

Année 2014

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : MYARA ZENOU      Prénom : LAURENCE**  
**Date et Lieu de naissance : 12 JUILLET 1983, SARCELLES (95)**

\_\_\_\_\_

*Présentée et soutenue publiquement le 14 Octobre 2014*

\_\_\_\_\_

**FACTEURS DETERMINANT L'ORIENTATION**  
**DES NOURRISSONS ET DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 6 ANS**  
**VERS LE MEDECIN GENERALISTE OU LE PEDIATRE**

Président de thèse : **Mr le Professeur MERCIER Jean-Christophe**

Directeur de thèse : **Mr le Docteur WAKIM Raymond**

**DES de Médecine Générale**

# Remerciements

---

Mes remerciements vont :

- A Monsieur le Professeur MERCIER Jean-Christophe

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour la célérité avec laquelle vous avez répondu favorablement à ma proposition de sujet alors que nous ne nous connaissions pas. Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous portez à ce sujet.

- A Monsieur le Docteur WAKIM Raymond

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse. Vous avez su me communiquer votre enthousiasme pour la médecine générale au cours de ces six mois passés à vos côtés. C'est aussi vous qui m'avez inspiré ce sujet de thèse lorsque j'ai vu tous ces parents défiler dans votre salle d'attente pour vous confier leurs enfants dès leur plus jeune âge. Merci de votre gentillesse, votre générosité et votre soutien. Vous restez pour moi un modèle.

- Aux membres du jury: Monsieur le Professeur COFFIN Benoit et Monsieur le Professeur DESCHENES Georges

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury et je vous prie de trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

- A mes parents sans qui je n'y serai jamais parvenue. Merci pour votre dévouement et d'avoir toujours fait en sorte de faciliter mon quotidien pour ma réussite (les allers-retours incessants, le gâteau roulé sortant du four pour le goûter, les petits plats préparés à l'aube pour le déjeuner, les photocopies par milliers, etc.)

- A mon frère et ma sœur: merci pour votre soutien.

Steph merci pour ton chaleureux accueil dans tes bureaux pour finir cette thèse !  
Let: en espérant qu'on puisse ouvrir notre cabinet ensemble et que tu me fasse une pédicure mensuelle !

- A mes 2 princesses : Gabrielle et Jordane qui, certes m'ont retardées dans l'écriture de cette thèse, mais qu'importe, ça en valait tellement la peine!
- A mes beaux parents : merci pour votre soutien permanent et de nous avoir accueillis chez vous pendant la phase finale de cette thèse.
- A mes beaux frères et belles sœurs : Gégé, Dan, Nathalie, Philippe, Valérie, Samuel : pour me choisir comme médecin traitant, connectez-vous sur [ameli.fr](http://ameli.fr) ☺
- A mes deux amies présentes depuis le début de cette aventure : Aviva et Sarah, peut-être ouvrirons-nous un jour notre cabinet de groupe ? (en Eretz...)
- Aux copains : Liza, Laurent Sebban, les Sitruk, les Goldminc, les Ghenassia. Et oui, ça y'est c'est fait ! Plus besoin de doggy bag pour moi ! Je vous souhaite à tous de réaliser vos rêves et vos projets !
- A mes neveux et nièces : Nono, Elychouchou, Taly. Quand vous serez en âge de lire cette thèse, sachez que les chabbats tous ensembles ont été...fort sympathiques mais si épuisants !!
- A Dina et Victor : merci de m'avoir accueilli toutes les semaines pour que je puisse travailler au calme. Dina, ton thé à la menthe et ton boulou me manquent déjà !
- Une pensée affectueuse pour mes grands-parents qui ne sont plus là. Papy, tu aurais été fier de moi aujourd'hui et je suis sûre que tu l'aurai annoncé dans le journal de l'Oranais !
- A tous ceux que j'ai rencontrés durant mon cursus et qui m'ont fait avancer.
- Et enfin à mon mari : comment expliquer en quelques mots... Merci pour ton soutien indéfectible depuis notre rencontre. Le chemin a été long, il y a eu des moments difficiles : combien de fois aurais-je abandonné si tu n'avais pas été là, combien de crises d'angoisses as tu dû gérer ? Mais tu as toujours su trouver les mots pour me rassurer et me redonner confiance. Et je ne parle même pas de ton aide précieuse pour la mise en page, la diffusion du questionnaire en ligne, tes conseils, etc. Cette thèse, c'est toi qui en a tout le mérite.

# Abréviations

---

CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CSP	Catégorie socio-professionnelle
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DOM	Département d'Outre-Mer
DU	Diplôme Universitaire
ECN	Examen National Classant
EPAS	Echantillon Permanent des Assurés Sociaux de la C.N.A.M.T.S
FMC	Formation Médicale Continue
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
ICF	Indicateur conjoncturel de fécondité
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Européenne
MG	Médecin généraliste
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
RSP	Réseaux de Santé en Périnatalité
SFMG	Société Française de Médecine générale
SFP	Société Française de Pédiatrie
SNPF	Syndicat National des Pédiatres Français
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

# Table des matières

---

<b>1. Introduction</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Genèse du sujet de thèse</b>	<b>9</b>
<b>1.2 L'activité pédiatrique en Europe</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1 Statistiques générales</b>	<b>10</b>
A. Données démographiques en France métropolitaine	10
B. Population infantile en Europe	11
C. Les indicateurs statistiques	11
<b>1.2.2 Définitions de la médecine générale et de la pédiatrie</b>	<b>12</b>
A. Définition de la médecine générale	12
B. Définition de la pédiatrie	14
<b>1.2.3 Démographie médicale en France : état des lieux et projection</b>	<b>15</b>
A. Effectifs des médecins en activité régulière	15
B. Nombre de postes offerts lors de l'ENC	16
C. Répartition par âge et par sexe	16
D. Mode d'exercice	18
E. Densités départementales	20
<b>2. Méthode</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Etude</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Recueil des données</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1 Récupération des données</b>	<b>26</b>
<b>2.2.2 Exploitation et analyse des données</b>	<b>26</b>
<b>3. Résultats</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Description de la population</b>	<b>27</b>
<b>3.1.1 Nombre d'enfants inclus</b>	<b>27</b>

<b>3.1.2 Médecin choisi pour le suivi régulier</b>	<b>27</b>
<b>3.1.3 Age des enfants</b>	<b>28</b>
<b>3.1.4 Age des parents</b>	<b>28</b>
<b>3.1.5 Catégorie socio-professionnelle des parents</b>	<b>29</b>
<b>3.1.6 Lieu d'habitation des parents</b>	<b>31</b>
<b>3.1.7 Nombre d'enfants par parent</b>	<b>32</b>
<b>3.1.8 Présence d'une pathologie chronique sous-jacente</b>	<b>32</b>
<b>3.2 Médecin assurant le suivi régulier de l'enfant : critères de choix</b>	<b>33</b>
<b>3.3 Déterminants intervenant dans le choix du médecin</b>	<b>34</b>
<b>3.3.1 Age des enfants</b>	<b>34</b>
<b>3.3.2 Age des parents</b>	<b>35</b>
<b>3.3.3 Catégorie socio-professionnelle des parents</b>	<b>36</b>
<b>3.3.4 Lieu d'habitation des parents</b>	<b>38</b>
<b>3.3.5 Pathologies chroniques</b>	<b>39</b>
<b>3.3.6 Nombre d'enfants par famille et suivi des autres enfants</b>	<b>40</b>
<b>3.3.7 Temps de trajet pour se rendre chez le médecin</b>	<b>41</b>
<b>3.3.8 Prix de la consultation</b>	<b>42</b>
<b>3.3.9 Recommandations à la sortie de la maternité</b>	<b>43</b>
<b>3.3.10 Age du médecin généraliste</b>	<b>43</b>
<b>3.4 Ressenti des parents</b>	<b>44</b>
<b>3.4.1 Sur la relation médecin généraliste / pédiatre</b>	<b>44</b>
<b>3.4.2 Sur la disparition à venir des pédiatres ambulatoires</b>	<b>45</b>
<b>3.4.3 Formation des médecins généralistes en pédiatrie</b>	<b>45</b>
<b>3.5 Description spécifique pour les enfants suivis par le médecin généraliste</b>	<b>47</b>
<b>3.5.1 Présence d'un suivi parallèle par le pédiatre et fréquence de ce suivi</b>	<b>47</b>

3.5.2 Motifs de consultation chez le pédiatre	47
3.5.3 Niveau de satisfaction	48
3.6 Description spécifique pour les enfants suivis par le pédiatre	49
3.6.1 Présence d'un suivi parallèle par le généraliste et fréquence de ce suivi	49
3.6.2 Motifs de consultation chez le médecin généraliste	49
3.6.3 Niveau de satisfaction	50
4. Discussion	51
4.1 L'enquête	51
4.2 Analyse des caractéristiques des enfants et des parents recrutés	52
4.2.1 Analyse des caractéristiques des enfants recrutés	52
4.2.2 Analyse des caractéristiques des parents recrutés	54
A. Age des parents	54
B. Nombre d'enfants par famille	55
C. Lieu d'habitation	56
D. Catégorie socio professionnelle	56
4.3 Analyse des critères de choix des parents pour la sélection du praticien	57
4.4 Analyse du degré de satisfaction et du ressenti des parents sur le suivi de leur enfant	59
4.4.1 Analyse du degré de satisfaction vis-à-vis du médecin choisi	59
4.4.2 Ressenti des parents concernant la relation médecin généraliste / pédiatre	59
4.4.3 Ressenti des parents concernant la formation des médecins généralistes à la pédiatrie	60
4.4.4 Ressenti des parents sur la disparition à venir des pédiatres en ville	61
4.5 Propositions pour optimiser le suivi de l'enfant et répondre aux attentes des parents	61

<b>4.5.1 Une meilleure collaboration entre généralistes et pédiatres</b>	<b>62</b>
<b>4.5.2 Désignation d'un médecin traitant pour les enfants</b>	<b>63</b>
<b>4.5.3 Une meilleure formation des médecins généralistes à la pédiatrie</b>	<b>65</b>
A. Rendre obligatoire le stage de pédiatrie lors de l'internat	66
B. Mettre en place un stage en pédiatrie libérale	67
C. Nécessité d'une formation continue des médecins généralistes	68
D. Diplôme universitaire de pédiatrie	68
E. Des outils informatiques standardisés	69
<b>4.5.4 Elargir les réseaux de santé en périnatalité</b>	<b>70</b>
<b>4.5.5 Augmenter la disponibilité et la répartition des pédiatres libéraux</b>	<b>71</b>
A. Augmenter le nombre de postes offerts à l'ECN en pédiatrie	71
B. Revaloriser la pédiatrie ambulatoire	72
C. Une meilleure répartition géographique des pédiatres libéraux	73
<b>4.6 Comparaison avec nos voisins européens</b>	<b>75</b>
<b>5. Conclusion</b>	<b>77</b>
<b>6. Annexes</b>	<b>78</b>
<b>7. Bibliographie</b>	<b>86</b>
<b>8. Résumé</b>	<b>90</b>



# 1. Introduction

---

## 1.1. Genèse du sujet de thèse

Lors de mon stage en médecine ambulatoire de niveau 1, j'ai pu constater que la pédiatrie représentait une part importante de l'exercice quotidien des médecins généralistes qui sont fréquemment amenés à consulter des nourrissons et des enfants, que ce soit pour leur suivi régulier ou pour une pathologie aigüe.

Quelques études rapportent le recours aux différents spécialistes des enfants de moins de 20 ans :

- Une étude de 2010 montre que les certificats des nourrissons sont majoritairement établis par les généralistes, que ce soit au 9ème mois (53,4 % par les généralistes contre 46,6 % pour les pédiatres) ou au 24ème mois (59,6 % contre 39,4 %). [1]
- D'après une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2002 : parmi les enfants de moins de 3 ans, 5 % ont vu seulement un pédiatre, 40 % ont vu seulement un généraliste et 55 % ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre. [2]
- Selon la D.R.E.S.S. en 2002 : Les enfants de moins de 16 ans constituent 13% de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes. 88% des 0 à 16 ans consulteraient un généraliste dans le cadre de leur suivi médical régulier. [3]
- Selon Nelly Bonnet de la C.N.A.M.T.S. en 2002, 95% des moins de 16 ans ont vu au moins une fois un généraliste. 79% ne sont suivis que par un généraliste [4]. Le recours au pédiatre décroît avec l'âge du patient, et les pédiatres sont plutôt spécialisés dans les très jeunes enfants : les moins de 2 ans représentent aux alentours de 50 % de leur patientèle.
- Selon l'étude E.P.A.S. en 2000, seulement 5% des enfants de moins de 15 ans sont suivis seulement par des pédiatres libéraux et 79% exclusivement par

des généralistes libéraux [5].

Cette tendance va s'accroître dans les années à venir pour différentes raisons :

- L'Indicateur Conjoncturel de Fécondité (ICF) est de 2.01 enfants par femme en 2012 (L'ICF est supérieur à 2 pour la 5ème année consécutive, ayant atteint son plus haut niveau en 2010 à 2.03) [6]
- Le nombre de pédiatres libéraux est bas. En 2014, pour un total de 7008 pédiatres, seulement 1744 (25%) exercent une activité libérale exclusive. [7]

Notre sujet de thèse est le fruit de toutes ces constatations. C'est ainsi que nous avons souhaité réaliser ce travail dont l'objectif principal est de recueillir et analyser les critères de choix des parents dans la sélection du médecin pour le suivi régulier de leur enfant de 0 à 6 ans : médecin généraliste ou pédiatre. Nous avons aussi cherché si des critères socio-économiques influençaient ce choix.

Enfin, avec l'ensemble des données de notre enquête, nous avons soumis des propositions afin d'optimiser le suivi médical de l'enfant et de répondre aux attentes des parents.

## **1.2. L'activité pédiatrique en Europe**

### **1.2.1. Statistiques générales**

#### **A. Données démographiques en France Métropolitaine**

Selon l'INSEE, au 1<sup>er</sup> Janvier 2011, la population française métropolitaine s'élevait à 63.070.344 habitants [8], dont 4.653.859 enfants de moins de 6 ans [9], soit 7,4% de la population française.

## B. Population infantile en Europe

L'OCDE publiait en 2010 une série de statistiques sur la population des pays Européens [10]. Nous en avons sélectionné sept, dont le développement socio-économique est comparable à celui de la France.

<b>Pays</b>	<b>Enfants de 0 à 4 ans</b>	<b>Enfants de 5 à 9 ans</b>	<b>Population totale</b>
Allemagne	4,2%	4,4%	81 776 930
France	6,15%	6,2%	62 927 110
Royaume Uni	6,2%	5,6%	61 344 000
Italie	4,7%	4,7%	60 483 380
Espagne	5,4%	5,0%	46 070 970
Pays bas	5,6%	6,0%	16 615 390
Belgique	5,8%	5,5%	10 920 270
Suède	5,9%	5,4%	9 378 126

*Tableau 1. Répartition de la population infantile par tranche d'âge dans 7 pays européens*

L'OCDE ne publie pas de données détaillées par âge, mais uniquement par groupe d'âge comme présenté ci-dessus. Il n'est donc pas possible de connaître le pourcentage exact des enfants de moins de 6 ans.

## C. Les indicateurs statistiques [11], [12]

<b>Pays</b>	<b>Part du PIB destiné à la santé</b>
Allemagne	11,1%
France	11,6%
Royaume Uni	9,3%
Italie	9,5%
Espagne	9,4%
Pays bas	12,0%

Belgique	10,6%
Suède	9,4%

Tableau 2. Part du PIB destiné à la santé dans 7 pays européens

Pays	Mortalité infantile
Allemagne	3,4
France	3,3
Royaume Uni	4,2
Italie	3,2
Espagne	3,5
Pays bas	3,6
Belgique	3,3
Suède	2,6

Tableau 3. Mortalité infantile dans 7 pays européens

La mortalité infantile se définit par le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1000 enfants nés vivants. La population infantile et les indicateurs statistiques de ces pays montrent qu'ils sont comparables en termes de développement économique et sanitaire.

### 1.2.2. Définitions de la médecine générale et de la pédiatrie

#### A. Définition de la médecine générale [13]

La WONCA est une organisation mondiale rassemblant les collèges nationaux de médecins généralistes de 79 pays. La branche WONCA Europe a proposé une définition des médecins généralistes lors de son congrès de 2002, révisée en 2005.

Ils sont des médecins spécialistes chargés de dispenser :

- des soins globaux et continus
- à tous ceux qui le souhaitent
- indépendamment de leur âge, leur sexe et leur maladie.

Les soins aux enfants font donc partie intégrante de ses fonctions.

La médecine générale a été reconnue comme « **spécialité** » en 2009. Elle assure des fonctions spécifiques : prise en charge globale du patient, continuité et coordination des soins. Le médecin généraliste est, du fait de son exercice spécifique de proximité et de terrain, au centre des **réseaux de soins**. Il est un partenaire privilégié des actions de **santé publique** : prévention, dépistage, éducation sanitaire et sociale.

C'est une spécialité clinique orientée vers les **soins primaires**.

Les soins primaires sont des soins mettant l'accent sur les besoins sanitaires, établissant une relation personnelle durable, offrant des soins complets, continus et centrés sur la personne. Ces soins assument la responsabilité de la santé de tous au sein de la collectivité et pendant toute la vie. Ils tiennent compte des déterminants de la mauvaise santé. Les gens sont partenaires dans la gestion de leur santé et de celle de leur collectivité. L'accès aux soins primaires est une priorité d'ordre mondial comme le rappelle le rapport de l'OMS de 2008 intitulé « Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » [14]. Ce concept ne s'applique pas seulement aux pays en voie de développement, il est au coeur de tous les systèmes de santé et est le garant de leur qualité.

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

Les médecins généralistes travaillent de plus en plus dans des cabinets de groupe ou des maisons médicales pluridisciplinaires, permettant ainsi d'élargir le domaine des compétences mises à la disposition des patients et d'augmenter les plages horaires de consultation.

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 Août 2004 instaure un nouveau dispositif qui repose sur le libre choix d'un médecin traitant. Il doit être désigné par le patient.

Le **parcours de soins coordonné** est une articulation des partenaires conventionnels autour du médecin traitant, pour tous les assurés et les ayants droits de plus de seize ans. Les enfants de moins de seize ans ne sont, à ce jour, pas concernés par ce type de parcours de soins.

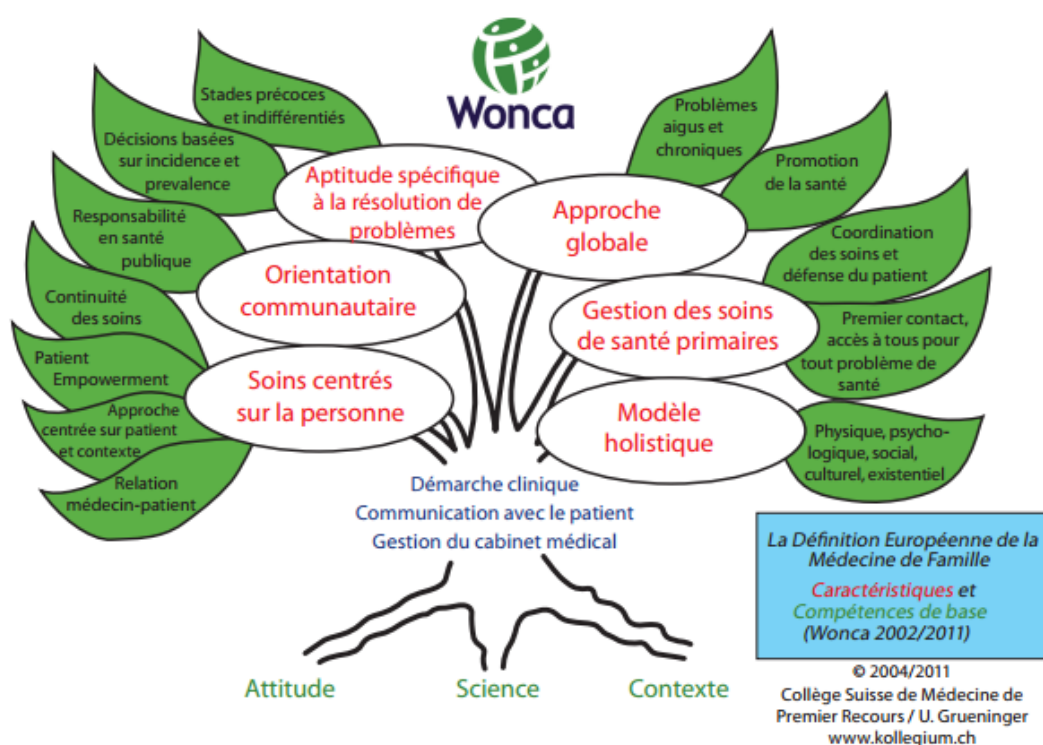


Figure 1. Définition européenne de la médecine de famille

Source : [http://www.kollegium.ch/media/pdf/FactSheet\\_CMPR.pdf](http://www.kollegium.ch/media/pdf/FactSheet_CMPR.pdf)

## B. Définition de la pédiatrie

La pédiatrie est une branche spécialisée de la médecine qui étudie le développement psychomoteur et physiologique normal de l'enfant, ainsi que toute la pathologie qui y a trait (maladies infantiles), de la naissance à la période post pubertaire où il devient adulte ; c'est la médecine des enfants, l'enfant étant défini en droit comme tout sujet âgé de moins de 18 ans (article 1<sup>er</sup> de la Convention relative aux droits de l'enfant).

### 1.2.3. Démographie médicale en France : état des lieux et projection [7]

#### A. Effectifs des médecins en activité régulière

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.

##### ➤ Effectifs des médecins généralistes

Au 1er janvier 2014, selon le 8<sup>ème</sup> Atlas national de la démographie médicale, le Tableau de l'Ordre recense 198.760 médecins inscrits en France en activité régulière, dont **90.630 médecins généralistes**, soit **46%** des médecins. On observe une diminution de 6,5% des effectifs depuis 2007.

D'après l'analyse ordinale et le calcul du taux de croissance annuel moyen (TCAM), la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2020 pour atteindre 86.203 médecins généralistes en activité régulière.

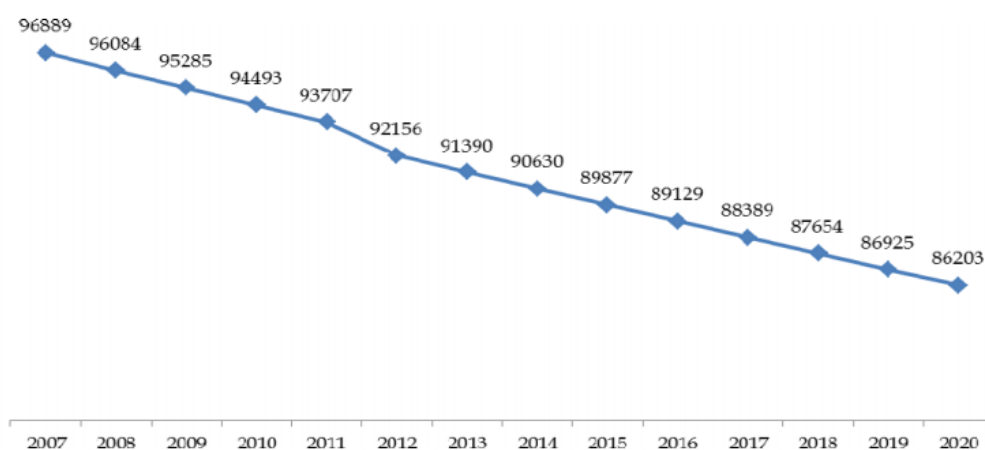


Figure 2. Effectifs des médecins généralistes : de l'observé à l'attendu

##### ➤ Effectifs des pédiatres

Au 1er janvier 2014, le tableau de l'Ordre recense **7.008 pédiatres**. Ils représentent donc **3,5%** des médecins. Depuis 2006, on note une augmentation de 12,5% des effectifs, mais cette augmentation concerne principalement les pédiatres exerçant une activité salariée ou mixte.

