

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2015

N° 040

**THÈSE**

Pour le

**DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de Médecine Générale

Par

**Maëlle FOUILLEN**

Née le 13 Octobre 1986 à RENNES

---

Présentée et soutenue publiquement le 9 juillet 2015

---

**CARACTÉRISTIQUES DES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS  
EN MÉDECINE GÉNÉRALE :  
OBSERVATION DE 222 CONSULTATIONS**

---

Président : Madame le Professeur Leila MORET

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Paul CANÉVET

Membres du Jury : Madame Anne-Chantal HARDY

Madame Elise LAUNAY

# TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION.....	8
<b>1.1 Constat</b> .....	8
<b>1.2 Suivi de l'enfant</b> .....	8
1.2.1 Période d'après-guerre.....	8
1.2.2 Dans les années soixante-dix.....	9
1.2.3 Actuellement.....	10
<b>1.3 Médecin généraliste, pédiatre ou PMI ?</b> .....	10
1.3.1 Données épidémiologiques.....	11
1.3.2 Critères de choix.....	11
1.3.3 Évolution.....	11
<b>1.4 Problématique</b> .....	12
<b>1.5 Objectif</b> .....	12
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	13
<b>2.1 Les objectifs de l'étude</b> .....	13
<b>2.2 Type d'étude</b> .....	13
<b>2.3 Travail pluridisciplinaire</b> .....	13
<b>2.4 Construction des fiches de recueil (Annexes 1, 2, 3)</b> .....	13
2.4.1 Données sur l'interne.....	14
2.4.2 Données sur le médecin et son cabinet médical.....	14
2.4.3 Données sur le nourrisson et sa famille.....	14
2.4.4 Données sur la consultation.....	15
<b>2.5 Recueil des données</b> .....	16
2.5.1 Les internes.....	16
2.5.2 Les maitres de stage.....	16
2.5.3 Les patients.....	16
<b>2.6 Analyse des données</b> .....	16
2.6.1 Logiciel.....	16
2.6.2 Présentation des résultats.....	17
3 RESULTATS.....	18
<b>3.1 Description de l'échantillon des médecins</b> .....	18
3.1.1 Caractéristiques générales.....	18
3.1.2 Place des DU/DIU.....	19
3.1.3 Autre activité professionnelle.....	20
<b>3.2 Description des cabinets médicaux</b> .....	21
3.2.1 Zones d'exercice.....	21
3.2.2 Mode d'exercice.....	22
3.2.3 Proximité du cabinet.....	23
3.2.4 Zone dédiée à l'examen du nourrisson :.....	23
<b>3.3 Description des patients</b> .....	23
3.3.1 Le nourrisson.....	23
3.3.1.1 Âge du nourrisson.....	23
3.3.1.2 Mode de garde.....	23
3.3.1.3 Rang dans la fratrie.....	24
3.3.2 Les parents accompagnants.....	24
3.3.2.1 Age.....	24
3.3.2.2 Situation familiale.....	24
3.3.2.3 Couverture sociale.....	24

3.3.2.4	<i>Emploi</i>	24
3.3.2.5	<i>Catégorie socioprofessionnelle (CSP)</i>	25
3.3.2.6	<i>Secteur d'activité</i>	26
3.3.2.7	<i>Parent accompagnant</i>	27
<b>3.4</b>	<b>Description de la consultation</b>	28
3.4.1	Carnet de santé	28
3.4.2	Motif de consultation	29
3.4.3	Thèmes abordés pendant la consultation	31
3.4.3.1	<i>Thèmes abordés par les parents</i>	31
3.4.3.1.1	<i>En général</i>	31
3.4.3.1.2	<i>Selon le motif de consultation</i>	32
3.4.3.1.3	<i>Selon l'âge du nourrisson</i>	33
3.4.3.1.4	<i>Selon le contexte socioprofessionnel des parents</i>	33
3.4.3.1.5	<i>Selon la couverture sociale</i>	34
3.4.3.2	<i>Thèmes abordés par le médecin</i>	34
3.4.3.2.1	<i>En général</i>	34
3.4.3.2.2	<i>Selon le motif de consultation</i>	35
3.4.3.2.3	<i>Selon l'âge du nourrisson</i>	36
3.4.3.2.4	<i>Selon les caractéristiques du médecin</i>	37
3.4.3.2.5	<i>Selon le contexte socioprofessionnel des parents</i>	37
3.4.4	Gestes de l'examen physique	39
3.4.4.1	<i>Selon le motif de consultation</i>	39
3.4.4.2	<i>Selon l'âge du nourrisson</i>	40
3.4.4.3	<i>Selon les caractéristiques du médecin</i>	41
3.4.4.4	<i>Selon les caractéristiques des parents</i>	41
3.4.5	Durée de la consultation	41
3.4.5.1	<i>caractéristiques générales</i>	41
3.4.5.2	<i>Motif de consultation</i>	42
3.4.5.3	<i>Le médecin</i>	43
3.4.5.3.1	<i>L'âge du médecin</i>	43
3.4.5.3.2	<i>Le sexe du médecin</i>	44
3.4.5.3.3	<i>Mode et lieu d'exercice du médecin :</i>	45
3.4.5.4	<i>Le nourrisson</i>	45
3.4.5.5	<i>Le parent accompagnant :</i>	46
3.4.5.5.1	<i>Quel parent en consultation ?</i>	46
3.4.5.5.2	<i>Catégorie socio-professionnelle, secteur d'activité</i>	46
3.4.5.5.3	<i>La couverture sociale</i>	46
3.4.6	Coopérations professionnelles	47
3.4.6.1	<i>Selon l'âge du nourrisson</i>	47
3.4.6.2	<i>Selon le médecin</i>	49
3.4.6.3	<i>Selon le parent accompagnant</i>	49
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	50
<b>4.1</b>	<b>L'enquête</b>	50
<b>4.2</b>	<b>La méthode</b>	50
4.2.1	Les investigateurs	50
4.2.2	Les questionnaires	51
4.2.3	Les effets de l'observation, effet hawthorne [26]	51
<b>4.3</b>	<b>Représentativité de la population étudiée</b>	51
4.3.1	Échantillon de médecins	51
4.3.2	Échantillon de cabinets médicaux	52
4.3.3	Échantillon des nourrissons	52

