre enfant ?

- Oui
- Non

Si oui, qui iriez-vous consulter, au besoin, pour le suivi habituel de votre enfant ?

Votre réponse _____

Commentaires généraux éventuels

Votre réponse _____

[Retour](#)

[Envoyer](#)

 Page 6 sur 6

Annexe 2. Commentaires libres

Bonne chance pour votre thèse.

Notre fille est suivie dans un hôpital

Je préfère mon médecin généraliste parce qu'il c'est écouter et donne des conseils ce qui n'a pas été le cas de la pédiatre que l'on avait

Mon fils est suivi par une généraliste et surtout neurologue

Vous mettez un choix de metier definis. Mais par ex mon metier ne se trouve pas dedans. Dommage de ne pas laisser en plus un choix libre. Et puis j'ai du obligatoirement choisir 3 options concernant le choix du medecin alors que je ne me reconnaissais que dans 2 cas.

Je trouve que les médecins généralistes sont tout à fait aptes à faire le suivi d'un enfant en bonne santé. Pour moi, un pédiatre a plus d'intérêt dans le cas d'un enfant avec une pathologie.

Le choix du médecin généraliste s'est surtout fait par la disponibilité de celui-ci lors du premier rdv. C'est le seul que j'ai trouvé....

Nous allons chez son médecin qui propose des consultations, étant donné que notre pédiatre n'est que très rarement disponible

Écouter plus les parents quand ils soupçonnent un problème. On a mis 7 mois pour évaluer une intolérance au lactose pour notre enfant. Former ou informer les médecins sur les signes à reconnaître

pédiatre trop loin de notre lieu de résidence...dommage...notre médecin n'est pas du tout spécialisé pédiatrie...heureusement nous avons un premier enfant sinon pourrions être affolés par ses paroles....de plus, nous faisons nos propres démarches pour le suivi des enfants...ne porte pas d'importance à la plagio encéphalie de notre filsde plus, nous a dit que notre bébé allaitait devait avoir un colon paresseux car peu de selles...cela peut être tout à fait normal chez les bébés allaités

Tout le suivi de la première année a été fait chez la pédiatre. Mais nous avons un généraliste dans l'immeuble et pour les petits virus qui nécessitent toutefois de vérifier qu'il n'y a rien de plus (type rhume avec fièvre, vérifier oreilles et bronches), on va désormais chez lui. Mais je continue de faire les visites de suivi et plus grosses inquiétudes chez ma pédiatre qui se tient davantage au courant des publications sur la nourriture, les nouveaux traitements ou recommandations, etc.

Bon courage pour votre thèse!

Le suivi de mes enfants est fait par mon généraliste car je n'aimais pas beaucoup les conseils du pédiatre (notamment allaitement et cododo mal vus par lui...)

J'habite en campagne. Mon médecin traitant à 5 minutes part à la retraite dans deux mois, pas de remplaçant prévu, j'ai trouvé une pédiatre mais à 30 minutes de chez moi. Svp les futurs médecins venez en campagne, help us

J'ai choisi mon médecin généraliste pour le suivi de mon fils, je le connaissais déjà depuis 1 an et il a assuré le suivi de ma grossesse. Je l'ai choisi pour sa bienveillance, sa qualité d'écoute et sa capacité à se poser des questions - ou poser des questions à d'autres professionnels en cas de doute. C'est en toute confiance que nous nous rendons chez lui.

J'irais voir un pédiatre uniquement si j'ai des soucis avec mes enfants (maladies graves ou comportement).

N'ayant pas de généraliste attiré car trop difficile d'en trouver un bon, je vais chez la pédiatre qui suit les enfants depuis leur naissance mais si je trouve un super généraliste j'irai la bas

J'ai choisi ce médecin pour mon fils, car c'était déjà mon médecin traitant et qu'il est très bien avec les enfants, un généraliste plutôt spécialisé pédiatrie

Ce n'est pas un pédiatre mais un médecin spécialisé dans les enfants + médecin urgentiste au CHU pédiatrique

En cas de maladie importante je consulte toujours un pédiatre car au début de la naissance jusqu'à leur 1 an mes enfants étaient suivis par le pédiatre pour les vaccins et tout le reste et ensuite suivis uniquement par notre médecin traitant.