## B. Nombre de postes offerts lors de l'ENC

3 799 postes ont été offerts en médecine générale (49% des postes) et 298 en pédiatrie (4% des postes) pour l'année universitaire 2013/2014, sur un total de 7 820 postes à pourvoir

	Ile de France	Nord Est	Nord Ouest	Rhône Alpes	Ouest	Sud	Sud Ouest	Antilles Guyane	Total
Spécialités médicales	260	238	246	184	256	159	170	20	1533
Spécialités chirurgicales	104	101	105	88	106	77	61	12	654
<b>Médecine générale</b>	<b>653</b>	<b>542</b>	<b>532</b>	<b>450</b>	<b>617</b>	<b>464</b>	<b>479</b>	<b>62</b>	<b>3799</b>
Anesthésie réanimation	91	57	60	54	55	47	45	7	416
Biologie médicale	16	12	13	13	18	7	17	1	97
Gynécologie médicale	10	5	8	2	3	5	8	0	41
Gynécologie obstétrique	40	33	28	28	29	20	25	5	208
Médecine du travail	27	30	33	17	41	9	13	0	170
<b>Pédiatrie</b>	<b>66</b>	<b>41</b>	<b>49</b>	<b>38</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>298</b>
Psychiatrie	99	77	89	55	80	50	58	6	514
Santé Publique	16	12	16	11	16	6	12	1	90
<b>Total</b>	<b>1382</b>	<b>1148</b>	<b>1179</b>	<b>940</b>	<b>1262</b>	<b>875</b>	<b>916</b>	<b>118</b>	<b>7820</b>

Tableau 4. Nombres de postes offerts dans les spécialités pour l'année universitaire 2013-2014

## C. Répartition par âge et par sexe

### ➤ Généralistes

Âgés en moyenne de 51 ans, les médecins généralistes sont représentés à 57% par les hommes. 25,8% sont âgés de 60 ans et plus tandis que les moins de 40 ans représentent 13,8% de l'ensemble des effectifs.



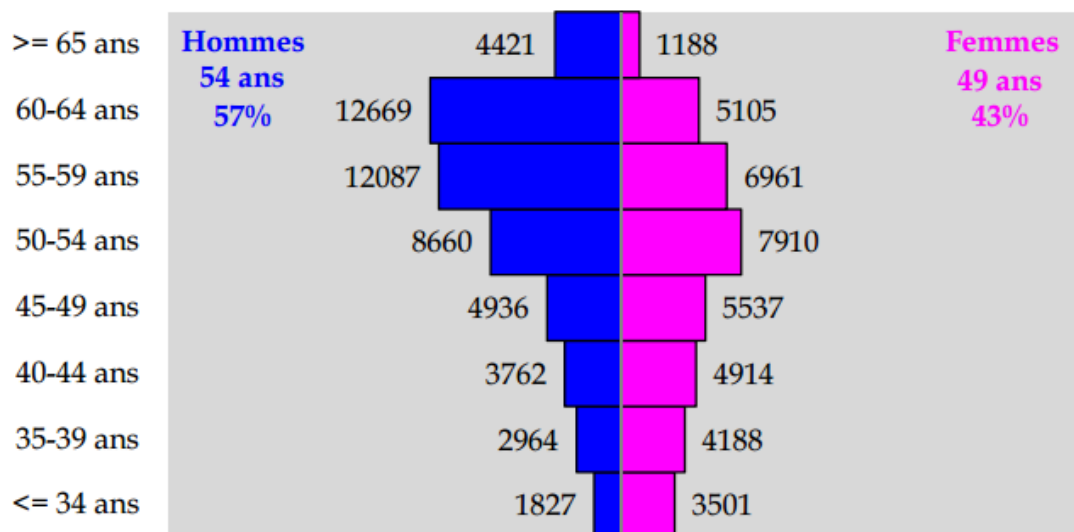


Figure 3. Pyramide des âges des spécialités en médecine générale – France entière

➤ Pédiatres

Agés en moyenne de 50 ans, les pédiatres sont représentés à 68% par les femmes.

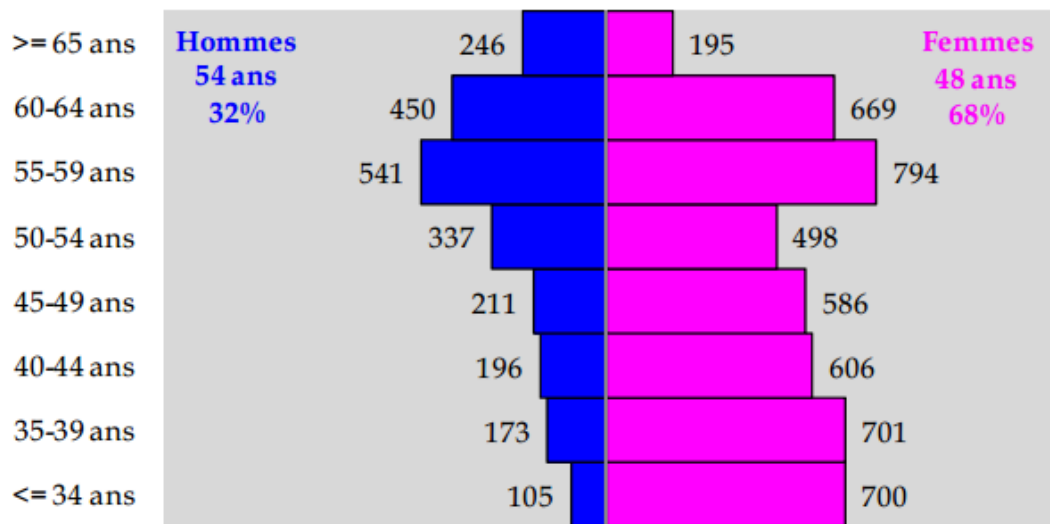


Figure 4. Pyramide des âges des pédiatres

## D. Mode d'exercice

### ➤ Médecins généralistes

Mode d'exercice	Effectifs des MG	%
Libéral	52 760	58,2%
Salarié	31 631	34,9%
Mixte	6 164	6,8%
Sans	10	<0,1%
Divers	65	0,1%
<b>Total</b>	<b>90 630</b>	<b>100%</b>

Tableau 5. Répartition du nombre de MG par mode d'exercice

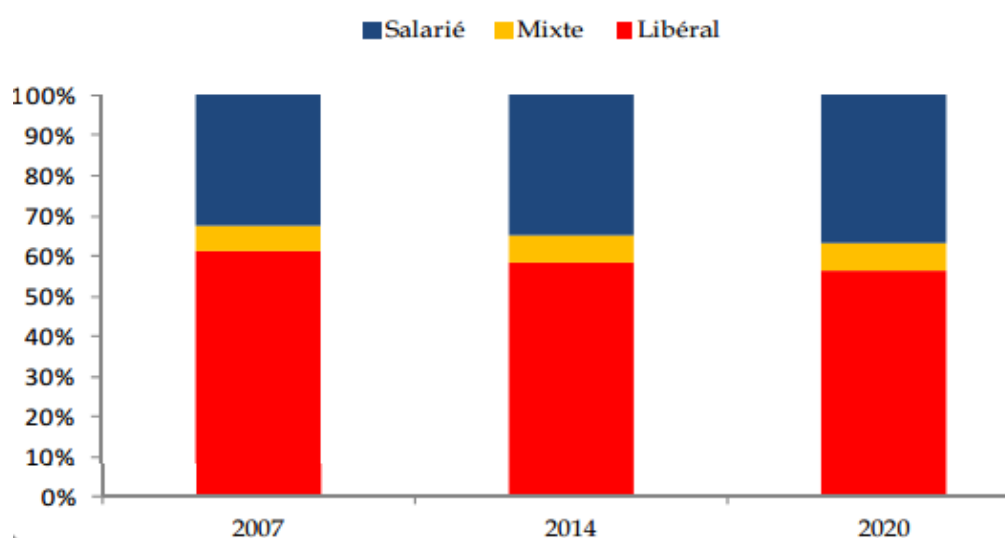


Figure 5. Les modes d'exercice des médecins généralistes : de l'observé à l'attendu

	Libéral	Mixte	Saliarié	Sans	Divers	Total
Hommes	34756	3882	12635	6	47	51326
Femmes	18004	2282	18996	4	18	39304
<b>Total</b>	<b>52760</b>	<b>6164</b>	<b>31631</b>	<b>10</b>	<b>65</b>	<b>90630</b>

Tableau 6. Modes d'exercice par genre en médecine générale

### ➤ Pédiatres :

Le nombre de pédiatres est en augmentation (+12,5 % entre 2006 et 2014) passant de 6.232 à 7.008, cela grâce à une hausse du numerus clausus à l'ECN. Cependant, ce sont principalement les pédiatres exerçant

une activité salariée qui augmentent, passant de 3.696 à 4.467 entre 2006 et 2014, soit une hausse de 21%.

Parmi les nouveaux pédiatres inscrits au tableau de l'Ordre des médecins au 1er janvier 2010, seuls 5,2 % des pédiatres ont fait le choix d'une activité purement libérale contre 87,1 % d'activité salariée.

Mode d'exercice	Effectifs des Pédiatres	%
Libéral	1744	24,9%
Salarié	4467	63,7%
Mixte	796	11,4%
Sans	1	<0,1%
Divers	0	0%
<b>Total</b>	<b>7008</b>	<b>100%</b>

Tableau 7. Répartition du nombre de pédiatres par mode d'exercice

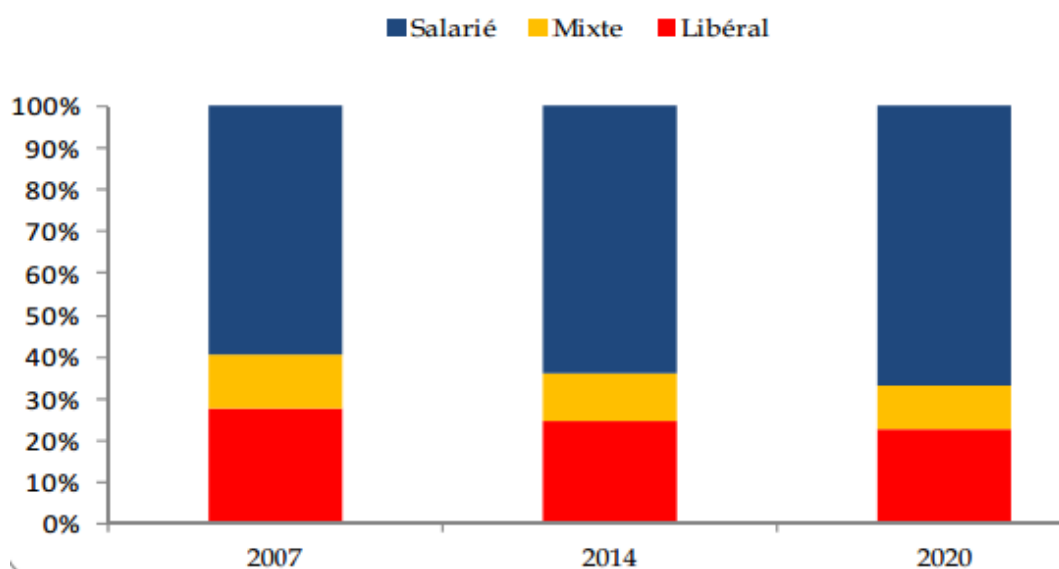


Figure 6. Les modes d'exercice des pédiatres : de l'observé à l'attendu

	Libéral	Mixte	Salarié	Sans	Total
Hommes	637	320	1301	1	2259
Femmes	1107	476	3166	0	4749
Total	1744	796	4467	1	7008

Tableau 8. Modes d'exercice par genre en pédiatrie

Définitions :

*Mixte* = libéral + salarié

*Sans* = sans exercice déclaré

*Divers* = fait référence aux médecins dont la forme de rémunération n'est pas connue. On ne peut donc pas les classer comme libéraux ou salariés. Ce sont notamment les médecins travaillant au sein de laboratoires pharmaceutiques, réalisant des expertises, des missions pour les sociétés d'assurance privée, etc....

E. Densités départementales

➤ Généralistes

En moyenne, la densité départementale des médecins généralistes, en activité régulière, est de 136,5 pour 100 000 habitants. 45% des départements comptabilisent une densité faible, inférieure à la moyenne, et 40% recensent une densité supérieure à la moyenne. La densité varie de 101,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans le département de l'Eure à 207 médecins généralistes pour 100 000 habitants pour les départements des Hautes-Alpes et Paris.

À la lecture de la carte ci-dessous, on constate que les densités supérieures à la moyenne concernent les départements du pourtour méditerranéen, de la côte atlantique ainsi que de l'Est de la France et du Nord.

L'analyse des données par emboîtement d'échelles permet de mettre en évidence des disparités territoriales. À titre d'exemple, la région Rhône-Alpes est une région attractive avec une densité supérieure à la moyenne. Néanmoins, les départements de l'Ain et de la Haute-Loire enregistrent une densité faible, inférieure à la moyenne.

Densités départementales des médecins spécialistes en médecine générale

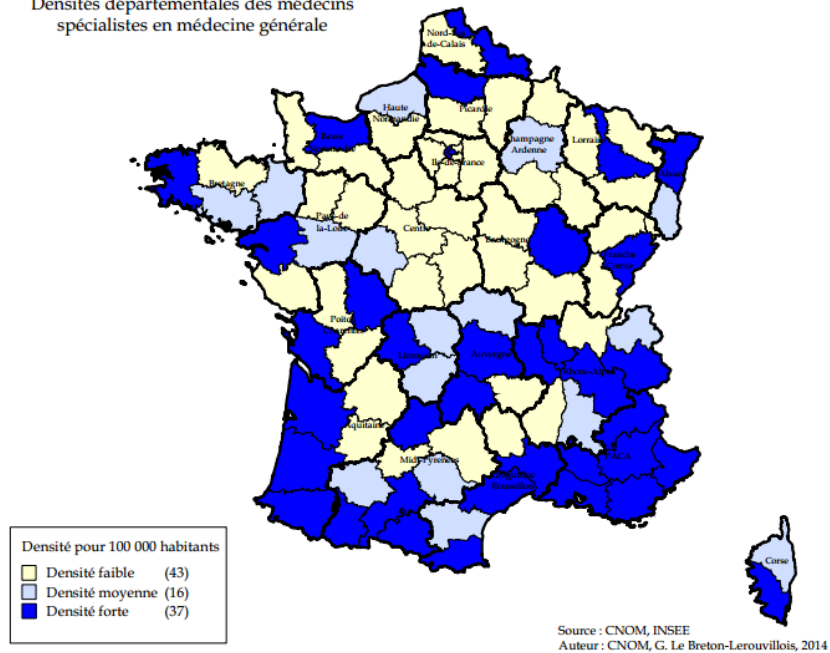


Figure 7. Densités départementales des médecins spécialistes en médecine générale

➤ Pédiatres

Densités départementales des médecins spécialistes en pédiatrie

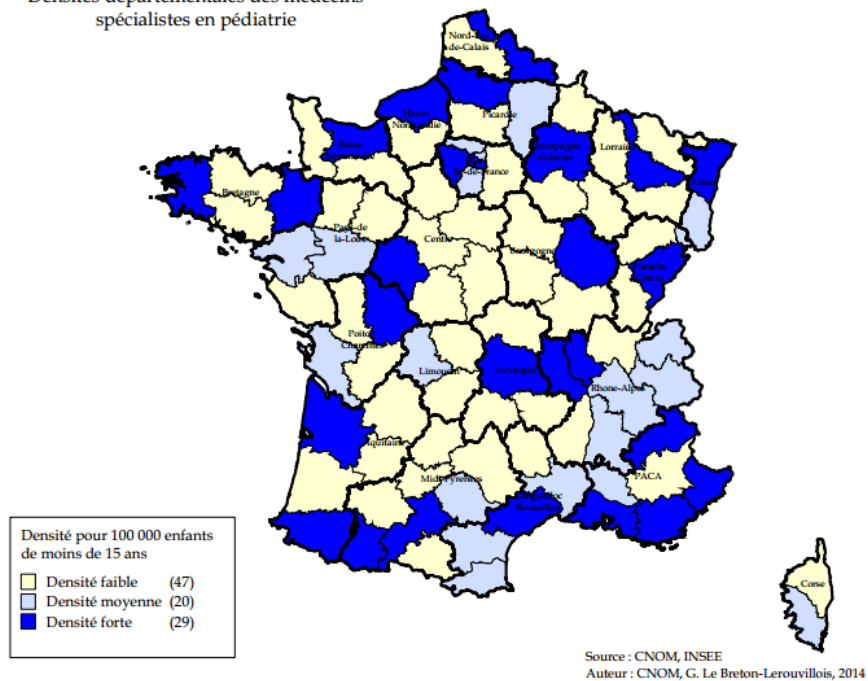


Figure 8. Densités départementales des médecins spécialistes en pédiatrie

La densité moyenne des pédiatres (tous modes d'exercice confondus) est de 61 médecins pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans. L'Île-de-France avec une densité de 90 médecins et PACA avec une densité de 78 médecins, font

partie des régions les mieux dotées. Les régions de Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne et les DOM comme les régions les moins bien dotées avec des densités allant de 40 à 42 médecins.

Pour ce qui concerne les pédiatres libéraux, les données de la CNAMTS montrent une inégalité interdépartementale forte, qui s'est beaucoup accentuée entre 1999 et 2008. Le rapport entre la densité maximale et minimale (excluant la Lozère qui ne compte aucun pédiatre libéral) est actuellement de 1 à 29, alors qu'il n'était que de 1 à 9 en 1999. Outre la Lozère déjà citée, les départements qui ont actuellement la densité minimale (3 pour 100 000 enfants de 15 ans ou moins), sont la Haute Loire et les Deux Sèvres. La densité maximale s'observe à Paris (73 pour 100 000), puis dans les Hauts de Seine, les Alpes Maritimes, la Haute Garonne.

## 2. Méthode

---

### 2.1. Etude

- **Type d'étude** : pour réaliser cette étude, nous avons choisi de faire une étude qualitative, transversale (l'objectif principal étant descriptif), nationale, par auto-questionnaires destinés aux parents d'enfants de moins de 6 ans.
- **Estimation du nombre de sujets nécessaires** : 200 réponses (exploitables) à notre questionnaire étaient jugées nécessaires pour obtenir des résultats pertinents. Nous en avons obtenu 310, dont 287 exploitables.
- **Période d'enquête** : l'étude s'est étendue de début Janvier à fin Mars 2014, soit trois mois au total.
- **Objectif principal** : recueillir et analyser les déterminants qui interviennent dans le choix des parents dans la sélection du médecin pour le suivi régulier de leur enfant de 0 à 6 ans : médecin généraliste ou pédiatre.
- **Objectifs secondaires** :
  - Recueillir le niveau de satisfaction des parents sur le suivi actuel de leur enfant et l'appréciation de la formation en pédiatrie du médecin généraliste
  - Soumettre des propositions afin d'optimiser le suivi de l'enfant et de répondre aux attentes des parents
  - Comparer notre système de prise en charge des enfants à celui de nos voisins européens.

## 2.2. Recueil des données

Les questionnaires destinés aux parents ont été :

- distribués dans quelques garderies et pharmacies de la région parisienne qui les ont remis aux parents d'enfants de moins de 6 ans, puis recueillis par moi-même à la fin de la période d'enquête (annexe 1)
- envoyés à quelques médecins généralistes de Paris et Province (choisis de façon aléatoire sur les pages jaunes) afin de les distribuer à leurs patients, puis récupérés par voie postale. Dans l'enveloppe, nous avons joint une lettre explicative de l'étude et les critères d'inclusion requis pour y participer. Les médecins ont également reçu une enveloppe retour pré affranchie. Aucune relance téléphonique n'a été effectuée. (annexe 1)
- recueillis via internet en diffusant un lien sur les réseaux sociaux permettant de répondre en ligne au questionnaire. (annexe 2)

Les questionnaires étaient anonymes et accompagnés d'une information concernant l'objectif de la thèse.

- **Critère d'inclusion :** Parents habitant en France ayant un ou plusieurs enfants âgés de 0 à 5 ans révolus.
- **Critères d'exclusion :**
  - parents habitant à l'étranger
  - questionnaires incomplètement ou non correctement remplis
  - parents ne comprenant pas ou ne sachant pas lire le français
  - parents refusant de participer à l'étude.

Lors de la rédaction de ma fiche de thèse en 2011, acceptée par la Commission des thèses, j'avais l'intention de réaliser des entretiens semi-dirigés avec les parents résidant en région parisienne. Cela n'a pas été réalisé par manque de temps.

La majorité des réponses ont été obtenues grâce au questionnaire en ligne. Le principal réseau social a été Facebook (essentiellement grâce au groupe : « Les mamans de Facebook....posez vos questions »). Cela a permis d'obtenir un grand



nombre de réponses et d'avoir une population statistiquement représentative de la population nationale.

Le questionnaire dédié aux parents comprenait 3 parties :

- 1<sup>ère</sup> partie destinée à l'ensemble des parents ayant un enfant de moins de 6 ans, comprenant :
  - La description de la population de l'étude : âge des parents et des enfants, lieu de résidence, profession des parents, présence d'une fratrie, présence d'une pathologie chronique sous-jacente, recommandations à la sortie de maternité concernant le suivi médical.
  - Des informations concernant le suivi médical de leur enfant : médecin choisi pour le suivi régulier, raisons de ce choix.
  - Informations sur le médecin choisi : temps de trajet pour s'y rendre, prix de la consultation, pratique de visites à domicile.
  - Opinion des parents sur : la relation MG/Pédiatre, la disparition à venir des pédiatres en ville, la formation des MG à la pédiatrie.
- 2<sup>ème</sup> partie concernant uniquement les enfants suivis le plus souvent par le MG : présence d'un suivi parallèle par le pédiatre et sa fréquence, les motifs de consultation chez le pédiatre, opinion des parents sur le niveau de formation des MG à la pédiatrie et leur satisfaction vis à vis d'eux.
- 3<sup>ème</sup> partie concernant uniquement les enfants suivis le plus souvent par le pédiatre : présence d'un suivi parallèle par le MG et sa fréquence, les motifs de consultation chez le MG, niveau de satisfaction vis à vis du pédiatre.

La longueur du questionnaire et le nombre d'items ont été restreints, en limitant les questions ouvertes, cela afin de faciliter l'adhésion des parents (une feuille recto-verso). Le temps moyen estimé afin de répondre au questionnaire était de 3 minutes.

### **2.2.1. Récupération des données**

L'ensemble des données a été ensuite transcrit dans un tableau Excel. Pour éviter une mauvaise saisie des données, une double entrée a été réalisée par deux personnes différentes.

### **2.2.2. Exploitation et analyse des données**

L'analyse des données a été purement descriptive.

# 3. Résultats

---

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats de notre étude de façon synthétique, exprimés soit sous forme de texte, soit sous forme de tableau ou figure.

## 3.1. Description de la population

### 3.1.1. Nombre d'enfants inclus

310 questionnaires ont été recueillis. 287 ont pu être exploités. 23 ont été exclus car mal remplis ou personnes habitant en dehors de la France métropolitaine.

Certains items n'étant pas toujours renseignés par les parents, le nombre de réponses est parfois inférieur à 287.

### 3.1.2. Médecin choisi pour le suivi régulier

Médecin choisi	Nb. d'enfants	%
Médecin généraliste	97	34%
Pédiatre	190	66%
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 9. Type de médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant

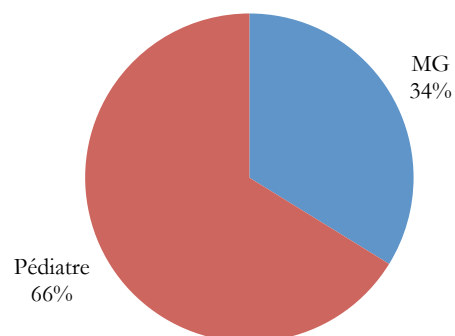


Figure 9. Type de médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant

### 3.1.3. Age des enfants

Les enfants sont âgés de 0 à 6 ans.

Tranche d'âge	Nb. d'enfants	%
0 - 6 mois	45	16%
6 à 12 mois	32	11%
1 à 2 ans	99	34%
3 à 6 ans	111	39%
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 10. Type de médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant

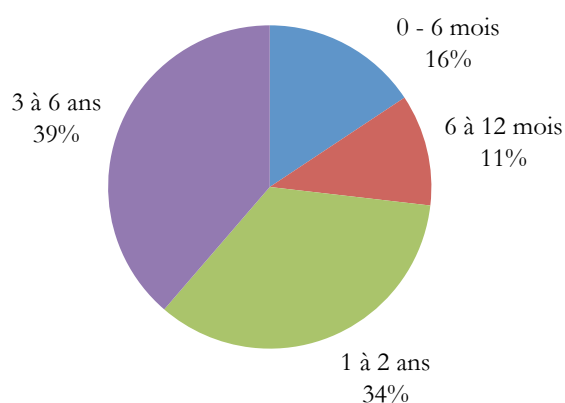


Figure 10. Répartition des enfants de l'échantillon selon la tranche d'âge

### 3.1.4. Age des parents

279 pères (97,2%) et 287 mères (100%) ont répondu à cet item, soit un total de 560 réponses (98,6%). L'âge des parents est compris entre 23 et 47 ans.

Tranche d'âge	Nb. Mères	%
15 - 25 ans	34	12%
26 - 30 ans	105	36%
31 - 40 ans	134	47%
41 ans et +	14	5%
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 11. Répartition des mères par tranche d'âge

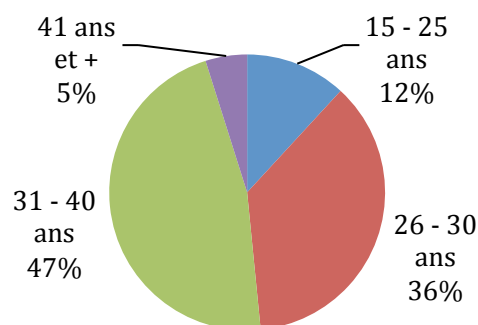


Figure 11. Diagramme de répartition des mères par tranche d'âge

Tranche d'âge	Nb. Pères	%
15 - 25 ans	18	7%
26 - 30 ans	88	31%
31 - 40 ans	145	52%
41 ans et +	28	10%
<b>Total</b>	<b>279</b>	<b>100%</b>

Tableau 12. Répartition des pères par tranche d'âge

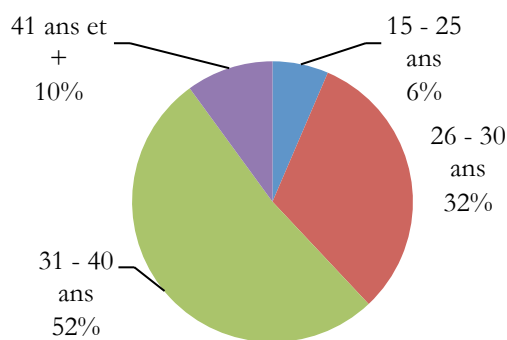


Figure 12. Diagramme de répartition des pères par tranche d'âge

### 3.1.5. Catégorie socio-professionnelle des parents

273 pères (95,1%) et 275 mères (95,8%) ont répondu à cet item, soit une population totale de 548 parents (95,5%) tout sexe confondu.

56 d'entre eux (10,2%) ne travaillent pas (étudiant, sans emploi, mère au foyer ou en congés parental). 492 (89,8%) ont une activité professionnelle.

Catégorie socio professionnelle	Père	Mère	Total
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	58	13	71
Cadres et professions intellectuelles supérieures	142	112	254
Professions intermédiaires	37	65	102
Employés	15	38	53
Ouvriers	12	0	12
Etudiant	5	6	11
Au foyer / En congé parental	0	20	20
Sans emploi	4	21	25
<b>Total</b>	<b>273</b>	<b>275</b>	<b>548</b>

Tableau 13. Répartition des parents selon leur catégorie socio-professionnelle et leur sexe

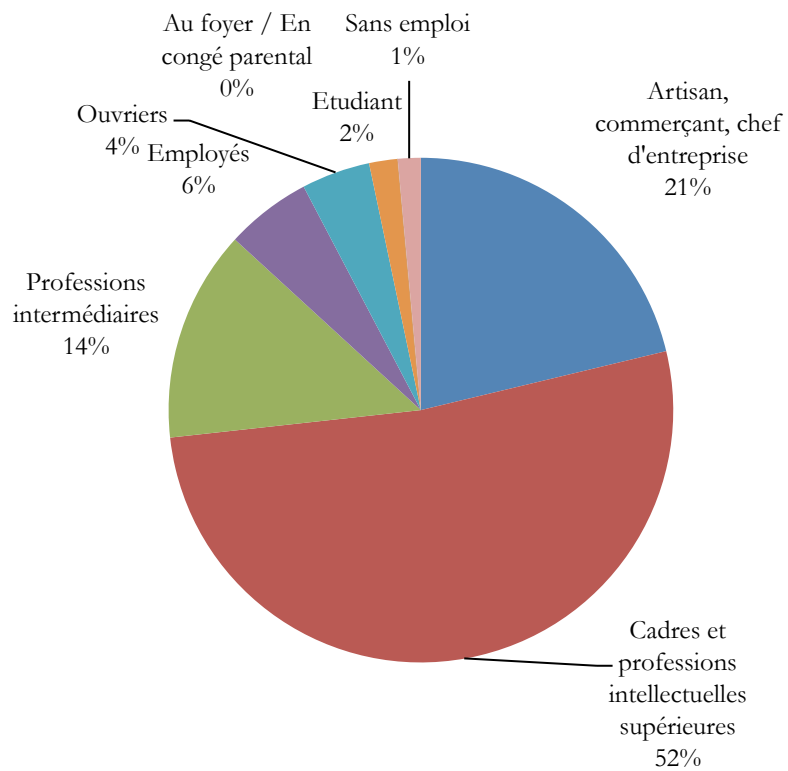


Figure 13. Répartition des pères selon leur catégorie socio-professionnelle

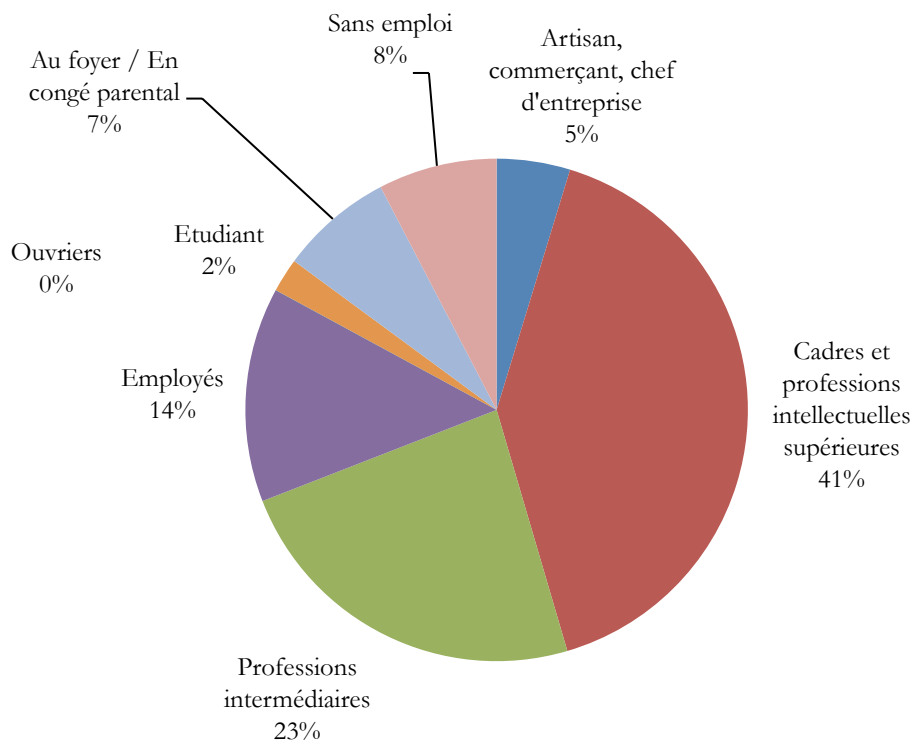


Figure 14. Répartition des mères selon leur catégorie socio-professionnelle

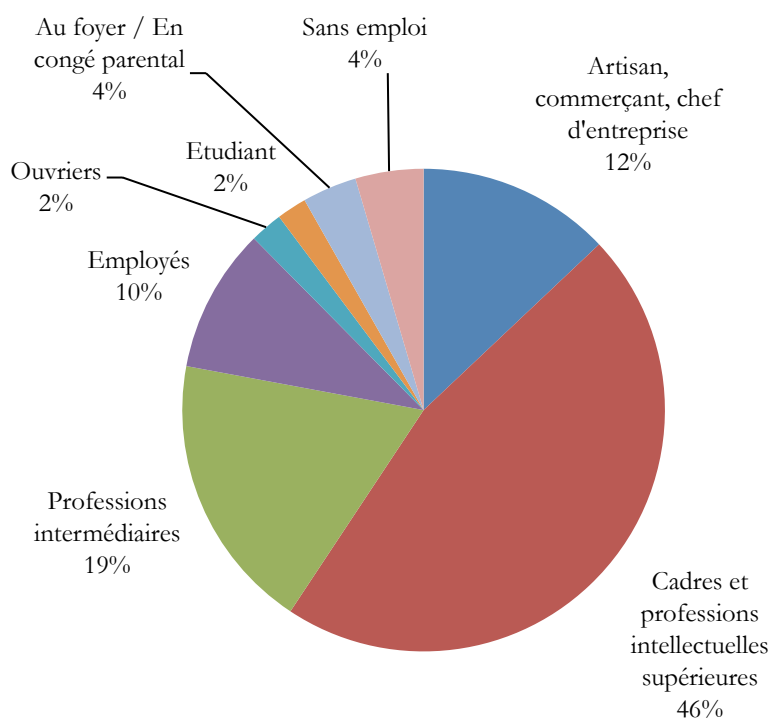


Figure 15. Répartition des parents, tout sexe confondu, selon leur catégorie socio-professionnelle

### 3.1.6. Lieu d'habitation des parents

Lieu d'habitation	Effectifs
Dom Tom	3
Ile de France (hors Paris)	155
Paris	58
Province	71
<b>Total</b>	<b>287</b>

Tableau 14. Répartition des parents selon leur lieu d'habitation

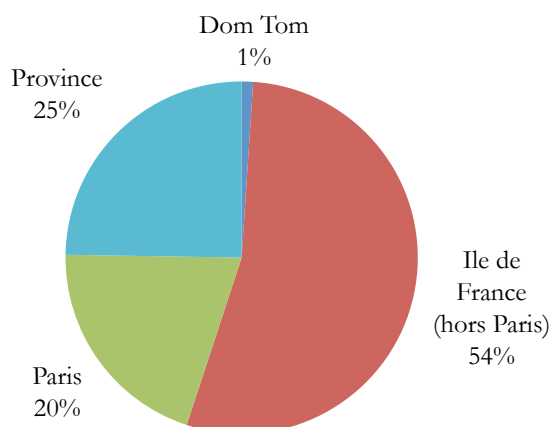


Figure 16. Répartition des parents selon leur lieu d'habitation

### 3.1.7. Nombre d'enfants par parent

Nb. d'enfants du foyer	Effectifs
1	129
2	96
3	50
4 ou +	12
<b>Total</b>	<b>287</b>

Tableau 15. Répartition des parents selon leur nombre d'enfants

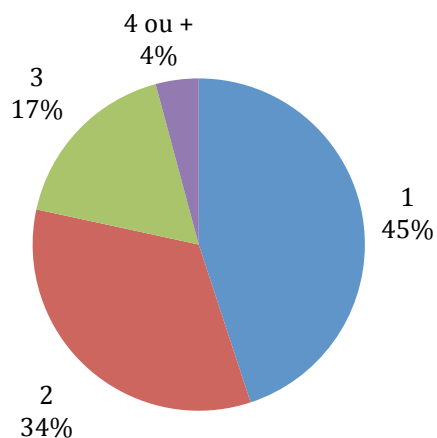


Figure 17. Répartition des parents selon leur nombre d'enfants

### 3.1.8. Présence d'une pathologie chronique sous-jacente

Présence d'une pathologie chronique	Effectifs	%
Oui	12	4%
Non	275	96%
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 16. Répartition des enfants selon la présence ou non d'une pathologie chronique sous-jacente

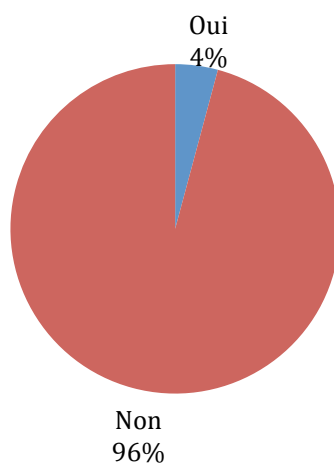


Figure 18. Répartition des enfants selon la présence ou non d'une pathologie chronique sous-jacente



Type de Pathologie	Effectifs	%
Asthme	6	50%
Autres	6	50%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Tableau 17. Répartition des enfants présentant une pathologie chronique sous-jacente, selon le type de pathologie

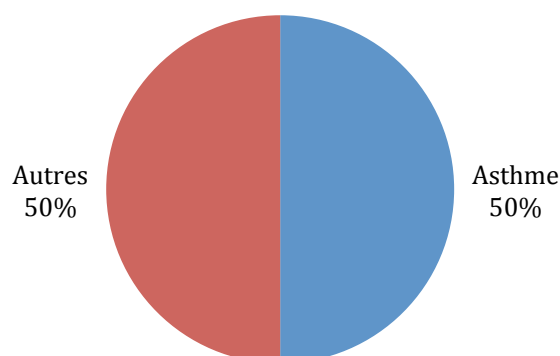


Figure 19. Répartition des enfants présentant une pathologie chronique sous-jacente, selon le type de pathologie

### 3.2. Médecin assurant le suivi régulier de l'enfant: critères principaux de choix

Critère de choix	MG	%*	Pédiatre	%*
Compétence	44	45%	121	64%
Conseil/Ecoute	35	36%	82	43%
Disponibilité	40	41%	69	36%
Proximité	31	32%	50	26%
Prix de la consultation	19	21%	34	18%

Tableau 18. Priorités des parents pour choisir entre MG et Pédiatre pour le suivi régulier de leur enfant

\* % de la population ayant cité le critère en première position parmi leurs critères de choix.

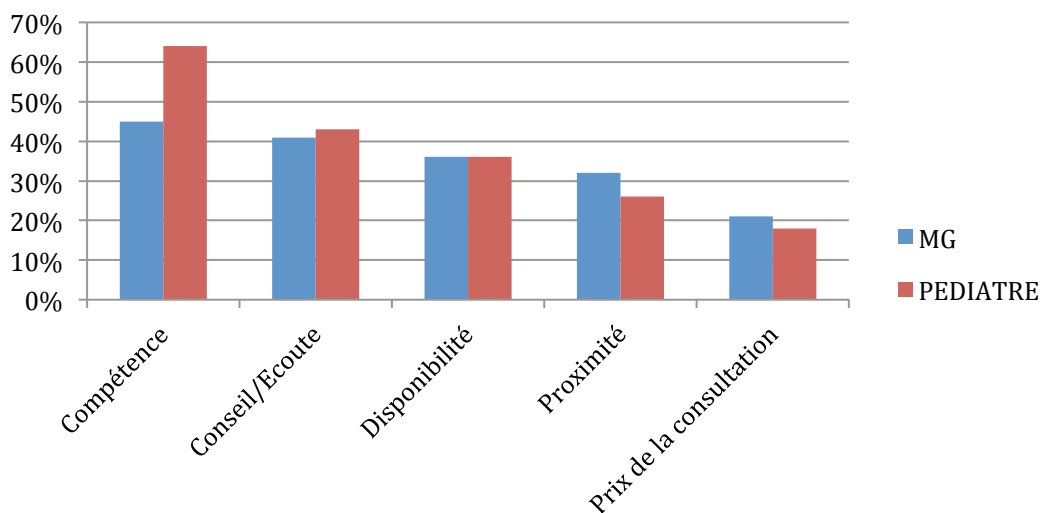


Figure 20. Critères des parents pour choisir entre MG et Pédiatre pour le suivi régulier de leur enfant

### 3.3. Déterminants intervenant dans le choix du médecin

#### 3.3.1. Age des enfants

Tranche d'âge	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
0 - 6 mois	14	31%	31	69%	45	100%
6 à 12 mois	7	22%	25	78%	32	100%
1 à 2 ans	25	25%	74	75%	99	100%
3 à 6 ans	51	46%	60	54%	111	100%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>34%</b>	<b>190</b>	<b>66%</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 19. Médecin choisi pour le suivi en fonction de l'âge de l'enfant

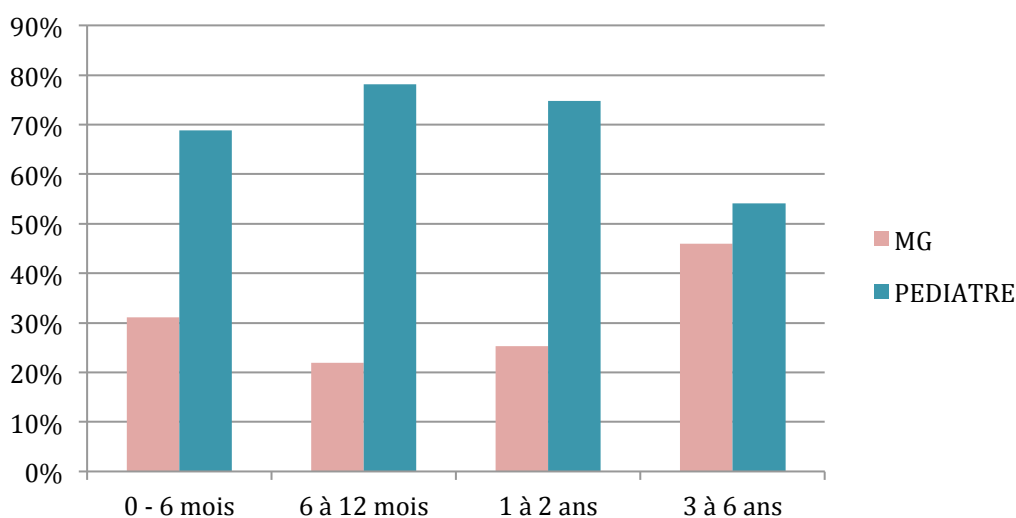


Figure 21. Médecin choisi pour le suivi en fonction de l'âge de l'enfant

### 3.3.2. Age des parents

Tranche d'âge du père	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
15 à 25 ans	6	33%	12	67%	18	100%
26 à 30 ans	21	24%	67	76%	88	100%
31 à 40 ans	55	38%	90	62%	145	100%
41 ans et +	17	61%	11	39%	28	100%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>34%</b>	<b>186</b>	<b>66%</b>	<b>279</b>	<b>100%</b>

Tableau 20. Médecin choisi pour le suivi en fonction de l'âge du père

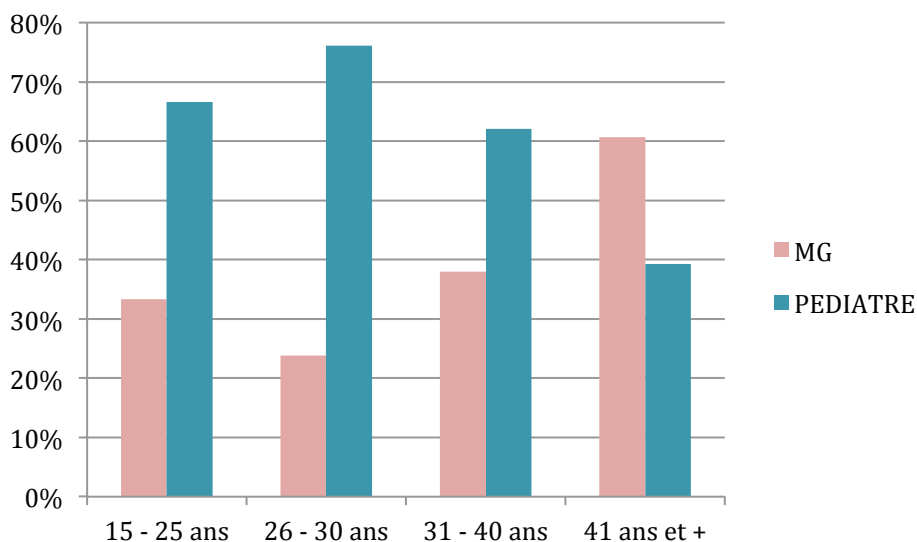


Figure 22. Médecin choisi pour le suivi en fonction de l'âge du père

Tranche d'âge de la mère	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
15 à 25 ans	11	32%	23	68%	34	100%
26 à 30 ans	28	27%	77	73%	105	100%
31 à 40 ans	48	36%	86	64%	134	100%
41 ans et +	10	71%	4	29%	14	100%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>34%</b>	<b>190</b>	<b>66%</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 21. Médecin choisi pour le suivi en fonction de l'âge de la mère

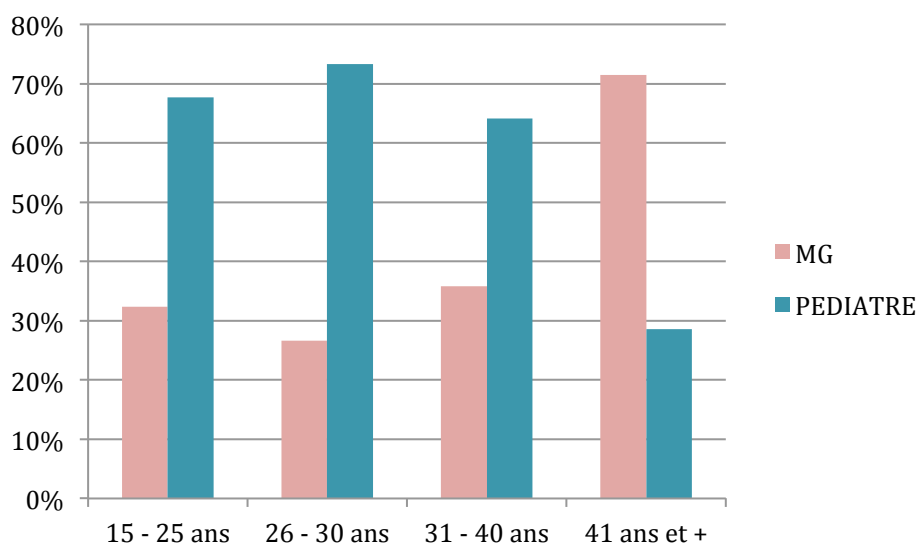


Figure 23. Médecin choisi pour le suivi en fonction de l'âge de la mère

### 3.3.3. Catégorie socio-professionnelle

CSP du père	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	17	29%	41	71%	58	100%
Cadres et prof. intellectuelles sup.	42	30%	100	70%	142	100%
Professions intermédiaires	14	38%	23	62%	37	100%
Employés	7	47%	8	53%	15	100%
Ouvriers	8	67%	4	33%	12	100%
Etudiant	1	20%	4	80%	5	100%
Sans emploi	3	75%	1	25%	4	100%
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>34%</b>	<b>181</b>	<b>66%</b>	<b>273</b>	<b>100%</b>