Généraliste jeune, accessible, rassurant, pas trop cher, sympa, bref rien à voir avec la pédiatre froide et hautaine vue une fois ! Pour du suivi simple, je suis convaincue à 100%!

Ma fille fait toutes les visites obligatoires chez le pédiatre ou bien pour un besoin spécifique mais va chez le généraliste pour les petites maladies classiques

Le critère fondamental pour le choix d'un professionnel qui doit suivre mes enfants est le respect de l'enfant et de son consentement, sans violences ni réprimandes, ni contention

Beaucoup de « vieux » médecin avec d'anciennes méthodes donc difficile pour les parents d'avoir un conseil ou accompagnement « actualisé » j'ai beaucoup apprécié de voir en supplément une consultante en lactation certifiée et nutritionniste pour un + J'ai adoré aller chez ma pédiatre car celle-ci est très à l'écoute de nous jeunes parents avec plein de bon conseil mais surtout très rassurante

Nous aurions choisi un généraliste plus proche de chez nous si disponible malheureusement ce n'est pas le cas (un seul disponible : le mien et le feeling ne passe pas trop) nous avons donc choisi "au pif" une pédiatre sur doctolib qui s'est avérée être une super soignante donc nous la gardons précieusement.

Malgré des allergies (plv, soja, œuf) j'ai continué le suivi chez mon médecin completé par une allergologue. Fin des allergies à 2 ans.

Précisions pour la précédente réponse Habitant dans le 93 il est difficile de trouver lors de l'indisponibilité du pédiatre un médecin généraliste acceptant de prendre en consultation notre bébé nous avons été à plusieurs reprises de nous rendre aux urgences ou d'appeler le 15.

Aucun

Bonne chance pour votre thèse !

Nous avons fait le choix du généraliste parce qu'aucun pédiatre dans notre commune ne prenait de nouveau patient ! Notre confiance dans notre généraliste nous a conduit à le choisir pour notre enfant. Nous apprécions qu'il nous renvoie vers des spécialistes lorsqu'il a un doute ou qu'il a besoin d'en savoir plus. C'est un des points qui fait que l'on a confiance en lui. Il ne prétend pas tout savoir. Il prend le temps et hésite pas à nous dire quand il faut consulter quelqu'un de plus spécialisé. S'il y avait encore suffisamment de pédiatre nous en aurions choisi un parce qu'il s'agit justement d'un spécialiste.

Je consulte mon généraliste car pas de pédiatre à côté de chez moi en centre ville. Délais de rdv trop long chez les pédiatres

Nous vivons dans un désert médical. Donc le choix entre généraliste et pédiatre n'était pas une option. Notre médecin a 70 ans, il est spécialisé en gériatrie mais a une expérience très large et de grandes connaissances. C'est un homme brillant et humain. C'est une chance pour nous !!!!

Je suis très satisfaite de la qualité de travail de mon généraliste vis-à-vis de mes enfants.

Je pense que les médecins généralistes peuvent assurer le suivi classique mais je pense que la pédiatrie reste une spécialité à part entière et il est nécessaire pour celui-ci de se mettre à jour régulièrement !

Je suis médecin généraliste, j'ai besoin d'une compétence supplémentaire à la mienne pour le suivi de mes enfants

Habitant dans une grande ville lors de la première année de notre fille nous allions régulièrement chez le pédiatre faire son suivi. Néanmoins nous avons été déçus car diagnostic très tardif d'un RGO, alors que nous l'alertions régulièrement sur les signes cliniques. Nous avons déménagé à ses 1 an dans une petite ville, les pédiatres y sont débordés et ne prennent plus de nouveaux patients. Pareil pour les généralistes. Étant infirmière j'ai demandé ponctuellement à un médecin avec lequel je travaille des consultations lorsque nous en avons besoin. Puis nous avons découvert un "centre de santé de proximité", ce sont des médecins retraités et des internes qui consultent. J'étais un peu septique au début mais au final le suivi y est vraiment super ! Et ils sont très à l'aise avec la pédiatrie. S'ils ont le moindre doute ils se mettent en relation avec un pédiatre.