Tableau 22. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction de la catégorie socio-professionnelle du père

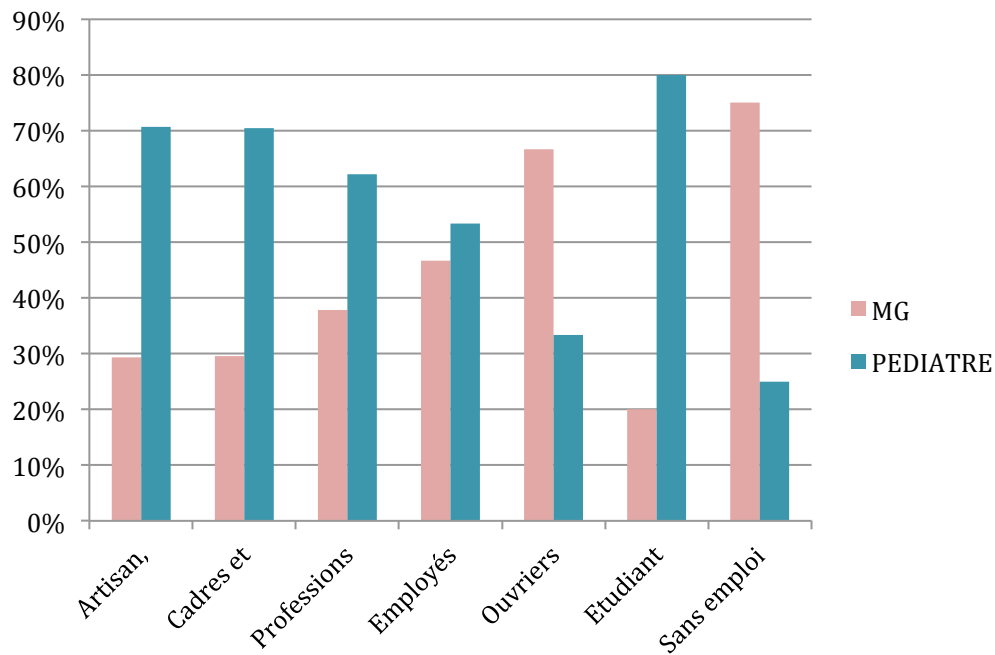


Figure 24. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction de la catégorie socio-professionnelle du père

CSP de la mère	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	5	38%	8	62%	13	100%
Cadres et prof. intellectuelles sup.	26	23%	86	77%	112	100%
Professions intermédiaires	28	43%	37	57%	65	100%
Employés	16	42%	22	58%	38	100%
Ouvriers	4	67%	2	33%	6	100%
Etudiant	6	30%	14	70%	20	100%
Sans emploi	8	38%	13	62%	21	100%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>34%</b>	<b>182</b>	<b>66%</b>	<b>275</b>	<b>100%</b>

Tableau 23. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction de la catégorie socio-professionnelle de la mère

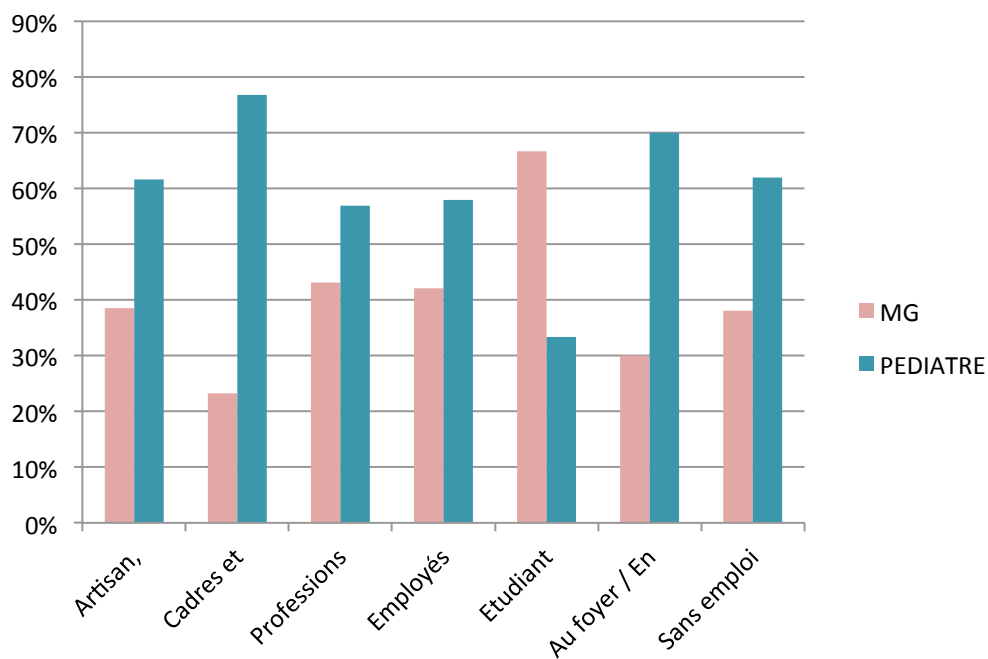


Figure 25. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction de la catégorie socio-professionnelle de la mère

### 3.3.4. Lieu d'habitation

Lieu d'habitation	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
Dom Tom	1	33%	2	67%	3	100%
Ile de France (hors Paris)	53	34%	102	66%	155	100%
Paris	13	22%	45	78%	58	100%
Province	30	42%	41	58%	71	100%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>34%</b>	<b>190</b>	<b>66%</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 24. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction du lieu d'habitation des parents

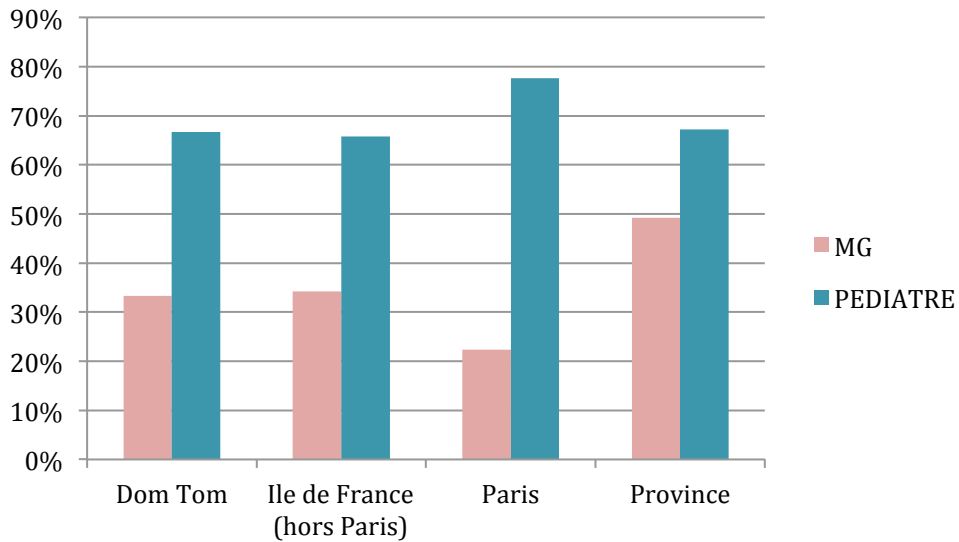


Figure 26. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction du lieu d'habitation des parents

### 3.3.5. Pathologie chronique sous jacente

Présence d'une pathologie chronique	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
Oui	6	50%	6	50%	12	100%
Non	91	33%	184	67%	275	100%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>34%</b>	<b>190</b>	<b>66%</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 25. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction de la présence ou non d'une pathologie chronique sous-jacente chez l'enfant

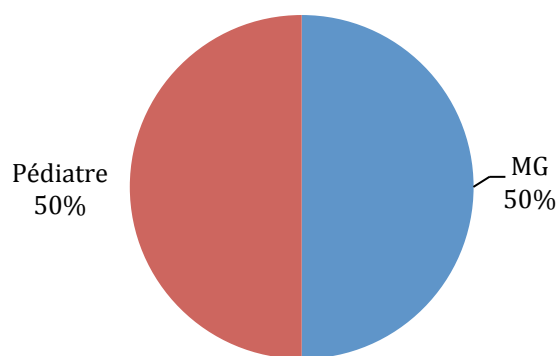


Figure 27. Médecin choisi pour le suivi régulier des enfants présentant une pathologie chronique sous-jacente

### 3.3.6. Nombre d'enfants par famille et suivi des autres enfants

Nb. d'enfants	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
1	33	26%	96	74%	129	100%
2	36	37%	60	63%	96	100%
3	24	48%	26	52%	50	100%
4 ou +	8	67%	4	33%	12	100%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>34%</b>	<b>190</b>	<b>66%</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 26. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction du nombre d'enfants du foyer

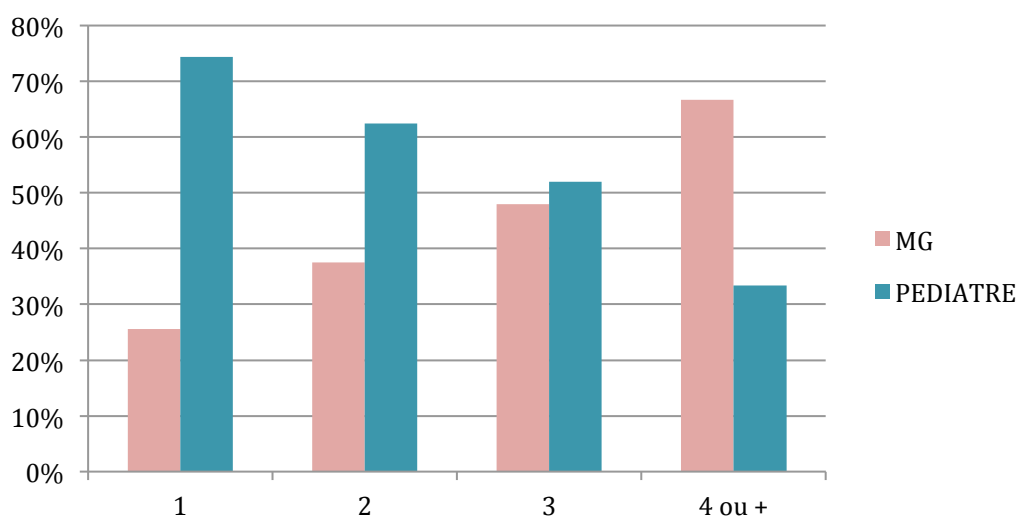


Figure 28. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction du nombre d'enfants du foyer

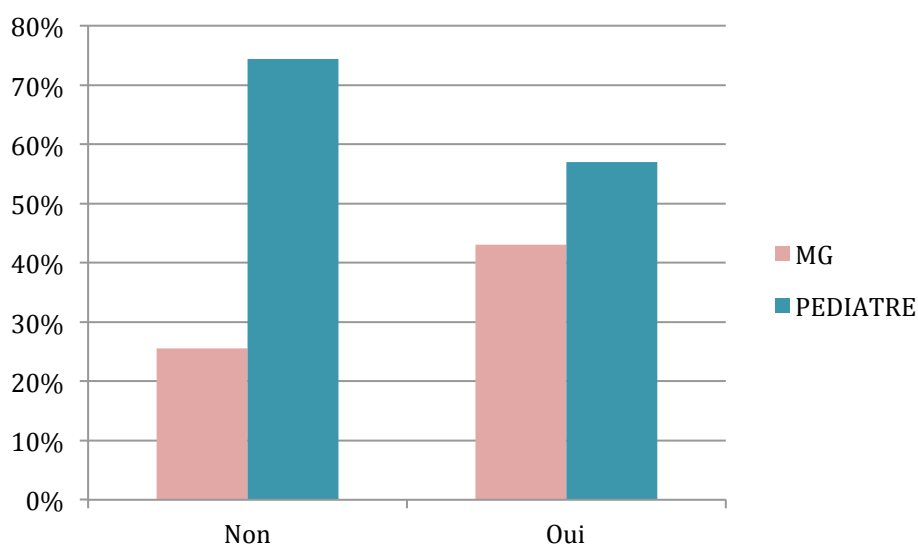


Figure 29. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction de la présence d'une fratrie



Suivi différent	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
Oui	23	56%	18	44%		100%
Non	45	38%	72	62%		100%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>43%</b>	<b>90</b>	<b>57%</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 27. Tableau comparatif de la présence d'un suivi différent ou non si une fratrie est présente

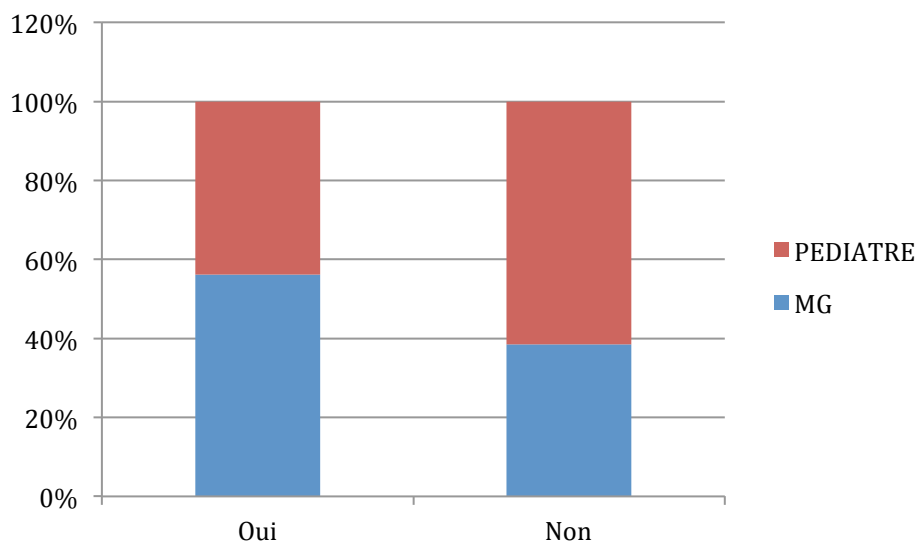


Figure 30. Comparatif de la présence d'un suivi différent ou non si une fratrie est présente

### 3.3.7. Temps de trajet pour se rendre chez le médecin

Temps de trajet	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
< 10 min	50	54%	42	46%	92	100%
10 à 20 min	37	26%	107	74%	144	100%
> 20 min	10	20%	41	80%	51	100%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>34%</b>	<b>190</b>	<b>66%</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 28. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction du temps de trajet

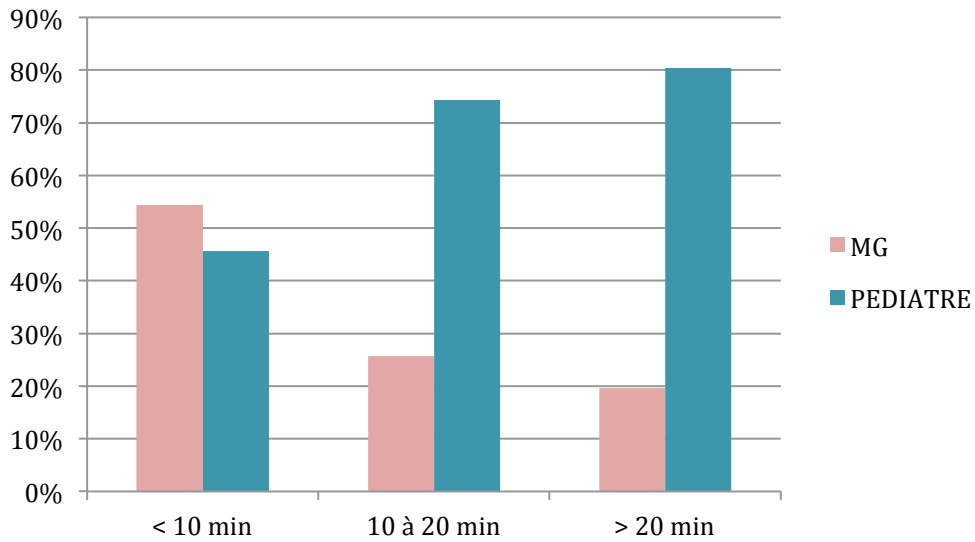


Figure 31. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction du temps de trajet

### 3.3.8. Prix de la consultation

272 parents (94,8%) ont répondu à cet item.

Honoraires	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
<= 30 €	86	82%	19	18%	105	100%
> 30 €	7	16%	37	84%	44	100%
> 40 €	3	2%	120	98%	123	100%
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>35%</b>	<b>176</b>	<b>65%</b>	<b>272</b>	<b>100%</b>

Tableau 29. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction du prix de la consultation

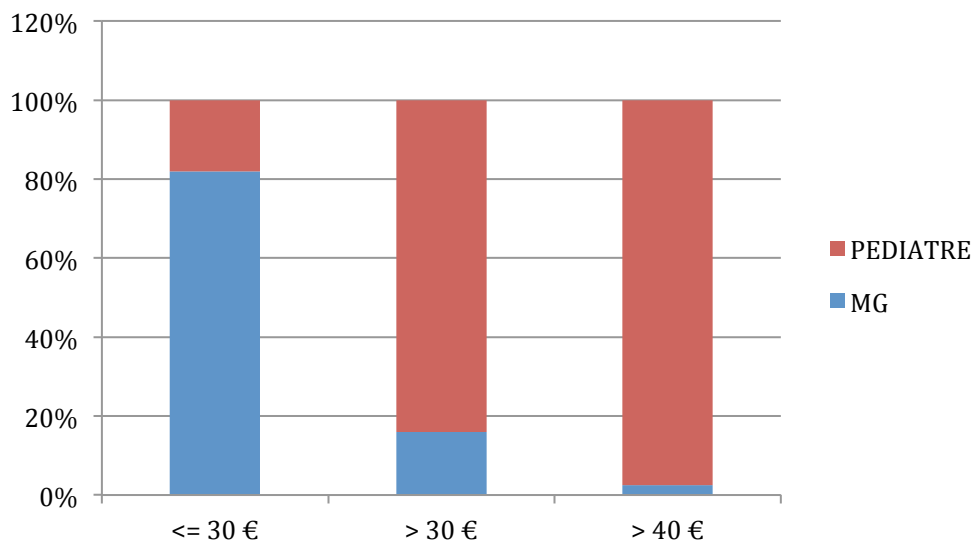


Figure 32. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction du prix de la consultation

### 3.3.9. Recommandations à la sortie de maternité

Parmi les 287 mères, seules 45 disent avoir reçu des recommandations à la sortie de la maternité concernant l'orientation pour la suite de la prise en charge de leur enfant.

Recommandations	Effectifs	%
Aller chez le MG	1	2%
Aller chez le pédiatre	28	62%
Aller à la PMI	16	36%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Tableau 30. Recommandations à la sortie de la maternité

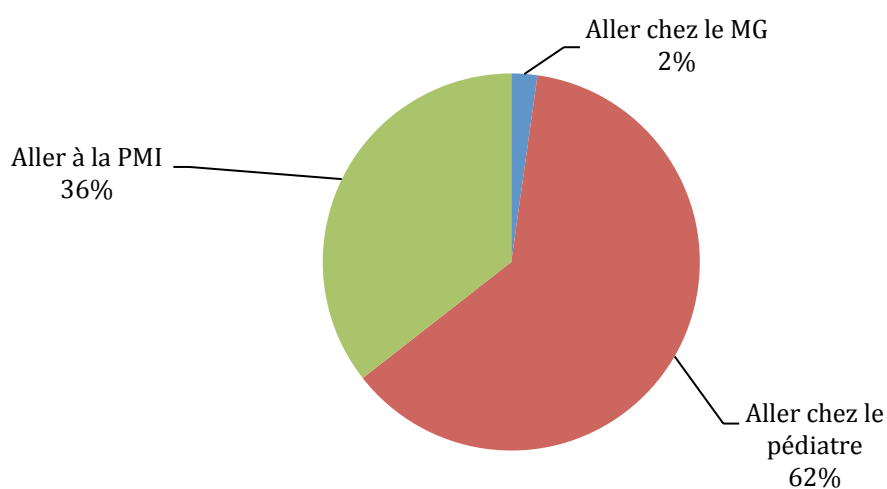


Figure 33. Recommandations à la sortie de la maternité

### 3.3.10. Age du médecin généraliste

Age du MG	MG	%	Pédiatre	%	Total	%
< 35 ans	8	73%	3	27%	11	100%
35 à 50 ans	62	38%	102	62%	164	100%
> 50 ans	27	24%	85	76%	112	100%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>34%</b>	<b>190</b>	<b>66%</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>

Tableau 31. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction de l'âge du médecin généraliste

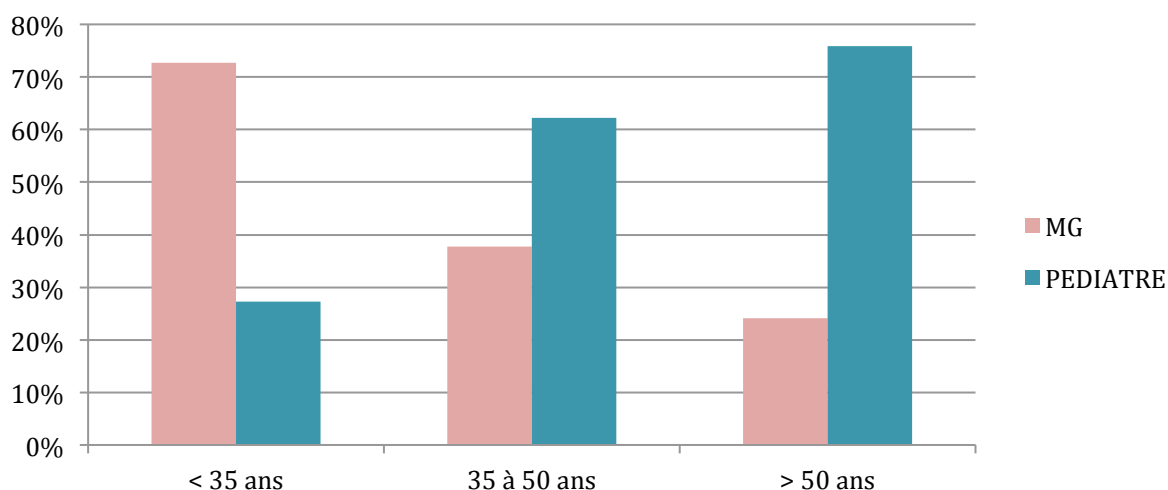


Figure 34. Médecin choisi pour le suivi régulier de l'enfant en fonction de l'âge du médecin généraliste

### 3.4. Ressenti des parents

#### 3.4.1. Sur la relation MG / Pédiatre

279 parents (97,2%) ont répondu à cet item.

Ressenti	MG	%	Pédiatre	%
Concurrente	31	33%	30	16%
Complémentaire	63	67%	155	84%
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>185</b>	<b>100%</b>

Tableau 32. Ressenti des parents sur la relation MG / Pédiatre en fonction du type de médecin choisi pour le suivi de leur enfant

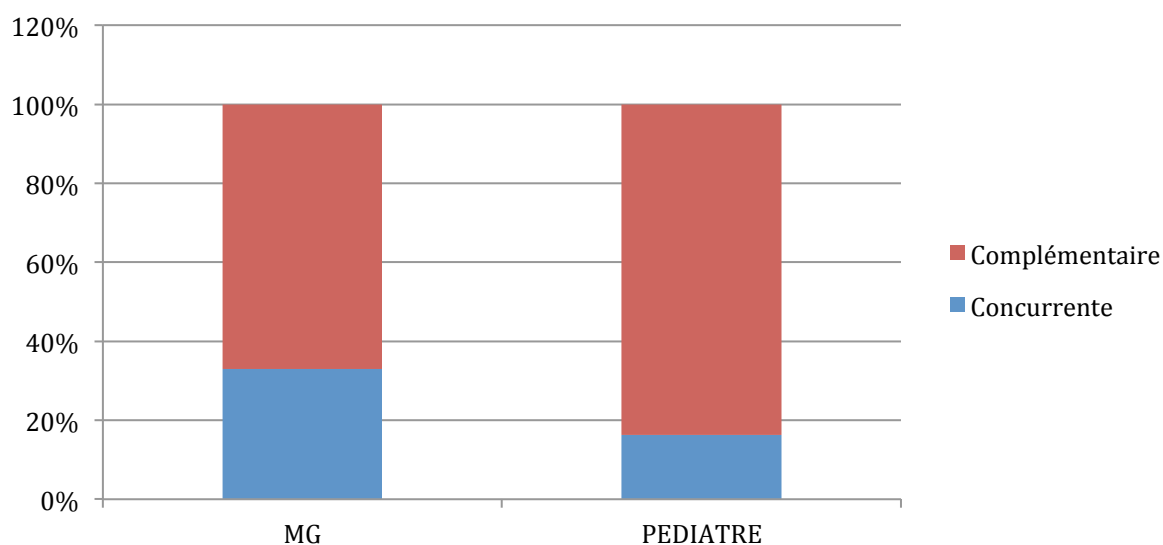


Figure 35. Ressenti des parents sur la relation MG / Pédiatre en fonction du type de médecin choisi pour le suivi de leur enfant

### 3.4.2. Sur la disparition à venir des pédiatres ambulatoires

285 parents (99,3%) ont répondu à cet item.

Ressenti	MG	%	Pédiatre	%
Inquiets	40	41%	170	90%
Pas inquiets	57	59%	18	10%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>188</b>	<b>100%</b>

Tableau 33. Ressenti des parents sur la disparition à venir des pédiatres ambulatoires en fonction du type de médecin choisi pour le suivi de leur enfant

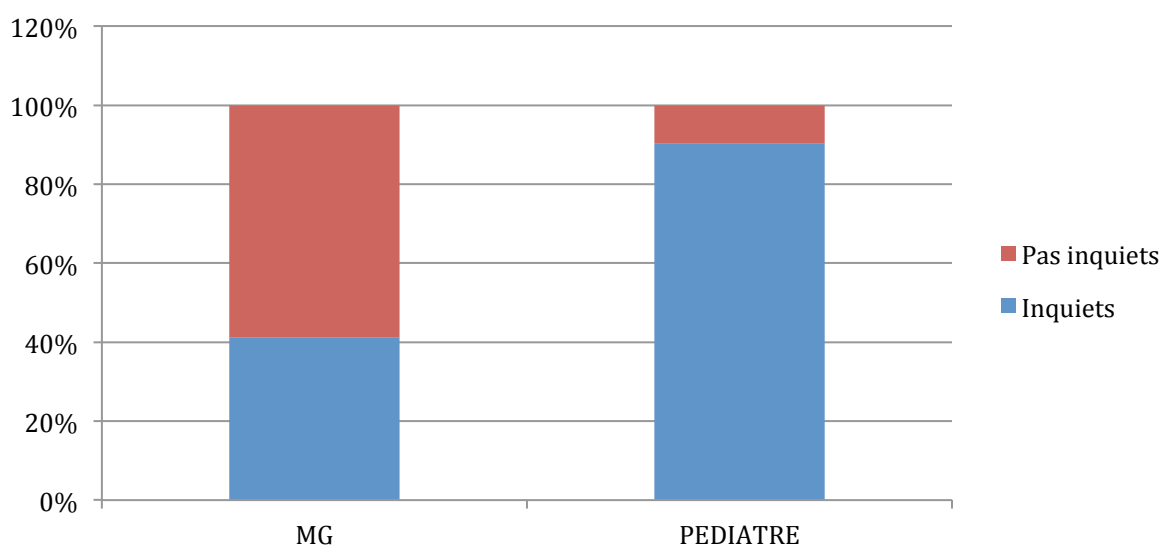


Figure 36. Ressenti des parents sur la disparition à venir des pédiatres ambulatoires en fonction du type de médecin choisi pour le suivi de leur enfant

### 3.4.3. Formation des MG en pédiatrie

286 parents (99,6%) ont répondu à cet item.

Ressenti	MG	%	Pédiatre	%
Formation suffisante	67	69%	57	30%
Formation insuffisante	30	31%	132	70%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>

Tableau 34. Ressenti des parents sur la formation des MG en pédiatrie en fonction du type de médecin choisi pour le suivi de leur enfant

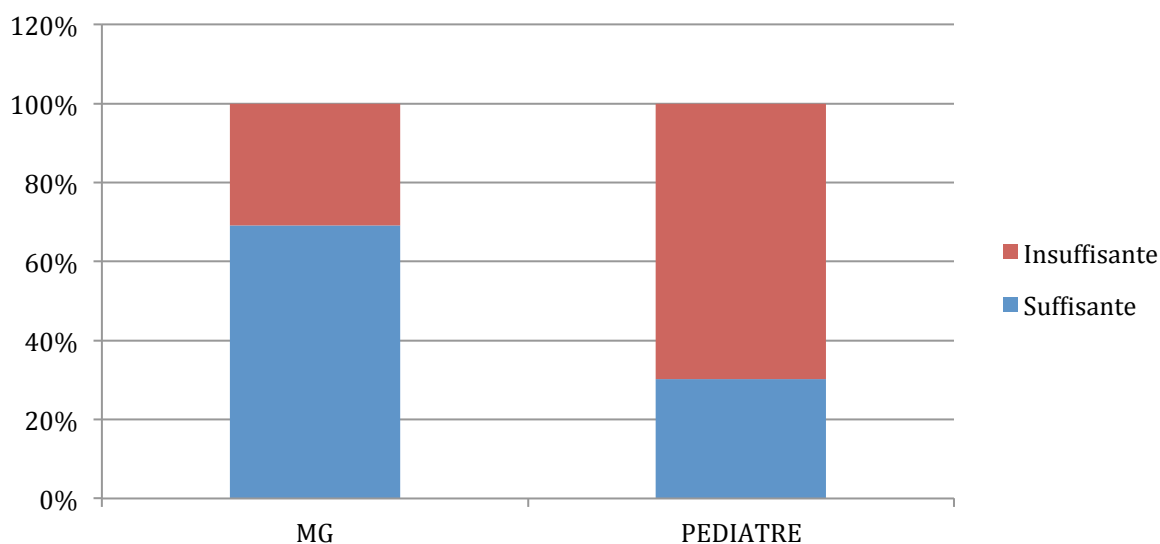


Figure 37. Ressenti des parents sur la formation des MG en pédiatrie en fonction du type de médecin choisi pour le suivi de leur enfant

Réponse	MG	%	Pédiatre	%
Oui	30	31%	58	30%
Non	67	69%	132	70%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>

Tableau 35. Réponse des parents à la question « Etes-vous au courant que depuis quelques années les étudiants en médecine générale reçoivent une formation spécifique en pédiatrie ? » selon le médecin choisi pour le suivi de leur enfant

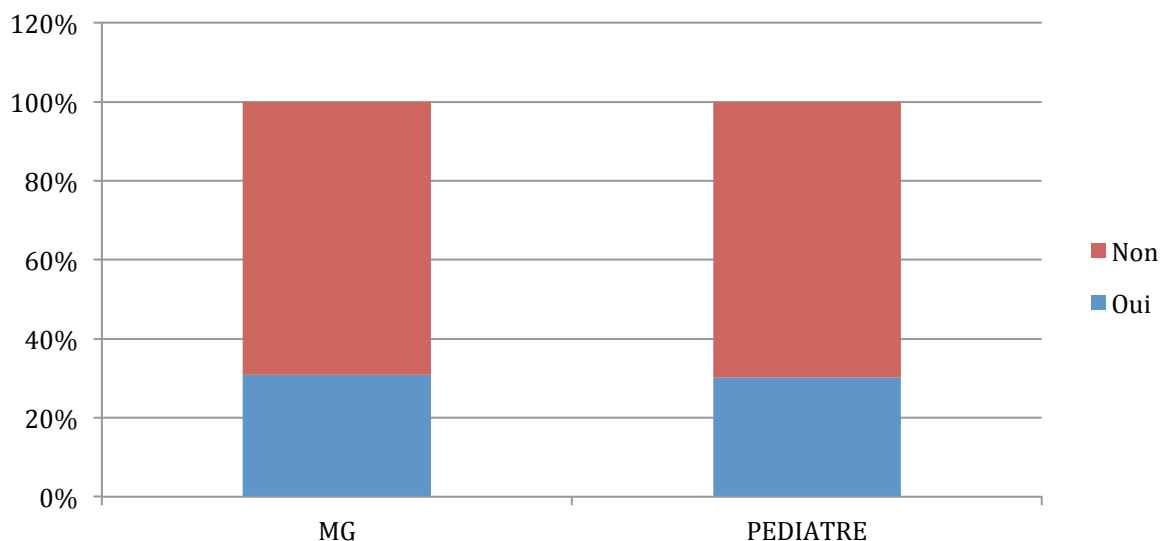


Figure 38. Réponse des parents à la question « Etes-vous au courant que depuis quelques années les étudiants en médecine générale reçoivent une formation spécifique en pédiatrie ? » selon le médecin choisi pour le suivi de leur enfant

### 3.5. Description spécifique pour les enfants suivis par le MG

#### 3.5.1. Présence d'un suivi parallèle par le pédiatre et fréquence de ce suivi

Suivi parallèle	Effectifs	%
Oui	40	41%
Non	57	59%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Tableau 36. Présence d'un suivi parallèle par le pédiatre pour les enfants suivis par le MG

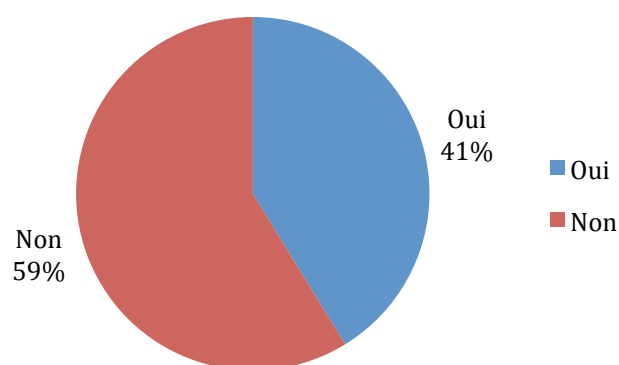


Figure 39. Présence d'un suivi parallèle par le pédiatre pour les enfants suivis par le MG

Fréquence du suivi	Effectifs	%
1 fois sur 2	5	12%
1 fois sur 3	15	38%
1 fois sur 4	8	20%
1 fois sur 5	12	30%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tableau 37. Fréquence de suivi parallèle par le pédiatre pour les enfants suivis par le MG

#### 3.5.2. Motifs de consultation chez le pédiatre

Motif	Effectifs	%
Pathologie aigue	7	18%
Vaccination	11	28%
Dépistage de troubles du développement psychomoteur	13	32%
Conseils	8	20%
Indisponibilité du MG	1	2%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Tableau 38. Motifs de consultation chez le pédiatre pour les enfants suivis par le MG

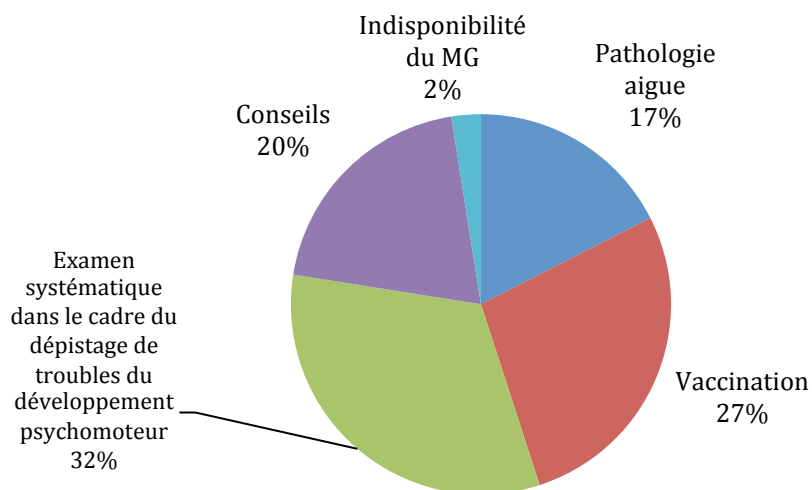


Figure 40. Motifs de consultation chez le pédiatre pour les enfants suivis par le MG

### 3.5.3. Niveau de satisfaction

Satisfaction	Effectifs	%
Oui	86	89%
Non	11	11%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Tableau 39. Satisfaction des parents pour les enfants suivis par le MG

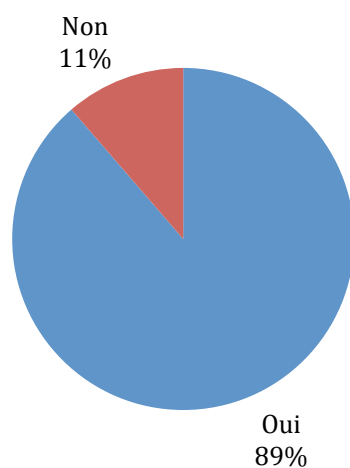


Figure 41. Satisfaction des parents pour les enfants suivis par le MG



### 3.6. Description spécifique pour les enfants suivis par le pédiatre

#### 3.6.1. Présence d'un suivi parallèle par le MG et fréquence de ce suivi

Suivi parallèle	Effectifs	%
Oui	136	72%
Non	54	28%
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>

Tableau 40. Présence d'un suivi parallèle par le MG pour les enfants suivis par le pédiatre

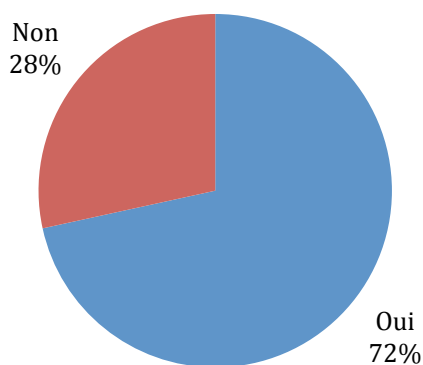


Figure 42. Présence d'un suivi parallèle par le MG pour les enfants suivis par le pédiatre

Fréquence du suivi	Effectifs	%
1 fois sur 2	15	11%
1 fois sur 3	42	31%
1 fois sur 4	27	20%
1 fois sur 5	50	37%
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>

Tableau 41. Fréquence de suivi parallèle par le MG pour les enfants suivis par le pédiatre

#### 3.6.2. Motifs de consultation chez le MG

Motif	Nb.	%
Pathologie aigue	25	46%
Vaccination	4	7%
Dépistage de troubles du développement psychomoteur	3	6%
Conseils	2	4%
Indisponibilité du pédiatre	20	37%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Tableau 42. Motifs de consultation chez le MG pour les enfants suivis par le pédiatre

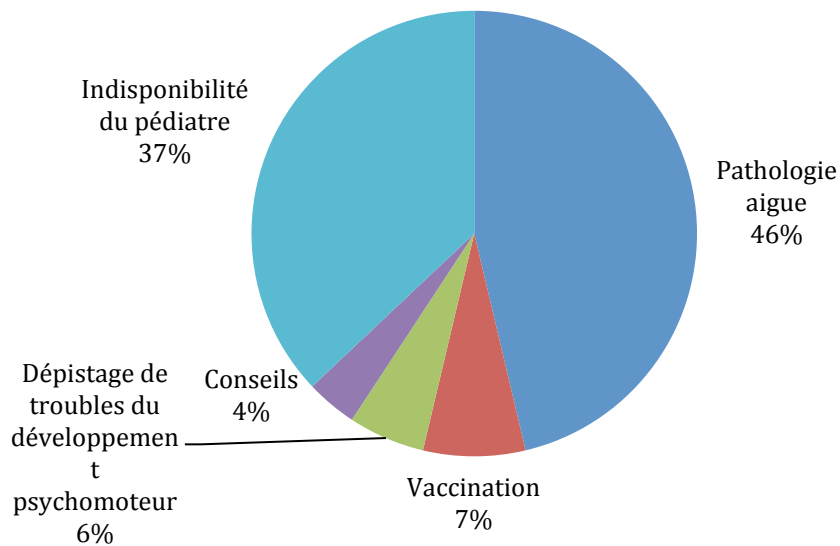


Figure 43. Motifs de consultation chez le MG pour les enfants suivis par le pédiatre

### 3.6.3. Niveau de satisfaction

Satisfaction	Effectifs	%
Oui	175	92%
Non	15	8%
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>100%</b>

Tableau 43. Satisfaction des parents pour les enfants suivis par le pédiatre

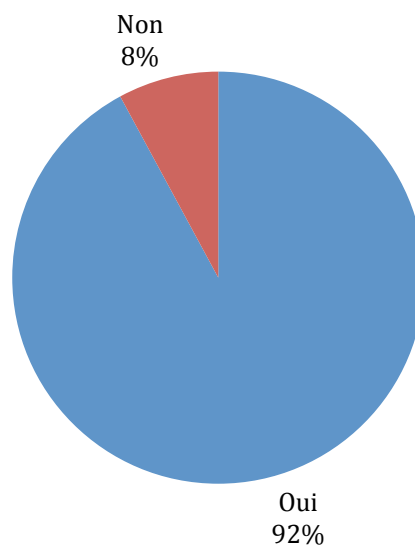


Figure 44. Satisfaction des parents pour les enfants suivis par le pédiatre

## 4. Discussion

---

Dans cette partie, nous allons analyser et interpréter les résultats de notre enquête, puis relever les différents biais rencontrés. La pertinence de l'étude sera passée au crible de la critique. Nous tâcherons d'en faire ressortir les points positifs ainsi que les points négatifs.

Nous répondrons dans toute la mesure du possible aux questions que nous nous sommes posés, à savoir :

- Quels sont les critères de sélection intervenant dans le choix des parents entre médecin généraliste et pédiatre pour le suivi régulier de leur enfant ?
- Les parents sont-ils satisfaits du suivi actuel de leur enfant ?
- Quel est leur sentiment vis-à-vis de la formation des médecins généralistes à la pédiatrie et leur ressenti face à la probable disparition des pédiatres libéraux ?

La discussion portera également sur la comparaison avec les travaux d'auteurs ayant traité ce même sujet, et la confrontation de nos résultats aux données actuelles de la littérature.

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

### 4.1. L'enquête

Une seule publication a été retrouvée concernant ce sujet : il s'agit d'une thèse publiée en 2009 par Sarah Poitrasson-Tigrinate [15], intitulée : « Déterminants qui conduisent les parents à choisir entre médecin généraliste et pédiatre pour le suivi régulier de leur nourrisson normal gardé en crèche. Etat des lieux et évolution à prévoir. »

Mais l'étude n'a pu être réalisée que sur un petit échantillon : quarante nourrissons, âgés de 0 à 2 ans, recrutés dans quatre crèches localisées sur la région d'Aix-en-Provence. Cet échantillon n'était donc pas représentatif de la population générale.

Notre thèse s'inscrit dans la continuité des problématiques soulevés par Sarah Poitrasson-Tigrinate, mais avec un panel de réponses plus important, de façon à statistiquement étendre l'étude à une échelle nationale afin que nos résultats puissent être extrapolables à la population générale. Nous avons donc réalisé notre enquête auprès de 287 enfants, âgés de 0 à 6 ans, habitant sur la France entière. Nous avons repris la plupart des items ainsi que le plan, afin de pouvoir comparer nos résultats avec ceux recueillis par Sarah Poitrasson-Tigrinate.

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 régulier de leur enfant. Mais les motivations réelles de ce choix n'ont jamais été recueillies ni étudiées statistiquement.

Même si certains questionnaires ont été recueillis dans des garderies et des pharmacies, la plupart de nos réponses proviennent du questionnaire que nous avons mis en ligne via les réseaux sociaux. On peut donc penser que ces réponses émanent d'une population en phase avec l'outil informatique. Il ne s'agirait pas d'une population défavorisée mais au contraire d'une population dite moderne, ouverte sur le monde. Notre étude contient donc un **biais socio-économique**.

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 [16]. Ces chiffres ne se retrouvent pas dans notre étude puisque, dans notre échantillon, 66% des enfants de moins de 6 ans sont suivis le plus souvent par un pédiatre et 34% par un médecin généraliste. Cette différence peut s'expliquer par le fait que 74% des parents interrogés habitent en Ile de France, région où la densité des pédiatres libéraux est plus élevée que la moyenne nationale.

## **4.2. Analyse des caractéristiques des enfants et des parents recrutés**

### **4.2.1. Analyse des caractéristiques des enfants recrutés**

La tranche d'âge la plus représentée de notre échantillon, quelque soit le médecin choisi, est celle des 1 à 6 ans (73%). Les enfants de moins d'un an ne représentent que 27% de l'échantillon.

Ceci peut s'expliquer par plusieurs hypothèses :

- une partie des questionnaires a été distribué dans des garderies. Hors, celles ci n'accueillent les enfants qu'à partir de 18 mois.
- Les jeunes parents n'ont pas assez de recul pour donner leur avis sur le suivi de leur enfant.
- Les jeunes parents peuvent se sentir « débordés » et ne prennent pas forcément le temps de remplir un questionnaire.

L'âge des enfants semble être un facteur déterminant dans le choix des parents entre les deux praticiens. En effet, les enfants de moins de 2 ans sont très majoritairement suivis par le pédiatre (74%), alors qu'à partir de 3 ans, le choix s'équilibre davantage : 46% choisissent le médecin généraliste et 54% le pédiatre.

Hypothèses :

- Les parents accordent plus de confiance au pédiatre pour le dépistage d'anomalies du développement psychomoteur car il a plus d'expérience et de formation spécifique.
- Les enfants de plus de 3 ans ont eu l'occasion de « tester » le médecin généraliste, les parents en ont été satisfaits et ont décidés de poursuivre avec lui.

Seuls 12 enfants sur les 287 (4%) présentent une pathologie chronique. Il s'agit pour la moitié d'entre eux d'un asthme (quelque soit son stade de sévérité) et pour l'autre moitié de pathologies plus rares et plus graves : cytopathie mitochondriale, atrésie digestive, hyperplasie congénitale des surrénales, hypothyroïdie congénitale, fissure sternale et syndrome de Waardenburg.

Il y a une répartition équivalente entre les deux praticiens chez les enfants ayant une pathologie chronique ou non. Mais, comme l'on peut s'y attendre, les 6 enfants suivis par le médecin généraliste sont ceux présentant un asthme, les 6 autres suivis par le pédiatre sont ceux présentant une pathologie rare ou grave nécessitant une formation plus poussée que celle reçue par le médecin généraliste au cours de son cursus.