J'ai choisi de confier le suivi de mon bébé à mon généraliste. Outre la confiance que j'ai en elle, elle est également maman de 2 enfants donc connaît et comprend les interrogations des primipares. Par ailleurs sa disponibilité par rapport à un pédiatre est un vrai atout !

J'ai accouché de ma fille aînée dans le Gard. La bas il n'était pas possible de prendre rdv chez le pédiatre sans passer par le mt. j'ai gardé cette habitude en déménageant près de Rennes. Mon mt contacte un spécialiste si nécessaire.

Si je n'ai plus la possibilité de voir un pédiatre je me tournerai vers mon généraliste. Il est d'ailleurs beaucoup plus disponible quand j'ai des questions que le pédiatre. Je garde néanmoins le pédiatre car c'est mon premier enfant et j'ai besoin de me sentir rassurer avec un spécialiste. Je pense que pour le second enfant je me tournerai davantage vers mon généraliste.

Impossibilité de trouver un pédiatre qui accepte de nouveaux patients dans notre région Les rendez-vous avec le médecin généraliste deviennent très très compliqués à obtenir. Il est est débordé !!!

Nous avons décidé de faire suivre notre fils par l'équipe de pédiatres de la maternité où il est né. Nous avons établi un beau relationnel avec notre pédiatre qui est tres douce et a l'écoute. Nous avons la chance d'avoir un petit garçon en pleine forme mais c'est toujours un plaisir de se rendre dans son cabinet. Nous trouvons que jusqu'à 6 ans un accompagnement par un pédiatre est plus rassurant (même si nous ne doutons absolument pas des compétences de notre médecin généraliste en qui nous avons entièrement confiance). La qualité des installations, du secrétariat et le relationnel avec cette pédiatre ont été d'une aide précieuse dans notre vie de jeunes parents.

Les premiers temps , la 1ère annee, le suivi par un pédiatre semble important bien que le médecin généraliste est souvent plus accessible en cas d'urgence. Après les 1 an le médecin de famille est tout à fait capable de faire le suivi et de nous orienter vers le pédiatre si cela est nécessaire.

Notre généraliste s'est occupé du suivi de notre fille car plus de pédiatre dans notre secteur

Bon courage 😊

Très peu de pédiatre disponible vers chez nous

Pas de créneau d'urgence en revanche, ce qui est fort regrettable, d'autant que les consultations ne sont que sur rdv (1 mois de délai). Du coup on se rabat sur le généraliste plus disponible et réservable sur doctolib (quelle invention géniale!) pour le lendemain ou surlendemain.

Mes enfants n'ont jamais vue de pédiatre, la ou j'habite on ne voit qu'un médecin généraliste s'il n'y a aucun autre problème

Actuellement dans ma commune de 200 000 habitants très peu de possibilités de rendez-vous avec un pédiatre donc le suivi est assuré par un médecin généraliste. Entre 0 et 2 ans nous étions à Paris et le suivi était effectué par un pédiatre

Nous avons trouvé un Pediatre mais éloigné de notre domicile (35 min) et qui faisait des consultations de 15min montre en main (on se retrouvait à habiller notre bébé dans le couloir en sortant) sans prendre le temps de nous écouter vraiment. Nous avons donc préféré le

suivi de notre médecin généraliste douce, bienveillante et à l'écoute. Elle nous oriente ensuite vers des spécialistes lorsqu'elle a un doute.

Mon fils était suivi par un pédiatre de ville depuis sa naissance mais celui-ci est décédé et n'a pas été remplacé donc je consulte mon généraliste.

Pour mon aînée je voulais être suivie par un pédiatre mais aucune dispo pour les urgences du coup pour les maux de tous les jours j'ai uniquement consulté notre généraliste (Pédiatre uniquement pour suivi annuel). J'avais l'impression de n'être qu'une vache à lait vaccins, pesé, mesure merci 60€ à l'année prochaine. Pour ma deuxième j'ai trouvé une Pédiatre géniale avec laquelle on peut communiquer par mail et honnêtement elle est beaucoup mieux soignée et SURTOUT prise en considération 😊

Mon fils a été suivi par un pédiatre jusqu'à ses 3 ans après les rdv trop longtemps pas assez accessible donc médecins généralistes plus disponible