#### **4.2.2. Analyse des caractéristiques des parents recrutés**

##### **A. Age des parents**

La tranche d'âge la plus représentée de notre échantillon est celle des 30-40 ans (50%). Ceci coïncide avec l'âge moyen des parents au niveau national. En effet, les femmes ont leur premier enfant de plus en plus tard. Selon l'INSEE, en 2010, en France métropolitaine, l'âge moyen des mères à l'accouchement, quelque soit le rang de naissance de l'enfant, atteint 30 ans [17]. Plus le diplôme de la femme est élevé, plus le premier enfant arrive tard. L'âge moyen du père à la naissance d'un enfant est de 32,8 ans.

L'âge des parents semble être un facteur intervenant dans le choix du médecin, puisque l'on observe que les parents âgés de moins de 40 ans choisissent de façon nettement plus importante le pédiatre pour le suivi de leur enfant (67%). Les mères plus âgées, 40 ans et plus, quant à elles, privilégient davantage le généraliste (63%).

Il est probable que cela vienne du fait qu'étant plus âgées, les mères ont été plus souvent amenées à consulter leur médecin généraliste pour elles mêmes, et ont ainsi tissé une certaine relation de confiance avec eux. Par conséquent, elles ont plus de facilités à leur confier leur enfant qu'une mère plus jeune qui ne le connaît pas forcément bien. Les mères plus âgées ont peut-être eu aussi recours de façon ponctuelle à leur médecin généraliste pour leur aîné, en ont été satisfaites et ont poursuivi le suivi avec lui pour les autres enfants.

Les parents plus jeunes, quant à eux, n'ont peut-être même pas pensé que les médecins généralistes pouvaient assurer ce rôle s'il n'y avait pas de pathologie grave sous-jacente.

## B. Nombre d'enfants par famille

La présence d'une fratrie ou non semble être un facteur socio-familial déterminant pour le choix du praticien.

Dans notre étude, le nombre de familles avec enfant unique (129) est comparable à celui des familles ayant plusieurs enfants (158).

On observe que plus les familles s'agrandissent, plus elles s'orientent vers le médecin généraliste.

Plusieurs hypothèses sont plausibles :

- Tout d'abord, cela rejoint ce que l'on a évoqué précédemment en fonction de l'âge des parents : ceux ayant un seul enfant sont à priori plus jeunes, et s'orientent très largement vers le Pédiatre (74%) car la relation de confiance n'est pas encore établie avec leur MG. Alors que pour les parents ayant plusieurs enfants, donc à priori plus âgés, le choix est plus mitigé (48% des parents ayant 3 enfants choisissent le généraliste pour le suivi du cadet) voire inversé (67% des parents ayant 4 enfants ou plus choisissent le généraliste)
- Les aînés ont eu le temps de « tester » le médecin généraliste. Les parents étant satisfaits, les cadets suivent le même chemin.
- Une banalisation de la médicalisation du deuxième enfant
- Pour des raisons économiques : la consultation chez le pédiatre est plus onéreuse, et lorsqu'il y a plusieurs enfants, la différence n'est pas négligeable, surtout lorsque les pédiatres pratiquent des dépassements d'honoraires, ce qui est le cas la plupart du temps.

On constate que pour 33% des enfants ayant une fratrie et suivis par le MG, le suivi de la fratrie était différent, c'est à dire que l'aîné était suivi par un pédiatre. Est-ce l'angoisse du premier enfant qui a conduit les parents à choisir plutôt le pédiatre à ce moment là ? Ont-ils été déçus du suivi de leur premier enfant par le pédiatre et ont-ils décidé de changer de praticien pour les enfants suivants ?

Quoiqu'il en soit, ce qui est rassurant, c'est que la majorité des parents sont satisfaits du suivi de leur enfant, quelque soit le praticien choisi. En effet, chez 67% des enfants ayant une fratrie et suivis par le généraliste, leur aîné l'était aussi suivi. Ils en sont donc satisfaits et ont souhaité poursuivre avec les autres enfants. De même, chez 79% des enfants ayant une fratrie et suivis par le pédiatre, l'aîné l'était aussi. Les parents ont donc continué le suivi avec lui pour les autres enfants.

### C. Lieu d'habitation

Nous avons voulu réaliser notre enquête à l'échelle nationale en diffusant un lien sur les réseaux sociaux, afin que tous les départements soient représentés. Malgré cela, nous avons rencontré un **biais de recrutement**. En effet, trois quarts de notre échantillon correspond à des familles habitant en Ile de France (74%). Seuls 26% représentent la Province.

Le lieu d'habitation semble un facteur déterminant pour le choix du praticien. En Ile de France, 69% des parents choisissent le pédiatre et 31% le généraliste. En Province, le choix est plus équilibré (42% pour le généraliste et 58% pour le pédiatre). En ce qui concerne les DOM-TOM, les résultats (33% choisissent le généraliste et 67 % le pédiatre) ne sont pas significatifs en raison du faible échantillon (3 enfants).

Ces résultats étaient attendus en raison d'une plus forte densité médicale en Ile-de-France. Comme nombre de spécialités, les pédiatres sont mal répartis sur le territoire français. Si la densité moyenne de pédiatres, tout mode confondu, est de 62 pour 10.000 enfants de moins de 15 ans, elle est de 90 pour 10.000 en Ile de France. Les départements qui ont actuellement la densité minimale sont la Haute Loire et les Deux Sèvres. La densité maximale s'observe à Paris, les Hauts de Seine, les Alpes Maritimes et la Haute Garonne. 94% des pédiatres libéraux exercent en pôle urbain.

### D. Catégorie socio professionnelle

Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les plus représentés dans notre échantillon (46% tout sexe confondu). Les populations les plus



défavorisées ont été involontairement exclues, car, comme nous l'avons dit précédemment, la plupart de nos réponses ont été recueillies par le questionnaire en ligne, ce qui implique d'avoir un accès internet.

**Les catégories socio-professionnelles ayant un revenu plus élevé choisissent davantage le pédiatre.**

70% des pères cadres ou ayant une profession intellectuellement supérieure choisissent le pédiatre pour le suivi régulier de leur enfant. Les proportions sont équivalentes chez les mères faisant partie de cette CSP (23% pour le MG contre 77% pour le pédiatre).

Les ménages ayant un revenu moins important privilégient, eux, le médecin généraliste : 69% des pères ouvriers ou sans emploi.

Les mères sans emploi, au foyer ou en congés parental choisissent par contre davantage le pédiatre (66%). Cela peut sembler contradictoire mais on peut facilement imaginer que ces femmes peuvent se permettre de ne pas travailler car leur mari a un revenu conséquent. Cela rejoint donc notre conclusion, à savoir que les ménages ayant un revenu plus élevé privilégient le pédiatre.

Pour les employés, ayant un revenu moyen, le choix est mitigé entre médecin généraliste et pédiatre.

### **4.3. Analyse des critères de choix des parents pour la sélection du praticien**

Notre questionnaire proposait aux parents 5 raisons pour lesquelles ils avaient choisi leur médecin pour assurer le suivi de leur enfant :

- Compétence
- Disponibilité pour les urgences
- Prix de la consultation
- Conseils/écoute
- Proximité géographique

Nous leur avons demandé de classer, selon leur ordre de priorité (1 pour le plus important, 5 pour le moins important), ces 5 items afin d'expliquer ce qui les a motivé à choisir l'un plus que l'autre.

Ceux ayant choisi le médecin généraliste pour le suivi de leur enfant l'ont fait, par ordre de priorité, pour :

- 1- Sa compétence professionnelle
- 2- Sa disponibilité
- 3- Ses conseils, son écoute
- 4- Sa proximité géographique
- 5- Ses honoraires

Alors que ceux privilégiant le pédiatre pour :

- 1- Sa compétence professionnelle
- 2- Ses conseils, son écoute
- 3- Sa disponibilité pour les urgences
- 4- Sa proximité géographique
- 5- Ses honoraires

Ce qui est rassurant est que les 2 groupes choisissent le praticien d'abord pour sa compétence professionnelle.

Les parents ayant choisi le généraliste classent en 2<sup>ème</sup> position la disponibilité du médecin, alors que ce critère n'arrive qu'en 3<sup>ème</sup> position pour les parents privilégiant le pédiatre. Cela s'explique par notre rôle de médecin de premier recours. Il est important, pour tout médecin généraliste, d'arriver à garder des plages horaires pour les urgences du jour, même si les consultations ne se font que sur rendez-vous.

La proximité géographique arrive en avant dernière position dans les 2 groupes. Cependant, on observe que les parents choisissant le pédiatre sont prêts à faire plus de trajet : 56% d'entre eux ont 10 à 20 minutes de trajet pour s'y rendre alors que la majorité des parents (52%) choisissant le généraliste ont un trajet inférieur à dix minutes.

Le prix de la consultation arrive en dernière position dans les deux groupes. Cela est probablement lié au fait que la majorité des parents de notre échantillon fait

partie d'une classe aisée. Cela n'aurait probablement pas été le cas si notre échantillon contenait une population plus défavorisée.

L'âge du médecin ne semble pas être un critère déterminant dans le choix des parents.

#### **4.4. Analyse du degré de satisfaction et du ressenti des parents sur le suivi de leur enfant**

##### **4.4.1. Analyse du degré de satisfaction vis à vis du médecin choisi**

Que les parents aient choisi le pédiatre ou le généraliste, ils sont en grande majorité satisfaits du suivi actuel de leur enfant (89% de ceux suivis par le généraliste et 92% de ceux suivis par le pédiatre se disent satisfaits), ce qui est rassurant et indique une bonne qualité de prise en charge des enfants en France quelque soit le praticien choisi.

##### **4.4.2. Ressenti des parents concernant la relation MG/Pédiatre**

La relation médecin généraliste/ pédiatre est souvent considérée comme concurrente, souvent par les praticiens eux-mêmes, comme l'on peut le voir dans les médias, les revues médicales ou sur internet, où chacun affirme et défend sa spécialité, n'hésitant pas à critiquer la pratique et les compétences de l'autre.

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

La majorité d'entre eux (78%) voit cette relation complémentaire contre 22% qui la considère concurrente. Ce sont principalement les parents ayant choisi le médecin généraliste qui voient cette relation concurrente.

Par notre questionnaire, nous avons souhaité évaluer la proportion d'enfants suivis régulièrement par le généraliste, dont les parents consultaient le pédiatre en parallèle, ainsi que la fréquence et les motifs de ces consultations. Nous avons procédé de même pour les enfants suivis par le pédiatre.

Les enfants suivis par le généraliste consultent le pédiatre de façon occasionnelle dans 41% des cas, alors que 72% de ceux suivis par le pédiatre consultent de façon occasionnelle le généraliste. La fréquence de ce suivi est différente d'un groupe à l'autre : 1 fois sur 3 pour la plupart (38%) des consultations occasionnelles chez le pédiatre et 1 fois sur 5 pour la plupart (37%) des consultations occasionnelles chez le généraliste.

Les motifs de consultations occasionnelles chez le pédiatre sont variés mais on en relève deux principaux :

- Examen « systématique » dans le cadre du dépistage de troubles psychomoteurs (32% des cas)
- Vaccination (28% des cas)

Les motifs de consultations occasionnelles chez le généraliste se démarquent davantage :

- Pathologie aigue dans 46% des cas
- Indisponibilité du pédiatre dans 37% des cas

Nous en déduisons que les parents ayant choisi le généraliste sont moins nombreux (41% contre 72%) que ceux ayant choisi le pédiatre à demander un suivi complémentaire entre les deux spécialistes. Cependant, ils le font plus fréquemment et semblent être à la recherche d'un avis spécialisé de pédiatrie de seconde intention.

Les parents ayant choisi le pédiatre sont plus nombreux à utiliser ce suivi complémentaire mais le font moins fréquemment. Il semble qu'ils soient à la recherche d'une meilleure disponibilité de leur praticien.

#### **4.4.3. Ressenti des parents concernant la formation des MG à la Pédiatrie**

Sur l'ensemble de notre échantillon, l'avis des parents est mitigé quant à la formation des généralistes en pédiatrie : 43% la jugent suffisante et 57% insuffisante. Cependant, comme l'on peut s'y attendre, ce sont en grande majorité les parents ayant choisi le pédiatre qui estiment cette formation insuffisante

(70%) alors que 69% des parents ayant choisis le généraliste l'estiment suffisante pour pouvoir suivre leur enfant.

#### **4.4.4. Ressenti des parents sur la disparition à venir des pédiatres en ville**

Même si la grande majorité des parents semble satisfaite du suivi actuel de leur enfant, que ce soit par le médecin généraliste ou le pédiatre, il n'en demeure pas moins que 74% d'entre eux s'inquiètent de la disparition à venir des pédiatres en ville. L'inquiétude se fait particulièrement ressentir chez les parents d'enfants suivis par le pédiatre (90% d'entre eux se disent inquiets), ce qui semble logique. Il est primordial de rassurer les patients quant à nos compétences, essayer d'établir une relation de confiance, et leur expliquer qu'en cas de besoin sur une prise en charge diagnostique ou thérapeutique, nous n'hésiterons pas à adresser l'enfant en consultation pédiatrique.

#### **4.5. Propositions pour optimiser le suivi de l'enfant et répondre aux attentes des parents**

Notre étude nous a permis de dessiner une tendance quant aux motivations des parents dans le choix du praticien pour le suivi de leur enfant. Nous avons pu aussi recueillir leur ressenti sur la relation entre médecin généraliste et pédiatre et sur le niveau de formation du généraliste. Enfin, nous avons recueilli leur degré de satisfaction sur le suivi actuel de leur enfant.

Toutes ces informations nous ont menées à une réflexion sur différentes solutions à proposer afin de satisfaire au mieux les trois parties (parents, médecins généralistes et pédiatres) et d'optimiser le suivi des enfants en tenant compte de la disparition envisagée de la pédiatrie de ville au profit des généralistes.

Le taux de mortalité infantile décrit l'état de santé général d'une population. Il rend compte également de l'efficacité des soins préventifs et de l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. En France, cet indicateur est en constante amélioration depuis plus d'un siècle (seules exceptions, la pointe de 1911, liée à un été chaud durant lequel la mortalité par diarrhées a été très forte, puis celle causée par la guerre de 1914-1918, renforcée par l'épidémie de grippe

espagnole, et enfin la pointe de mortalité de 1945, liée à la désorganisation des circuits de distribution du lait qui suit la Libération). Il a chuté de 250 pour mille au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle à 50 pour mille en 1950, puis 7,3 en 1991. Aujourd'hui, il est de 3,3 en France. L'état de santé s'est donc manifestement amélioré. [18]

Malgré cela, nous pouvons envisager certaines propositions afin d'améliorer de façon plus importante le suivi et donc la santé des enfants.

#### **4.5.1. Une meilleure collaboration entre généralistes et pédiatres**

Une des priorités pour améliorer la prise en charge des enfants serait de créer une meilleure synergie entre pédiatres et généralistes. Il est vrai que lorsque ces derniers ont besoin d'un avis spécialisé, ils ont souvent tendance à s'adresser à des consultations hospitalières largement 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.

Des propositions pour un suivi conjoint entre les deux professionnels ont été faites. Le Professeur en pédiatrie Danièle Sommelet, spécialisée en cancérologie et présidente du groupe français d'études des cancers et leucémies de l'enfant, dans son rapport ministériel de 2006 [19], a souhaité que le pédiatre devienne un « spécialiste » et non plus un « généraliste de l'enfant ». Elle a proposé des consultations axées sur le développement à des âges clés (8 jours, 1 mois, 4 mois, 9 mois et 12 mois) à réaliser par des pédiatres. Le reste du suivi pourrait être assuré par un médecin généraliste, les pédiatres restant disponibles pour des avis ponctuels ou pour suivre des enfants atteints d'une maladie chronique.

La Société Française de Pédiatrie (SFP), par le biais d'une communication du Pr Bocquet en 2009 [20], souhaitait également des consultations aux âges charnières à réaliser par des pédiatres (14 au total jusqu'à 16 ans) et un suivi conjoint avec le médecin généraliste entre ces examens.

Un rapport récent de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) souhaite renforcer la collaboration entre le pédiatre libéral et le médecin généraliste [21]. Le pédiatre libéral pourrait être un médecin de deuxième recours, avant l'hôpital, pour le médecin généraliste. Il

donnerait ainsi un avis spécialisé en cas de nécessité. Cela pourrait, par ailleurs, désengorger le service des urgences et les consultations hospitalières. Pour cela, il a été proposé d'attribuer un **pédiatre libéral référent** à un groupe de généralistes pour favoriser le contact entre les deux spécialités.

#### **4.5.2. Désignation d'un médecin traitant pour les enfants**

La Convention médicale de 2005, qui a instauré l'obligation de choisir un médecin traitant, a exclu du parcours de soins le suivi des enfants de moins de 16 ans. Les parents peuvent donc choisir n'importe quel spécialiste pour le suivi régulier de leur enfant, et/ou consulter occasionnellement tous les spécialistes de leur choix sans restriction.

Récemment, la demande de désignation d'un médecin traitant étendue aux enfants de moins de 16 ans a été formulée par MG France auprès de Marisol Touraine, ministre de la Santé, lors du 6<sup>ème</sup> congrès national de MG France. Le colloque, organisé par le syndicat des généralistes à Paris en juin 2014, avait pour thème : « Le médecin généraliste pour la santé de l'enfant ». [22].

N'ayant « pas peur de la concurrence », le syndicat du MG France se prononce pour que les pédiatres puissent également être nommés comme médecin traitant au même titre que les généralistes.

#### Arguments des MG :

Selon le Dr Thomas Bourrez, vice-président de MG-France, médecin généraliste à Val-de-Reuil, en Haute Normandie : « ce n'est pas une façon d'attaquer nos collègues pédiatres (...) C'est dans un souci de cohérence. Cela permettrait d'améliorer leur parcours de soins ».

Selon la Société Française de Médecine générale (SFMG), les généralistes consacrent un quart de leur activité aux enfants et jeunes adultes. Les plus petits (0-2 ans) représentent 7% de leur activité. « Reste que, contrairement aux pédiatres, qui sont majoritairement installés dans les grandes agglomérations, les médecins généralistes sont disséminés en ville comme en campagne » selon Thomas Bourrez. De plus, ils assurent l'essentiel de la prise en charge des demandes de soins non programmés, c'est-à-dire des actes de premier recours, y compris en pédiatrie.

### Réponse de Marisol Touraine :

La ministre de la santé a insisté sur les généralistes « pivots » du système de santé dont elle est convaincue qu'ils sont l'avenir du système de santé. Concernant la désignation d'un médecin traitant pour les moins de 16 ans, cela semble avoir été entendu par la ministre qui a précisé qu'une « discussion » devait avoir lieu prochainement. « J'ai bien entendu ce que vous souhaitez concernant les enfants de moins de 16 ans. Il nous appartiendra d'affecter des moyens pour faire en sorte que la santé des enfants s'améliore dans notre pays ».

### Réponse des pédiatres :

Le syndicat national des pédiatres français (SNPF) voit d'un mauvais œil la revendication de MG France de désigner un médecin traitant pour les patients de moins de 16 ans. « Cela priverait les parents de la liberté de conduire leurs enfants chez un médecin dont la pratique exclusive est la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent ». « Figurer le suivi avec un médecin traitant dès la naissance serait méconnaître les particularités du développement et la souplesse nécessaire au suivi de l'enfant. » Le SNPF souhaite que les parents puissent continuer à consulter un pédiatre pour leur progéniture sans avoir à faire la « demande à un médecin traitant. » [23]

Les pédiatres, réunis en congrès à Lyon en Mai 2014, ont réaffirmé leur hostilité à la proposition de MG France.

Pourquoi remettre en cause le système actuel mixte et extrêmement souple, souligne Catherine Salinier, ex-présidente de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) ? Si on oblige les parents à choisir, elle craint que ceux-ci privilégient de fait le généraliste car la pénurie de pédiatres sera dissuasive. Comme l'ensemble de ses confrères, elle milite pour le maintien du système actuel dans un parcours de santé coordonné entre :

- pédiatre de ville pour le dépistage et suivi des troubles spécifiques du nouveau-né à l'adolescent
  
- pédiatre hospitalier pour la prise en charge des pathologies lourdes



➤ généraliste pour le suivi et prise en charge des pathologies courantes

et selon le libre choix des parents.

Pour Brigitte Chabrol, Professeur et présidente de la SFP : « il faut laisser le libre choix aux familles ». Le temps de formation en pédiatrie n'étant pas comparable entre généralistes et pédiatres, cela donne aux pédiatres une « compétence spécifique pour repérer certaines pathologies aiguës sévères, pour dépister des troubles du comportement ou de l'apprentissage ou pour faire le diagnostic et le suivi de certaines pathologies chroniques ». Selon elle, on ne peut pas mettre au même niveau les compétences des pédiatres avec celles des généralistes qui « doivent s'occuper de patients ayant des profils très différents. Aujourd'hui, en raison du vieillissement de la population, les soins des personnes âgées vont peser de plus en plus lourdement sur les généralistes qui sont déjà surchargés de travail. Même s'ils sont plus nombreux que les pédiatres, ils ne pourront pas suivre tous les enfants en premier recours. » Elle estime qu'il est absolument indispensable que « les familles gardent le libre choix d'emmener leurs enfants chez un pédiatre ou un généraliste, sans que cela soit figé avec ce dispositif du médecin traitant »

A la place de ce système dichotomique, les pédiatres proposent « une collaboration raisonnée et efficiente du pédiatre avec le médecin généraliste. Celui-ci pourrait prendre en charge des consultations intermédiaires entre des consultations aux âges-clés réalisées par le pédiatre ». Les généralistes pourraient compléter les pédiatres, soit entre les âges-charnières, soit en cas de pénurie de pédiatres dans certaines zones géographiques, mais toujours avec une formation initiale et/ou continue appropriée

#### **4.5.3. Une meilleure formation des médecins généralistes à la pédiatrie**

Depuis quelques années, l'activité pédiatrique ne cesse d'augmenter chez les médecins généralistes. Il est donc primordial de bien former les internes de médecine générale à cette spécialité.

Hors, dans notre étude, 57% des parents jugent la formation des généralistes insuffisante en terme de pédiatrie.

Nous avons soumis plusieurs axes de réflexion afin d'améliorer cette formation :

A. Rendre obligatoire le stage de pédiatrie lors de l'internat

Concernant l'enseignement théorique, il est le même pour tous jusqu'en fin de deuxième cycle (D4). Les items de pédiatrie sont nombreux et variés (annexe 3). Ils traitent essentiellement de questions de pédiatrie générale, de pathologies courantes (graves ou non), et quelques pathologies rares. Cela permet, selon nous, d'acquérir des connaissances solides en pédiatrie et nous paraît suffisant pour assurer le suivi des enfants.

En ce qui concerne l'enseignement pratique : les internes de pédiatrie ont une formation de 8 stages de six mois chacun, dont cinq dans des services variés de pédiatrie hospitalière, un en gynécologie ou santé publique, deux en service autre que pédiatrie. Ils acquièrent ainsi les compétences nécessaires pour devenir des spécialistes de l'enfant.

Les internes de médecine générale, quant à eux, depuis 2004 et la création du diplôme d'études spécialisées (DES) en Médecine Générale, doivent effectuer un stage obligatoire de 6 mois en gynécologie et/ou pédiatrie afin de valider leur maquette. Par conséquent, le stage de pédiatrie n'est pas obligatoire et l'on peut se contenter uniquement de six mois en service de gynécologie. Il existe donc certains médecins généralistes n'ayant jamais pratiqué de pédiatrie en dehors de leur stage en médecine ambulatoire. Il semble difficile, à l'heure actuelle, avec l'activité pédiatrique en constante augmentation dans notre profession, de ne pas « passer » en pédiatrie en tant qu'interne.

Même si les services de pédiatrie sont souvent des services « hyper spécialisés », il n'en est pas moins que l'on apprend beaucoup sur les spécificités de l'enfant. Par ailleurs, les urgences pédiatriques gèrent une part importante de consultations qui pourraient très bien se gérer en cabinet, ce qui permet de se familiariser avec la pédiatrie générale. D'ailleurs, certains hôpitaux, comme celui de Robert Debré, ont mis en place au niveau des urgences pédiatriques une consultation libérale : après avoir été pris en charge par l'IAO (infirmière

d'accueil et d'orientation), celle ci peut orienter l'enfant, selon le motif et les constantes, en consultation libérale où il sera examiné par un médecin généraliste. Cela permet de désengorger les services d'urgences car toutes ces consultations pourraient très bien être gérées en ville par un pédiatre ou un généraliste.

Dans certaines régions, comme en Midi-Pyrénées, le stage en pédiatrie est devenu obligatoire. Cela devrait se généraliser à l'ensemble des régions de France, ou bien faire, comme dans certaines facultés, un stage de 3 mois en pédiatrie et 3 mois en gynécologie, ce qui permet d'avoir un « aperçu » des deux spécialités.

La formation théorique initiale en pédiatrie est donc la même pour les futurs généralistes et pédiatres, mais la formation pratique n'est pas comparable puisque le pédiatre aura passé 30 mois dans des services uniquement de pédiatrie, alors que le généraliste n'aura passer que 6 mois, voire moins.

Au total, la formation des généralistes est probablement insuffisante concernant des pathologies rares ou graves, mais l'essentiel est qu'ils soient capables de dépister ces pathologies et d'orienter alors correctement les parents.

#### B. Mettre en place un stage en pédiatrie libérale

Il serait utile d'intégrer à la maquette du DES de médecine générale un stage chez un pédiatre libéral. Cela permettrait de se confronter aux pathologies aiguës que l'on rencontre très souvent au cabinet. Mais avec la pénurie de pédiatres libéraux et le souhait parallèle des internes de pédiatrie à réaliser un tel stage, cela risque d'être très difficile à mettre en place ces prochaines années.

Par contre, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse est précurseur dans la mise en place de stages ambulatoires en gynécologie/pédiatrie. Ces stages se déroulent en alternance chez un médecin généraliste ayant une forte activité de pédiatrie et gynécologie, et dans des structures de soins de gynécologie et pédiatrie (PMI, centre de planification familial, gynécologue libéral...) Ces stages ont rencontré un succès important auprès des internes.

### C. Nécessité d'une formation continue des médecins généralistes

La pédiatrie est une spécialité en constante évolution : calendrier vaccinal mis à jour chaque année, modifications des restrictions aux médicaments en fonction de l'âge...La recherche, les connaissances et les pratiques médicales évoluent si rapidement que cette formation est ancrée comme un devoir professionnel. Les médecins généralistes se doivent de s'informer sur ces évolutions.

Cela peut passer par la lecture critique de revues médicales (Prescrire, La Revue du Praticien, La Revue du Praticien Médecine Générale...), l'abonnement à des newsletters qui nous tiennent informés par mail, ou par la participation à des soirées de FMC (Formation médicale Continue).

Des journées de formation médicale continue partagées avec des pédiatres libéraux pourraient être intéressantes, formatrices et créer des liens entre les différents participants.

Pour améliorer les compétences en pédiatrie des internes de médecine générale, des cours couplés entre médecins généralistes et pédiatres universitaires ont été proposés par le Pr. Sommelet et par l'audition des pédiatres pour l'ONDPS en 2009. [22]

### D. DU de pédiatrie

Il existe des formations, pendant ou après l'internat, permettant de se perfectionner dans la prise en charge des enfants. Par exemple, le DU « Santé et développement de l'enfant » qui se déroule à Paris V (annexe 4), est dispensé sous forme de séminaires et validé par un examen écrit. Il s'adresse aux médecins généralistes, aux médecins de médecine communautaire et aux pédiatres qui veulent une formation continue. Il ne traite pas des urgences pédiatriques qui sont traitées ailleurs, ni de questions de spécialités pédiatriques qui font également l'objet d'un DU spécifique. Il traite en revanche du développement et du suivi de l'enfant normal, des principes de prise en charge des maladies chroniques pédiatriques, des grands thèmes de vulnérabilité et des questions

posées au généraliste en consultation. Il informe ces derniers des principaux réseaux de soins, de prévention et de rééducation de l'enfant.

#### E. Des outils informatiques standardisés

Des outils standardisés devraient être mis à la disposition des professionnels pour aider notamment à la réalisation des consultations des nourrissons. Le carnet de santé et les recommandations HAS sont des outils de référence pour assurer un bon suivi de l'enfant. D'autres ressources existent pour accompagner les professionnels de santé dans le suivi des nourrissons.

Le site Pédiadoc en fait partie [24]. Ce site est dédié à la santé de l'enfant de 0 à 2 ans en premier recours. Il a été créé par le département universitaire de médecine générale de Toulouse en partenariat avec des médecins généralistes, des pédiatres libéraux et universitaires. Il fournit, pour chaque âge, une fiche résumée puis détaillée des éléments à rechercher concernant :

- l'environnement psycho-social
- l'examen clinique
- le développement psychomoteur
- le dépistage des troubles neuro-sensoriels
- le développement staturo-pondéral
- la prévention et le dépistage
- l'alimentation

Enfin, un guide méthodologique proposant des examens standardisés à réaliser à 9, 24 et 36 mois a été publié en 2007 par le Dr Gilles Buisson par le biais de l'union régionale des médecins libéraux de Bretagne [25]. Une mallette avec tous les objets nécessaires pour réaliser ces examens a été créée. L'objectif de ce guide est de faciliter la tâche du médecin généraliste (et du pédiatre) en détaillant l'utilisation des outils sélectionnés et en indiquant ce que peut être l'examen des 9, 24 et 36 mois avant que le relais ne soit pris légalement à l'école maternelle par la PMI, puis à l'école élémentaire par la médecine scolaire. En réalisant cette sorte de « check liste », cela permet de ne rien oublier et de ne pas passer à côté d'une anomalie du développement de l'enfant.

#### 4.5.4. Elargir les réseaux de santé en périnatalité

Historiquement, les réseaux de santé en périnatalité (RSP) ont été centrés sur la coordination inter établissements pour les transferts in utero, visant à orienter les femmes enceintes vers la structure adaptée aux facteurs de risques identifiés. Aujourd'hui, les RSP voient leurs rôles évoluer et s'ouvrent aux professionnels libéraux non hospitaliers pour participer au décloisonnement du système de santé entre la ville et l'hôpital.

La circulaire de mars 2006 [26] a permis d'élargir les missions des réseaux de santé en périnatalité et de fixer leurs objectifs généraux :

- assurer la qualité et la sécurité des soins
- organiser une prise en charge graduée des soins en définissant le parcours de soins
- diminuer la mortalité et morbidité maternelle et infantile
- diminuer l'incidence de la prématurité
- diminuer l'incidence du handicap chez l'enfant

Parallèlement, les réseaux se sont fixés des actions plus transversales :

- assurer une prise en charge globale de la mère et de l'enfant
- favoriser les collaborations interprofessionnelles et la coordination des interventions entre le public et le privé, les professionnels de santé et les professionnels du médico-social
- Accompagner et informer les futurs parents
- Assurer des formations interdisciplinaires
- Organiser et assurer le partage de l'information
- Evaluer l'action du réseau et son impact
- Recueillir et transmettre les données épidémiologiques

Au sein d'une région, les réseaux sont la plateforme idéale pour des échanges entre tous les professionnels afin de déterminer de façon participative des actions adaptées à l'amélioration du système de soins sur un territoire spécifique. Il est donc indispensable que les réseaux intègrent tous les professionnels, tous les acteurs de la périnatalité (libéraux et publics) et tous les métiers de la périnatalité (obstétriciens, échographes, pédiatres, médecins généralistes, sages-

femmes, anesthésistes, infirmières, puéricultrices, gynécologues médicaux, PMI...). Ainsi, tous les professionnels pourront élaborer en commun les projets locaux ou régionaux à venir (au travers des SROS locaux et des plans nationaux de périnatalité).

Contrairement aux autres réseaux de santé, les RSP sont des réseaux de coordination des professionnels et n'assurent pas de prise en charge directe des patientes.

#### Exemple du Réseau Périnatal 92 (Nord et Sud)

Les 2 réseaux périnataux des Hauts de Seine s'inscrivent dans une politique de santé publique régionalisée et visent à assurer un suivi des grossesses et un soutien à la parentalité afin de limiter les pathologies périnatales et d'éviter la survenue de dysfonctionnements dans la relation parents-enfants.

Chaque réseau propose :

- un numéro de téléphone et un annuaire périnatal pour informer et orienter le public et les professionnels concernés
- des actions de formation sur des thèmes spécifiques à la grossesse et à la période néonatale
- une prise en charge du lien parents-bébés
- une diffusion d'informations relatives à la périnatalité (résultats d'enquêtes, projets de recherche...)

#### **4.5.5. Augmenter la disponibilité et la répartition des pédiatres libéraux**

##### **A. Augmenter le nombre de postes offerts à l'ECN en pédiatrie**

Depuis des années, le SNPF tente d'intervenir pour demander une augmentation conséquente des postes pour la formation des internes en pédiatrie. Leur revendication a été entendue puisque :

Selon l'Atlas national de la démographie médicale [7]:

Année universitaire	Nb. postes offerts en pédiatrie
2000-2001	165
2004-2005	196
2007-2008	200
2008-2009	200
2009-2010	253
2010-2011	274
2011-2012	296
2012-2013	301

Tableau 44. Evolution du nombre de postes ouverts en pédiatrie depuis 2000

Soit une augmentation de +85% du nombre de postes offerts en pédiatrie depuis 2001. Mais cette augmentation s'est faite trop tardivement et ne comblera pas le vide pédiatrique qui s'est installé et qui s'aggravera jusqu'en 2015.

#### B. Revaloriser la pédiatrie ambulatoire

La pédiatrie libérale est délaissée par les internes de pédiatrie. Selon l'Atlas national de la démographie médicale, on compte au 1er Janvier 2014 :

7008 pédiatres actifs en France (y compris DOM/COM), dont :

- 1744 (24,9%) exerçant en libéral exclusif, dont 64% de femmes
- 796 (11,4%) exerçant une activité mixte dont 60% de femmes
- 467 (6,7%) exerçant une activité salariée dont 71% de femmes

Il existe une désaffection pour le mode d'exercice libéral des jeunes générations, en particulier en dehors des grandes agglomérations. De ce fait, il n'y a plus de permanence des soins pédiatriques en secteur libéral et on assiste à l'engorgement des urgences hospitalières. Ce mouvement, qui traverse l'ensemble des spécialités médicales, pourrait résulter, au moins en partie, d'une méconnaissance par les internes de ce mode d'exercice. Les professionnels déplorent l'orientation des plus jeunes vers les sur-spécialités. Les stages, exclusivement hospitaliers pour le moment, majoritairement en centre hospitalo-universitaire, expliquent en partie cette orientation.



Une étude menée en Alsace montre que des initiatives pour le leur faire connaître ont permis des installations [22].

Un semestre chez un pédiatre libéral pourrait être proposé pour découvrir la pédiatrie générale et susciter des vocations. Certains auteurs préconisent d'allonger le DES de pédiatrie à 5 ans, conformément à ce qui se fait dans le reste de l'Europe, pour permettre ce stage.

**La majorité des internes de pédiatrie sont des femmes (80%).** Elles souhaitent mener une vie professionnelle davantage compatible avec une vie de famille et **privilégient donc l'exercice salarié.** Cela peut s'expliquer, selon l'ONDPS, par la possibilité de travailler à temps partiel (le plus souvent à 75 ou 80% d'un temps plein) et par les avantages en terme de protection sociale et maternelle qu'implique le salariat.

Les jeunes femmes pédiatres sont attirées par l'exercice en centre hospitalo-universitaire. On observe une désaffection pour les postes de pédiatrie générale dans les hôpitaux non universitaires (près du quart des postes de PH temps plein sont vacants et près du tiers des postes temps partiel, alors que ces taux sont nettement moindres dans les centre hospitalo-universitaires). Cette évolution constitue une menace à court terme pour les services de pédiatrie dans ces établissements, d'autant que leurs chefs de service sont âgés et en instance de départ.

### **Une profession pas suffisamment attractive sur le plan financier :**

Le niveau de revenu net du Pédiatre libéral conventionné est de plus en plus bas. Il était en 2009 à 11% en dessous de celui du généraliste et à 31% en dessous du revenu moyen des spécialistes pour les pédiatres en secteur 1 selon une étude de la CARMF [27].

### **C. Une meilleure répartition géographique des pédiatres libéraux**

La densité pédiatrique en France est l'une des plus faibles d'Europe, avec seulement 1 pédiatre libéral pour 6 800 enfants en 2012 selon les chiffres de l'INSEE, soit 3 fois moins que la moyenne européenne (1 pédiatre libéral pour

2094 enfants). [28].

Comme nombre de spécialités, les pédiatres sont mal répartis sur le territoire français. Il existe de fortes inégalités territoriales : alors que Paris ne compte pas moins de 107 pédiatres libéraux (229 si l'on inclus ceux à activité mixte), le Cantal n'en a que 4, la Lozère et l'Indre en ont 5, la Creuse et le Lot 6 !

Les départements qui ont actuellement la densité minimale, sont la Haute Loire et les Deux Sèvres. La densité maximale s'observe à Paris , dans les Hauts de Seine, les Alpes Maritimes, la Haute Garonne. Il existe donc de véritables déserts pédiatriques : 94% des pédiatres libéraux exercent en pôle urbain .

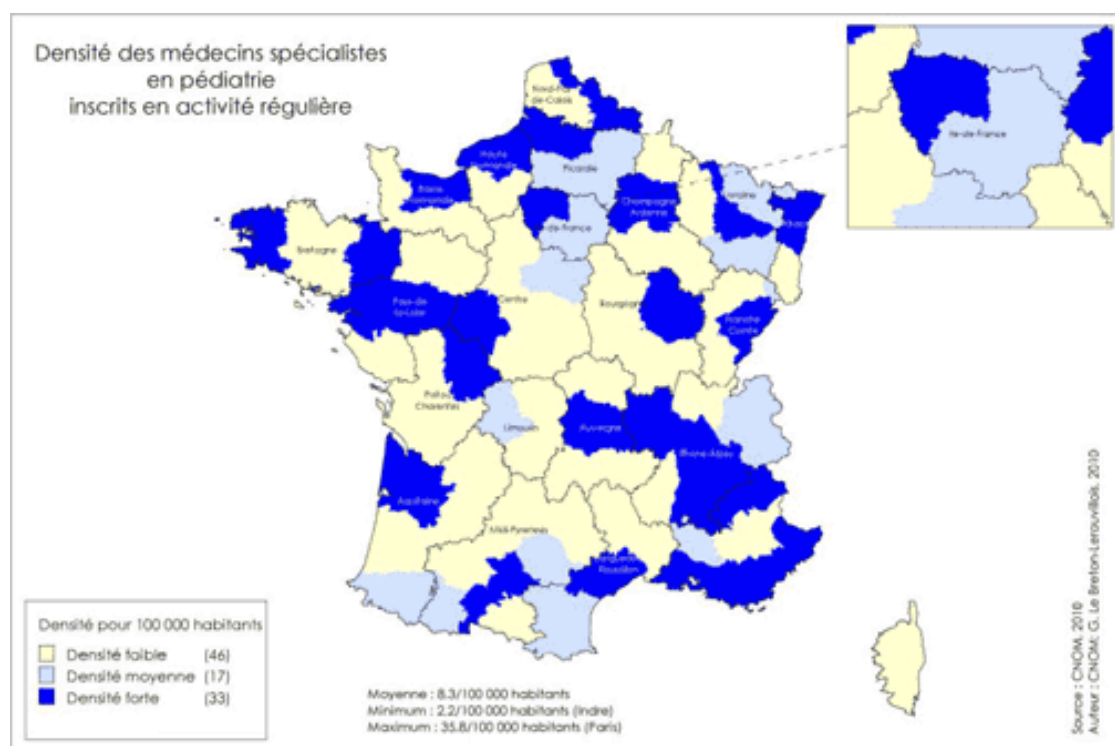


Figure 45. Densités des médecins spécialistes en pédiatrie inscrits en activité régulière

Pour attirer les pédiatres dans les zones sous dotées, la création de maisons de santé pluridisciplinaires de l'enfant pourrait être une option selon le rapport du Professeur Sommelet D. Ces maisons de santé regrouperaient des pédiatres, des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des psychologues, des diététiciens et des infirmières puéricultrices.

La société française de Pédiatrie a proposé le **développement d'exercices en**

**lieux multiples** avec, par exemple, un jour par semaine d'exercice en zone sous dotée.

Des avantages financiers et fiscaux peuvent aussi attirer les jeunes médecins dans les zones sous médicalisées

#### 4.6. Comparaison avec nos voisins européens

En 2012, selon les chiffres de l'Insee, la France affiche 1 pédiatre ambulatoire pour 5300 habitants, contre 1 pédiatre ambulatoire pour 800 habitants en Italie. Cette moyenne est de 1 pour 2000 aux Etats-Unis.

En 2002, M. Katz fait le point sur l'offre et la formation de soins primaires en pédiatrie en Europe [29]. Cette étude a permis d'identifier trois systèmes différents : ceux où seuls les pédiatres soignent les enfants (Espagne, Grèce, Chypre, République Tchèque, Slovénie, Slovaquie), ceux où il y a un suivi conjoint entre pédiatres et médecins généralistes (France, Italie, Allemagne, Autriche, Belgique, Islande, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Suisse) et enfin ceux où seuls les médecins généralistes suivent les enfants (Grande Bretagne, Pays Bas) .

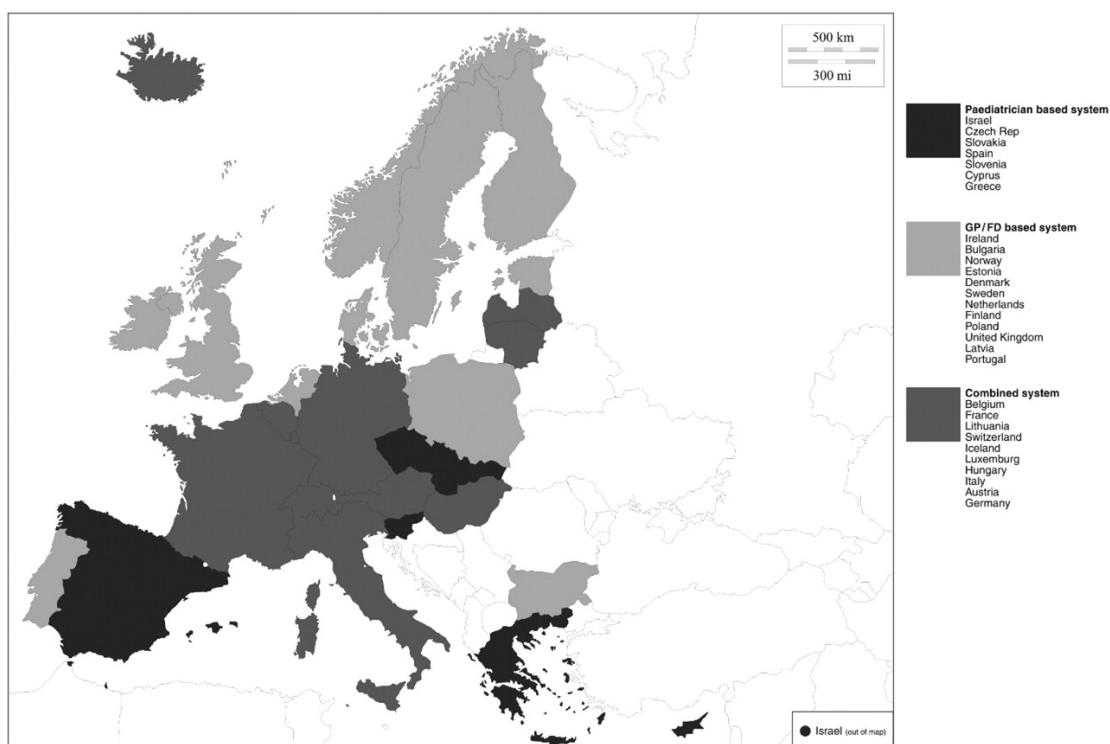


Figure 46. Répartition des systèmes de soins primaires pédiatriques dans 29 pays européens. Source:

**Légende :**

**Paediatrician based system :**

Système où le suivi est assuré exclusivement par des pédiatres

**GP/FD based system :**

Système où le suivi des enfants est assuré exclusivement par des médecins généralistes (GP : general practitioner / FD : family doctor)

**Combined system :**

Système où le suivi des enfants est assuré conjointement par les médecins généralistes et les pédiatres

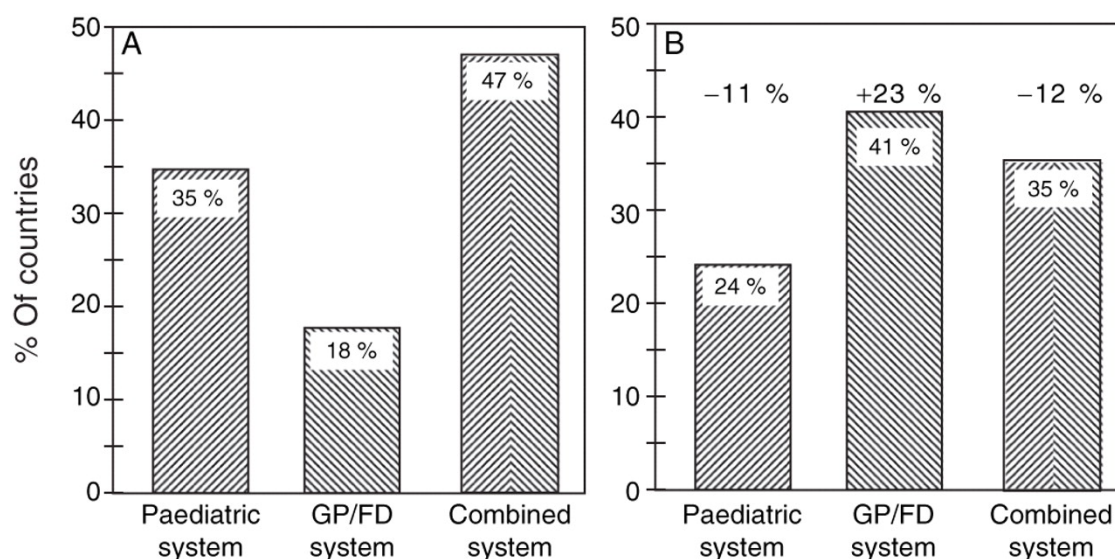


Figure 47. Type de soins primaires pédiatriques en Europe : évolution de 2002 à 2010. Source: Van Esso, D., et al., *Paediatric primary care in Europe: variation between countries. Arch Dis Child. 95(10): p. 791-5.*

Par ailleurs l'enseignement proposé dans le domaine des soins primaires pédiatriques est extrêmement variable, allant du cursus très établi à l'absence complète d'enseignement spécifique.