J'aime mon docteur car il ne pousse pas à la survaccination et il est pro allaitement et bienveillance

Pour mon enfant la plupart du temps, c'est sa pédiatre qui effectue les visites de suivi obligatoires et je consulte un médecin généraliste en cas de maladie car plus disponible

Retraite du dernier pédiatre libéral dans ma ville qui m'a fait choisir le médecin de pmi

Ma fille a été suivi 6 mois avec le pédiatre, puis difficultés à avoir des rdv pour les petites urgences, donc naturellement le suivi a été poursuivi par notre médecin généraliste. Évidemment si soucieux de santé particulier, je n'hésiterais pas à aller voir un pédiatre ou spécialiste.

Bon courage à vous. Bravo ! La fin de longues études 💪

C'est notre médecin traitant qui suit les maladies de notre fille. Le pédiatre ne fait que le suivi mensuel/annuel et la prise en charge de quelques particularités à une époque (IPLV...)

Mon enfant est suivi principalement par la pédiatre pour son suivi de santé vaccin etc. Lorsqu'il est malade et que l'on ne peut pas avoir de Rdv avec la pédiatre nous nous orientons vers un médecin généraliste

Nous avons une pédiatre au début dont nous étions totalement insatisfait (retard de plus d'une heure, bla bla sur sa vie personnelle, ne répond pas aux urgences etc.. nous nous étions alors tourné vers notre médecin généraliste pour les rendez vous bénins puis avons trouvé un autre pédiatre qui aujourd'hui suit nos deux enfants pour toutes consultations quelle qu'elle soit .

Nous allons chez le pédiatre peu souvent et uniquement pour son statut et ses compétences de pédiatre. Nous ne l'aimons pas du tout. Ses conseils sont inadaptés et absolument plus d'actualité. Elle est dans le jugement permanent. Pour toutes les maladies classiques nous allons chez le médecin généraliste, qui est beaucoup plus à l'écoute.

Sans pathologie je fais entièrement confiance à mon médecin généraliste

Inquiète de la baisse de médecin généraliste nous jonglons avec 4 médecins qui sont installés dans des villages différents. Car si urgence ex otite, médecin sur rendez-vous pas possible, absent ou 4h d'attente (réellement 4h quand sans rendez-vous).

Le pédiatre ne prend plus les enfants après 2 ans donc... Obligé d'aller voir le généraliste

Il est important de se moderniser aussi. Avec ma pédiatre nous fonctionnons bcp par mail. Conseils, question, prescriptions pour le traitement chronique de la petite. Si un problème je la mail avec photo jointe par exemple pour problème de peau. Et si elle préfère que je vienne à son cabinet on prend rdv pr aller à son cabinet ou elle me fait venir en liste prioritaire à l'hôpital. J'ai une pédiatre en or.

Au vu du manque de pédiatre j'ai choisi mon généraliste en qui j'ai toute confiance. Si ma fille avait eu un soucis médical particulier je me serais peut être dirigé vers un pédiatre. Bon courage

Nous vivons dans une zone rurale, il n'y a pas de pédiatre à moins de 30km

Certains médecins généralistes sont beaucoup plus qualifiés et doux avec les enfants que leur confrère pédiatre. Les délais pour avoir un rdv en urgence avec un pédiatre sont souvent aberrants... Contrairement aux médecins généralistes qui ont souvent des plages spécialement réservées aux urgences.

Je m'assure de voir un pédiatre au moins quelques fois quand mes enfants sont petits (<18mois) mais je fais aussi beaucoup de rdv avec mon médecin généraliste « médecin de famille », notamment en cas de maladie saisonnière etc Je privilégie un suivi attentif par un médecin qui connaît ma famille. Les pédiatres que j'ai consulté sont souvent surbooké et ça ne me donne pas l'impression d'un meilleur suivi malgré leur spécialité

Mon pédiatre est tellement pris que je le consulte pour les visites annuelles et pour l'asthme de mon fils. Pour le reste, je consulte mon médecin traitant (pour une angine, gastro-entérite...).

Mon fils, du à sa pathologie est également suivi par une gastro-pédiatre toutes les 6 semaines environ avec suivi poids prise de sang....

Pour des questions importantes je vais chez le pédiatre genre plagiocephalie problème ORL problème auditif etc

Ma fille a été suivie les 6 premiers mois par un pédiatre, et ensuite par ma généraliste. Je la trouve plus compétente et cherche davantage de solutions quand j'ai des interrogations (repas, sommeil, reflux, irritation...). De plus ma généraliste est beaucoup plus disponible en cas « d'urgence » elle me fixe un rdv dans la journée entre 2 patients.

Trop peu de pédiatre voir pas du tout en campagne, suivi important jusqu'à 1 an

Je n'ai jamais éprouvé le besoin de faire suivre mes enfants par un pédiatre. J'ai toujours eu la chance de tomber sur des médecins généralistes compétents, géniaux et très humains. J'ai déménagé deux fois depuis la naissance de mes deux enfants, d'où l'utilisation du pluriel. Bon courage et bonne continuation.

Il serait peut-être utile de demander à quel terme est né l'enfant. Prématurée ça ne veut rien dire, ma fille est née à 36 sa +5. Prématurée donc...

L Orthopediste indiqué par la maternité n'était pas du tout le médecin adéquate pour le suivi de mon enfant, j'ai ensuite fait une recherche sur doctolib et le médecin choisi s'est avéré beaucoup plus à l'écoute et professionnel, ce dont nous avons besoin pour être rassuré dans le suivi de notre fille.

Je n'ai jamais consulté de pédiatre mais je trouve parfois que le généraliste a des réponses vagues et n'est pas à l'aise (coliques, diversification, eczéma, allaitement long...)

Désert médical dans le sens où les médecins n'acceptent pas de nouveaux clients. Sans parler des spécialistes, homéopathe, pédiatre etc...

J'irai volontairement chez un pédiatre pour ma 2ème mais pas possible, mais heureusement mon généraliste fait partie du réseau bien naître et grandir en ille et vilaine ce qui fait qu'elle est tout de même sensibilisée aux enfants un peu plus qu'un généraliste « classique »

Le pédiatre m'aurait plus rassuré que mon médecin de la vieille école mais je n'ai pas vraiment eu le choix

Nous sommes en Seine-et-Marne, à 45km à peine de Paris et nous sommes en désert médical. Mon mari n'a pas de médecin traitant et moi j'ai eu la chance d'en trouver 1. Mon fils a un pédiatre qu'il voit 1 fois par an mais pour des banalités. Mon fils souffre du ventre et par manque de médecin, il continue à avoir mal. Mon médecin traitant veut bien recevoir mon fils en urgence quand réellement besoin vers 21h-21h30, c'est à dire après sa longue journée de consultations. Je l'en remercie car ni SOS médecins, ni le pédiatre ont des créneaux. Je rêve d'un monde avec médecins et pédiatres et autres professionnels de santé comme quand j'étais jeune... Je vous souhaite bon courage et merci beaucoup d'avoir choisi cette profession pour nous soigner 🙏

Mon médecin généraliste est parti à la retraite et non remplacé, sinon le suivi de mon enfant aurait été assuré par un médecin généraliste et non un pédiatre, car pas de problèmes de santé particuliers

Il était plus simple pour moi d'aller chez le médecin généraliste. Il me semble plus facile d'y prendre rdv surtout en urgence ou du moins dans la journée. Habitant à la campagne il n'y a qu'un pédiatre à moins de 30 min donc j'imagine qu'il a bcp de patient. Mon médecin généraliste a également fait mon suivi étant bébé donc je ne me suis pas posé la question. S'il y avait plus de pédiatre j'y serai peut-être allée pour comparer...? Mais il faut dire que mes enfants n'ont aucun problème particulier sinon j'aurais sûrement préféré voir un pédiatre.

Je ne me suis pas retrouvée dans la question des motifs de consultation d'un médecin plutôt qu'un autre pour la simple raison que je n'ai pas le choix. Dans les déserts médicaux comme

chez moi il n'y a pas de pédiatre, la PMI débordée voit en priorité les enfants défavorisés ou qui n'ont pas de médecin, donc on ne peut pas choisir en fonction de critères particuliers. On a déjà de la chance quand on trouve un médecin qui accepte de suivre notre enfant. Bon courage pour votre thèse.