Aux Etats-Unis, c'est un système sensiblement différent où, si les pédiatres assurent majoritairement le suivi des enfants, la formation des pédiatres de soins primaires dits « généralistes » et ceux « sur-spécialistes » est différente, notamment en terme de durée. Ainsi aux Etats-Unis il existe une augmentation sensible du suivi des enfants par les pédiatres généralistes depuis environ 30 ans. Cet état de fait est conditionné par l'existence d'un cursus spécifique pour la pédiatrie générale et par une population de pédiatres suffisante pour assurer le suivi des enfants.

## 5. Conclusion

---

Les parents choisissent le pédiatre d'abord pour sa compétence, puis pour ses conseils, son écoute. Ils choisissent le médecin généraliste pour sa compétence puis pour sa disponibilité.

Plusieurs facteurs semblent déterminants dans le choix des parents entre les deux praticiens : l'âge de l'enfant et des parents, la présence d'une fratrie, le lieu d'habitation et la catégorie socio-professionnelle des parents.

Actuellement, les pédiatres libéraux tendent à disparaître car les internes délaissent cette spécialité au profit d'une vocation hospitalière. Les médecins généralistes vont donc devoir s'impliquer davantage dans cette prise en charge et devenir les médecins de premier recours.

Notre enquête montre que les parents sont inquiets face à cette situation et qu'ils ne sont pas encore prêts à laisser la place aux médecins généralistes. Pour pallier aux angoisses et réticences des parents, il est primordial que les futurs médecins généralistes reçoivent une formation suffisante en pédiatrie et qu'ils continuent à se former tout au long de leur carrière car la pédiatrie est en constante évolution.

Une meilleure collaboration entre les deux praticiens est importante et permettra d'améliorer le suivi des enfants. Il serait utile d'essayer de clarifier le rôle de chacun pour optimiser le suivi de l'enfant et de rassurer les parents. Cela doit se faire après concertation de tous les professionnels de santé de l'enfant. Expliciter les spécificités du médecin généraliste et du pédiatre apporterait une meilleure cohérence et cela permettrait de travailler ensemble autour d'un réseau de santé d l'enfant.

## 6. Annexes

---

1. **Questionnaire papier**
2. **Questionnaire en ligne**
3. **Items de pédiatrie à l'ECN**
4. **Programme du DU « Santé et développement de l'Enfant » proposé par la Faculté de Médecine Paris-Descartes**

## Annexe 1 – Questionnaire papier

### QUESTIONNAIRE PARENTS

Bonjour,

Je termine mes études de médecine générale et prépare une thèse portant sur le suivi des enfants par le médecin généraliste ou le pédiatre. Ce questionnaire s'adresse aux parents d'enfants de moins de 6 ans. Cela ne vous prendra que quelques minutes pour le compléter. Vos réponses me seront extrêmement précieuses. Je vous remercie par avance pour votre participation.

Laurence Zenou

GENERALITES			
Age de votre enfant :			
Lieu de résidence (code postal) :			
Profession du père :		Profession de la mère :	
Age du père :		Age de la mère :	
Votre enfant est-il porteur d'une pathologie chronique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, laquelle ?			
Par qui votre enfant est-il le plus souvent suivi ?	<input type="checkbox"/> Le médecin généraliste <input type="checkbox"/> Le pédiatre		
Quel est votre temps de trajet moyen pour vous rendre chez le médecin ?			
Quel est l'âge approximatif de votre médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/> < 35 ans <input type="checkbox"/> 35 – 50 ans <input type="checkbox"/> > 50 ans		
Avez-vous reçu des recommandations pour le suivi de votre enfant lors de votre sortie de maternité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, lesquelles ?			
Avez-vous d'autres enfants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, combien ?		Quel âge ont-ils ?	
Le suivi a-t-il été différent pour les autres enfants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez choisi le médecin assurant le suivi de votre enfant ? <i>Classez de 1 à 5, 1 pour le plus important, 5 pour le moins important</i>	Disponibilité pour les urgences		
	Compétence		
	Conseils/écoute		
	Prix de la consultation		
	Proximité		
Votre médecin effectue-t-il des visites à domicile pour un enfant malade ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Quel est le prix moyen de la consultation chez votre médecin généraliste ?			
Quel est le prix moyen de la consultation chez votre pédiatre ?			
Comment voyez-vous la relation entre médecin généraliste et pédiatre ?	<input type="checkbox"/> Concurrente <input type="checkbox"/> Complémentaire		
La disparition à venir des pédiatres installés en ville vous pose-t-elle un problème ? (maintien uniquement des pédiatres à l'hôpital)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Etes-vous au courant que depuis quelques années les étudiants en médecine générale reçoivent une formation spécifique en pédiatrie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

QUESTIONS CONCERNANT UNIQUEMENT LES ENFANT SUIVIS LE PLUS SOUVENT PAR LE MEDECIN GENERALISTE	
Votre enfant est-il suivi en parallèle par le pédiatre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/> 1 fois sur 2 <input type="checkbox"/> 1 fois sur 3 <input type="checkbox"/> 1 fois sur 4 <input type="checkbox"/> 1 fois sur 5
Pour quel(s) motif(s) <i>Plusieurs réponses possibles</i>	<input type="checkbox"/> Pathologie aigue (fièvre, douleur abdominale, angine, ...)
	<input type="checkbox"/> Vaccination
	<input type="checkbox"/> Suivi de l'enfant
	<input type="checkbox"/> Conseils
<input type="checkbox"/> Indisponibilité de votre médecin généraliste	
Estimez-vous que la formation de votre médecin généraliste soit suffisante pour le suivi de votre enfant au quotidien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etes-vous pleinement satisfait du suivi de votre enfant par votre médecin généraliste?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**OU**

QUESTIONS CONCERNANT UNIQUEMENT LES ENFANT SUIVIS LE PLUS SOUVENT PAR LE PEDIATRE	
Votre enfant est-il suivi en parallèle par le médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/> 1 fois sur 2 <input type="checkbox"/> 1 fois sur 3 <input type="checkbox"/> 1 fois sur 4 <input type="checkbox"/> 1 fois sur 5
Pour quel(s) motif(s) <i>Plusieurs réponses possibles</i>	<input type="checkbox"/> Pathologie aigue (fièvre, douleur abdominale, angine, ...)
	<input type="checkbox"/> Vaccination
	<input type="checkbox"/> Suivi de l'enfant
	<input type="checkbox"/> Conseils
<input type="checkbox"/> Indisponibilité de votre pédiatre	
Etes-vous pleinement satisfait du suivi de votre enfant par votre pédiatre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



## Annexe 2 – Questionnaire en ligne

Accessible en ligne :

<https://docs.google.com/forms/d/1iHm2MMTI53aR5MVGodas5MFilwepgeulXB1bgMbsryk/viewform>

**Questionnaire parents**

Bonjour,

Je termine mes études de médecine générale et prépare une thèse portant sur le suivi des enfants par le médecin généraliste ou le pédiatre. Ce questionnaire s'adresse aux parents d'enfants de moins de 6 ans. Cela ne vous prendra que quelques minutes pour le compléter. Vos réponses me seront extrêmement précieuses. Je vous remercie par avance pour votre participation.

Laurence Zenou

\* Required

4 ans \*

Lieu de résidence (code postal)

Profession du père

Profession de la mère

Age du père

Age de la mère

Votre enfant est-il porteur d'une pathologie chronique ?

Oui

Non

Si oui, laquelle

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

Quel est l'âge approximatif de votre médecin généraliste ?

< 35 ans

35 à 50 ans

> 50 ans

Avez-vous reçu des recommandations pour le suivi de votre enfant lors de votre sortie de maternité ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles

Avez vous d'autres enfants

Oui

Non

Si oui, combien ?

Le suivi a-t-il été différent pour les autres enfants ?

Oui

Non

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez choisi le médecin assurant le suivi de votre enfant ?

Classez de 1 à 5, 1 pour le plus important, 5 pour le moins important

	1	2	3	4	5
Disponibilité pour les urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compétence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseils / écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prix de la consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proximité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre médecin effectue-t-il des visites à domicile pour un enfant malade ?

Oui

Non

Quel est le prix moyen de la consultation chez votre médecin généraliste ?

Quel est le prix moyen de la consultation chez votre pédiatre ?

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

Concurrente

Complémentaire

La disparition à venir des pédiatres installés en ville vous pose-t-elle un problème ? (maintien uniquement des pédiatres à l'hôpital)

Oui

Non

Etes-vous au courant que depuis quelques années les étudiants en médecine générale reçoivent une formation spécifique en pédiatrie ?

Oui

Non

Par qui votre enfant est-il le plus souvent suivi ? \*

Le médecin généraliste

Le pédiatre

Powered by  This content is neither created nor endorsed by Google.

[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

### **Annexe 3 - Items de pédiatrie à l'ECN**

23. Evaluation et soins du nouveau-né à terme.

31. Problèmes posés par les maladies génétiques à propos :

- d'une maladie chromosomique : la trisomie 21
- d'une maladie génique : la mucoviscidose
- d'une maladie d'instabilité : le syndrome de l'X fragile

32. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage.

33. Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantiles.

34. Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.

36. Retard de croissance staturo-pondéral

37. Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile.

38. Puberté normale et pathologique

78. Coqueluche

86. Infections broncho-pulmonaires du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.

93. Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte. Leucocyturie

94. Maladies éruptives de l'enfant

96. Méningites infectieuses et méningo-encéphalites chez l'enfant et chez l'adulte 97. Oreillons, Otagies et otites chez l'enfant et l'adulte

113. Allergies et hypersensibilités chez l'enfant et l'adulte : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement

114. Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact

115. Allergies respiratoires chez l'enfant et chez l'adulte

144. Cancer de l'enfant

183. Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles

189. Conduite suicidaire chez l'adolescent et l'adulte

- 190. Convulsion chez le nourrisson et l'enfant
- 193. Détresses respiratoires aiguës de l'enfant et corps étranger des voies aériennes supérieures
- 194. Diarrhées aiguës et déshydratation chez le nourrisson et l'enfant
- 195. Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant
- 203. Fièvre aiguë chez l'enfant
- 210. Malaise grave du nourrisson et mort subite
- 224. Appendicite de l'enfant
- 226. Asthme de l'enfant
- 237. Fractures chez l'enfant
- 245. Hernie pariétale de l'enfant
- 272. Pathologies génito-scrotales chez le garçon
- 280. Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.
- 299. Boiterie et troubles de la démarche chez l'enfant
- 300. Constipation chez l'enfant
- 302. Diarrhées aiguës chez l'enfant
- 328. Protéinurie et syndrome néphrotique chez l'enfant
- 330. Purpura chez l'enfant
- 331. Souffle cardiaque chez l'enfant
- 333. Strabisme de l'enfant
- 336. Toux chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement)
- 345. Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (avec le traitement).

## Annexe 4 - Programme du DU « Santé et développement de l'Enfant » proposé par la faculté de médecine Paris-Descartes



FACULTE DE MEDECINE PARIS- DESCARTES

DIPLOME D' UNIVERSITE

# Santé et Développement de l'Enfant

Responsables de l'enseignement : Pr. Véronique ABADIE - Pr. Martin CHALUMEAU

Programme 2013-2014-2015

Lieu : Faculté de Médecine Paris Descartes « les Cordeliers »

15 rue de l'Ecole de Médecine 75006 Paris

Horaires : 9h-12h30 et 14h- 17h

Date	Titre du séminaire	Responsable et orateurs
Vendredi 27 septembre 2013 Salle 114	Néonatalogie pour le généraliste	V. Abadie
Vendredi 18 octobre 2013 Salle-114	Développement psychomoteur normal et ses troubles	I. Desguerre
Vendredi 6 décembre Salle -226	Approche transculturelle de la pédiatrie	A. Epelboin
Vendredi 10 janvier 2014 Salle -226	Alimentation et nutrition Orthopédie pour le généraliste : scoliose, pieds qui tournent, douleurs de croissance ....	C. Lambe, M. Dabbas G. Finidori
Vendredi 14 février 2014 Salle -226	Vaccinologie, antibiothérapies, Adénopathies, crises sanitaires	J. Toubiana
Vendredi 21 mars 2014 Salle -226	Le développement psychoaffectif et ses troubles. Nouveaux liens parentaux	B. Beauquier
Vendredi 11 avril 2014 Salle -226	Croissance normale et pathologique Puberté normale et pathologique	M. Chalumeau S.Allali
Vendredi 23 mai 2014 Salle -114	Offre de soins, organisation des systèmes de santé de l'enfant et de protection de l'enfance Orthopédie pour le généraliste	V. Dufour
Vendredi 20 juin 2014 Salle -226	L'ORL de l'enfant pour le généraliste Mémoires, Synthèse et évaluation	Y. Manach V. Abadie

## 2014/2015

<b>Date</b>	<b>Titre du séminaire</b>	<b>Responsable et orateurs</b>
Vendredi 26 septembre 2014	Maltraitance	C. Mignot H.Romano, B.Samson
Vendredi 17 octobre 2014	Handicap et intégration	V. Abadie, B. Bollaert C. Jeannin, F. Chedevergne
Vendredi 28 novembre 2014	la place du médecin traitant dans la prise en charge des pathologies chroniques de l'enfant : application à thématiques: le diabète, la drépanocytose, la mucoviscidose	M. de Montalembert
Vendredi 16 janvier 2015	Allergie sous toutes ses formes, poumon, peau, alimentation, médicaments ...	J. de Blic
Vendredi 20 février 2015	Troubles des apprentissages	L. Robel
Vendredi 20 mars 2015	Gastroentérologie pédiatrique Dermato pédiatrique (hors DA)	O. Goulet D. Teillac-Hamel
Vendredi 17 avril 2015	L'enfant voyageur Santé dans le monde, adoption internationale	A. Faye F. Sorge
Vendredi 22 mai 2015	Conduite à risque, addictologie, ado en détresse Pb somatiques de l'ado. Contraception	P. Canoui
Vendredi 26 juin 2015	Examen de fin des deux années de DU Evaluation du DU « Pot pourri » de pathologies pédiatriques Pédiatrie humanitaire	V. Abadie

## 7. Bibliographie

---

- 1) LA CROIX. Les enfants sont-ils aussi bien soignés par les généralistes que par les pédiatres ? [en ligne]. Site disponible sur :  
<http://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Les-enfants-sont-ils-aussi-bien-soignes-par-les-generalistes-que-par-les-pediatres-2014-05-23-1154900>  
(consulté le 10/09/2014)
- 2) LAMARQUE C. La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans en France. CNAMTS. 2002
- 3) FRANC C., LE VAILLANT M., ROSMAN S. et al. La prise en charge des enfants en médecine générale: une typologie des consultations et visites [en ligne]. Etudes et résultats, n°588. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2007, 4 p. Site disponible sur :  
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf> (consulté le 10/09/2014)
- 4) BONNET N., LAMARQUE C. CNAMTS. Démographie des acteurs de soins primaires, un exemple de profession à la frontière des soins primaires et spécialisés: les pédiatres. 2002
- 5) GALLAIS J.L. Repères sur les soins médicaux aux enfants et adolescents. Documentation SFMG, 2003.
- 6) INSEE. Démographie : taux de fécondité [en ligne]  
[http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&reg\\_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age3c.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3c.htm)  
(consulté le 10/09/2014)
- 7) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2014. [en ligne] 167 p. Site disponible sur : [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf) (consulté le 10/07/2014)

- 8) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Composantes de la croissance démographique en France métropolitaine. [en ligne]. Site disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age3.htm#compo-croissance-demo-fm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm#compo-croissance-demo-fm)(consulté le 10/09/2014)
- 9) INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. Pyramide des âges au 1<sup>er</sup> Janvier 2011. [en ligne] Site disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/fichiers-xls/pyramide-des-ages-2011.xls> (consulté le 10/09/2014)
- 10) ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES. Country statistical profiles. [en ligne] Site disponible sur : [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=POP\\_FIVE\\_HIST](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=POP_FIVE_HIST) (consulté le 10/09/2014)
- 11) LA BANQUE MONDIALE. Dépenses en santé, total (% PIB) [en ligne] Site disponible sur : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS/countries?display=default> (consulté le 10/07/2014)
- 12) INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES. Population : Taux de natalité, de mortalité, (pour 1000 habitants), taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances). [en ligne] Site disponible sur : [http://www.ined.fr/fr/pop\\_chiffres/pays\\_developpes/natalite\\_mortalite\\_infantile/](http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/natalite_mortalite_infantile/)(consulté le 10/09/2014)
- 13) WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-Médecine de famille. 2002.
- 14) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. [en ligne] Site disponible sur : <http://www.who.int/whr/2008/fr/> (consulté le 18/09/2014)

- 15) 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. Etat des lieux et évolution à prévoir. Thèse de médecine générale. Marseille : Université de La Méditerranée, 2009, 52p.
- 16) MGFRANCE. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant. [en ligne]. Site disponible sur :  
<http://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant> (consulté le 10/09/2014)
- 17) INSEE. Un premier enfant à 28 ans. [en ligne]. Site disponible sur :  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1419](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419) (consulté le 10/09/2014)
- 18) INED. La mortalité infantile en France . [en ligne]. Site disponible sur :  
[http://www.ined.fr/fr/tout\\_savoir\\_population/fiches\\_pedagogiques/duree\\_de\\_vie\\_deces\\_mortalite/mortalite\\_infantile\\_france/](http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/duree_de_vie_deces_mortalite/mortalite_infantile_france/) (consulté le 10/09/2014)
- 19) SOMMELET D. Organisation de la prise en charge globale de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Les acteurs et les structures : analyse verticale. Les médecins généralistes. In : L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé : rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent [en ligne]. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, 2006, p. 353-363. Disponible sur :  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282/0000.pdf> (consulté le 18/09/2014)
- 20) BOCQUET A, ASSATHIANY R, CARON FM et al. Propositions pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants et pour l'avenir de la pédiatrie française. Commission de Pédiatrie Ambulatoire de la société française de pédiatrie. 2008, dossier presse du 23 janvier 2008
- 21) MINISTERE DE LA SANTE. Observatoire National de la Démographie des



Professionnels de Santé (ONDPS). Compte rendu de l'audition des pédiatres du 4 novembre 2009 [en ligne]. Site disponible sur :  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte\\_rendu\\_de\\_l\\_audition\\_des\\_Pediatres\\_du\\_4\\_novembre\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf) (consulté le 18/09/2014)

22) MG FRANCE. Le médecin généralité pour la santé de l'enfant. Colloque du 22 mai 2014. [en ligne] Site disponible sur :  
<http://www.mgfrance.org/index.php/presse/colloques/le-medecin-generaliste-pour-la-sante-de-l-enfant> (consulté le 18/09/2014)

23) LE QUOTIDIEN DU MEDECIN. Les pédiatres s'opposent à la désignation d'un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans. [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/les-pediatres-s-opposent-la-designation-d-un-medecin-traitant-pour-les-enfants-de> (consulté le 18/09/2014)

24) PEDIA DOC. [en ligne] Site disponible sur : <http://pediadoc.fr> (consulté le 18/09/2014)

25) BUISSON G. 9, 24, 36 mois : tous pour un, un pour tous. Le Pédiatre. 2005. 209 : 230

26) DHOS. Circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. DHOS/O1/O3/CNAMTS no 2006-151. 2006.

27) SYNDICAT NATIONAL DES PEDIATRES FRANCAIS. La lettre du Président. [en ligne] Site disponible sur : <http://www.snpf.fr/fr/la-lettre-du-president/la-lettre-du-president.html> (consulté le 18/09/2014)

28) MEDSCAPE. La pédiatrie française à bout de souffle. [en ligne] Site disponible sur : <http://www.medscape.fr/voirarticle/3558517> (consulté le 10/07/2014)

29) KATZ M, et al., Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics, 2002. 109(5): p. 788-96



## 8. RESUME

---

Selon les statistiques nationales, avant l'âge de 16 ans, 79 % des enfants consultent uniquement un médecin généraliste. Ils ne sont que 5 % à consulter uniquement un pédiatre et 16 % à voir les deux.

Cependant, notre étude ne va pas dans ce sens et montre que les parents sont très attachés au pédiatre puisque 66% d'entre eux le choisissent pour le suivi régulier de leur enfant. Les parents ne sont donc pas prêts à laisser la place aux médecins généralistes.

Mais le nombre de pédiatres libéraux diminue actuellement et cela risque de s'accroître dans les années à venir, notamment en zone rurale. L'activité pédiatrique des médecins généralistes va devenir de plus en plus importante et les parents n'auront donc plus véritablement le choix. Le généraliste devra s'impliquer davantage dans le suivi régulier de l'enfant. Il deviendra le médecin de premier recours. Les pédiatres n'interviendront qu'en second recours pour un avis spécialisé.

Pour pallier aux angoisses et réticences des parents, il est primordial que les futurs médecins généralistes reçoivent une formation suffisante en pédiatrie. La formation théorique des internes de médecine générale semble suffisante. Cependant, la formation pratique pourrait être améliorée en essayant de développer les stages en pédiatrie ambulatoire, à l'image du DUMG de Toulouse (stages en PMI, chez un généraliste avec une forte activité pédiatrique, chez un pédiatre libéral...).

Cependant, poursuivre l'amélioration de notre formation n'a que peu d'intérêt si les parents ne reconnaissent pas la compétence des médecins généralistes pour assurer un suivi pédiatrique de qualité. Un enfant sans pathologie chronique grave sous-jacente peut être suivi par le seul médecin généraliste. Un suivi conjoint pédiatre-généraliste pourrait être bénéfique pour répondre à la pénurie des pédiatres libéraux et apporter une cohérence au suivi de l'enfant. De plus, un suivi spécialisé par le pédiatre, éventuellement partagé avec le généraliste, semble nécessaire en cas de prématurité ou de pathologie chronique de l'enfant.

L'amélioration du suivi médical des enfants passe aussi par l'amélioration de la relation entre pédiatres et généralistes qui doit être complémentaire et non concurrente, afin que les parents ne se sentent pas pris entre 2 rivalités.

La désignation d'un médecin traitant étendue aux enfants de moins de 16 ans risque d'aggraver la rivalité entre les deux praticiens. Cette possible réforme suscite la colère des pédiatres car ils ne seront pas assez nombreux pour suivre les enfants, les parents choisiront donc davantage le médecin généraliste.

Dans notre enquête, plusieurs facteurs semblent déterminants dans le choix des parents entre les deux praticiens : l'âge de l'enfant et des parents, la présence d'une fratrie, le lieu d'habitation et la catégorie socio professionnelle des parents.

Les parents choisissent le praticien d'abord pour sa compétence professionnelle, ce qui est rassurant. Les parents qui privilégient le généraliste le font ensuite pour sa disponibilité. Ce critère ne vient qu'en 3<sup>ème</sup> position pour les parents privilégiant le pédiatre.

Les parents ayant choisi le généraliste sont moins nombreux que ceux ayant choisi le pédiatre à demander un suivi complémentaire entre les deux spécialistes. Cependant, ils le font plus fréquemment et semblent être à la recherche d'un avis spécialisé de pédiatrie de seconde intention. Les parents ayant choisi le pédiatre sont plus nombreux à utiliser ce suivi complémentaire mais le font moins fréquemment. Il semble qu'ils soient à la recherche d'une meilleure disponibilité de leur praticien.

Nous pensons que les généralistes gagneraient à se rapprocher des pédiatres pour acquérir un savoir-faire spécifique et assumer ainsi pleinement leur rôle annoncé de premier recours dans le suivi des nourrissons. En revanche, les pédiatres devraient accepter leur rôle de spécialiste de second recours sans critiquer le manque de compétence ou les pratiques des généralistes.

### **Mots clés :**

Médecin généraliste, pédiatre libéral, critères de choix, parents, enfants de moins de six ans, suivi régulier, premier recours.