Pour le suivi courant notre médecin généraliste est très compétent et nous avait envoyé vers l'hôpital pour suspicion d'APLV.

Ma fille est suivie par mon généraliste parce qu'à sa naissance je n'ai pas trouvé de pédiatre qui ait accepté de la suivre. Ils ne prenaient pas de nouveaux patients... Elle est aujourd'hui suivie par un pédiatre Néphrologue juste pour son Purpura Rhumatoïde. Et nous avons été obligé d'aller dans une clinique privée pour avoir accès à un pédiatre spécialisé. Le reste du temps c'est mon généraliste qui la suit.

Pour mon 1^{er} enfant j'ai fait un suivi jusqu'à ses 1 an chez un pédiatre. Pour le 2^{ème} né en maison de naissance (donc sortie à H+8) je suis tout de suite allée chez mon généraliste

Mon généraliste est très compétent cependant avec les enfants il souffre de quelques lacunes mais malgré tout en cas d'urgence j'irai le voir car il sait laisser la main et renvoyer vers un confrère s'il juge que c'est nécessaire bon courage pour votre thèse.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Critères de choix des parents pour le praticien assurant le suivi médical régulier de leurs enfants de moins de 6 ans

Introduction : L'objectif principal de cette étude est de recueillir et d'analyser les différents critères de choix des parents pour la sélection du professionnel de santé assurant le suivi régulier de leur enfant de moins de 6 ans. Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, quantitative, prospective et transversale menée de mars à avril 2020 par auto-questionnaire destiné aux parents d'enfants de moins de 6 ans. Résultats : 622 questionnaires ont fait l'objet d'une analyse statistique. 55% des enfants de l'échantillon sont suivis par un médecin généraliste, 42% d'entre eux le sont par un pédiatre et 3% le sont par un médecin de PMI. Le climat de confiance et un bon relationnel sont les principales motivations recueillies. Plus spécifiquement, l'accessibilité favorise le médecin généraliste, la réputation est importante pour le choix du pédiatre alors que pour le médecin de PMI la gratuité des soins est avancée par près de 30% des parents ayant fait ce choix-là. Discussion : Cette étude a mis en évidence la difficulté d'accès des parents et de leurs enfants à la pédiatrie ambulatoire. Elle a aussi mis en avant la crise que traverse actuellement la PMI. L'âge de l'enfant, la présence d'une fratrie, le lieu de vie, entre autres, sont des facteurs déterminants dans le choix du médecin. Les parents sont inquiets de la diminution du nombre de pédiatres libéraux. Conclusion : Le médecin généraliste est aujourd'hui le médecin de premier recours de l'enfant de moins de 6 ans. La santé de l'enfant et l'optimisation de son suivi médical doit passer par une amélioration des relations entre les différents acteurs de soins et une clarification de leurs compétences spécifiques en favorisant une collaboration de leurs pratiques.

Mots-clés : Médecin généraliste, pédiatre, PMI, critères de choix, suivi régulier de l'enfant.

Parents' selection criteria for the practitioner ensuring regular medical monitoring of their children under 6 years old

The main objective of this study is to collect and analyze the various criteria of choice of parents for the selection of the health professional ensuring the regular follow-up of their child under 6 years old. This is a descriptive, quantitative, prospective and cross-sectional epidemiological study carried out from March to April 2020 by self-questionnaire intended for parents of children under 6 years old. 622 questionnaires were subjected to statistical analysis. 55% of the children in the sample are followed by a general practitioner, 42% of them by a pediatrician and 3% by a PMI doctor. The climate of trust and a good relationship are the main motivations collected. More specifically, accessibility favors the general practitioner, reputation is important for the choice of the pediatrician, while for the PMI doctor, free care is advanced by nearly 30% of parents who have made this choice. This study highlighted the difficulty of access for parents and their children to outpatient pediatrics. She also highlighted the crisis that the PMI is currently going through. The age of the child, the presence of siblings, the place of life are determining factors in the choice of doctor. The general practitioner is now the primary care physician for children under 6 years old. The health of the child and the optimization of his medical follow-up must go through an improvement of the relations between the various care actors and a clarification of their specific skills by promoting collaboration of their practices.

Keywords : General practitioner, pediatrician, PMI, selection criteria, child's regular monitoring.