4.3.4 Échantillon des parents accompagnants .....	53
<b>4.4 Caractéristiques de la consultation du nourrisson en médecine générale .....</b>	<b>54</b>
4.4.1 Motif de consultation.....	54
4.4.2 Offre soins en médecine générale.....	55
4.4.2.1 <i>Durée de la consultation</i> .....	55
4.4.2.1.1 <i>Caractéristiques générales</i> .....	55
4.4.2.1.2 <i>Déterminants de la durée d'une consultation</i> .....	56
4.4.2.2 <i>Gestes de l'examen physique</i> .....	57
4.4.2.2.1 <i>Caractéristiques générales</i> .....	57
4.4.2.2.2 <i>Développement psychomoteur</i> .....	58
4.4.2.2.3 <i>Dépistage des troubles sensoriels</i> .....	59
4.4.2.2.4 <i>Prise des constantes</i> .....	60
4.4.2.3 <i>Thèmes abordés par le médecin</i> .....	60
4.4.2.4 <i>Différences selon l'âge du nourrisson</i> .....	60
4.4.3 Attentes parentales.....	61
4.4.3.1 <i>Place de la mère</i> .....	61
4.4.3.2 <i>Choix du médecin</i> .....	62
4.4.3.2.1 <i>Médecin traitant</i> .....	62
4.4.3.2.2 <i>Proximité</i> .....	62
4.4.3.2.3 <i>Mode d'expression</i> .....	62
4.4.3.3 <i>Carnet de santé</i> .....	63
4.4.3.4 <i>Thèmes abordés</i> .....	63
4.4.4 Coopérations interprofessionnelles.....	63
4.4.5 Inégalités sociales .....	65
<b>4.5 Perspectives .....</b>	<b>67</b>
4.5.1 Préconisation pour la pratique médicale.....	67
4.5.2 Propositions de recherche .....	67
4.5.2.1 <i>Acteurs du suivi du nourrisson</i> .....	67
4.5.2.2 <i>Attentes parentales</i> .....	67
4.5.2.3 <i>Suivi du nourrisson des populations défavorisées</i> .....	67
<b>5 CONCLUSION .....</b>	<b>68</b>
<b>6 BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>70</b>
<b>7 ANNEXES .....</b>	<b>76</b>

# REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Leïla MORET, Présidente du jury,  
Pour me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assurée de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Jean-Paul CANÉVET, Directeur de thèse,  
Pour m'avoir confié ce travail de thèse, pour m'avoir accompagnée tout au long de l'étude ;  
merci pour votre soutien, votre disponibilité et votre aide.

À Madame le Docteur Élise LAUNAY,  
Qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.

À Madame le Docteur Anne-Chantal HARDY,  
Pour l'aide précieuse que vous m'avez accordée au cours de ce travail et pour avoir accepté  
de participer à ce jury de thèse.

À Arnaud,

Pour ton soutien, ta présence, ta patience, ton amour, quel bonheur que nos chemins se soient croisés...

À mon papa,

Pour avoir su partager avec moi la passion de ce métier, pour m'avoir transmis tes valeurs, pour ta présence.

À ma maman,

Pour m'avoir soutenue, entourée, chouchoutée pendant ces longues années d'études, pour ta générosité et ta tendresse.

À ma sœur, Servane,

Pour tout ce que nous avons partagé depuis notre enfance, pour être devenue une amie autant qu'une sœur, pour ta présence joyeuse qui m'apaise et me rassure, pour me faire autant rire.

À mes grands-parents et à la grande famille Guyomard,

Pour m'avoir comprise et soutenue toutes ces années, pour leur courage.

À Mijane,

Parce qu'une grand-mère comme toi, c'est unique. Bon retour du Kirghizistan.

À Maryam, ma sœur de cœur,

Pour ton soutien pendant toutes ces années, pour ton amitié infaillible, pour tous ces fous rires mémorables et les nombreux à venir.

À mes amies de toujours, Fanny, Auriane, Pauline,

Pour tous ces moments de bonheur, que cette belle amitié nous lie encore longtemps.

À mes amis de tous horizons, pour leur joie, leur rire, leur présence. Une pensée particulière pour Alice, Franklin, François, Delphin, Moumou, Cam, les Bobos, Matthieu, Ben Ber, Jérémy, Capu, Mathilde, Claire... et tous les autres !

À tous les maîtres de stage et médecins dont j'ai croisé le chemin pendant ces trois ans, et qui m'ont appris mon métier. Une pensée particulière pour Catherine BAGEOT, merci pour votre générosité et votre gentillesse.

# ABRÉVIATIONS

AME : Aide Médicale d'Etat

CDS : Carnet De Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

CREDES : Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé

DDASS : Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

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

DU : Diplôme Universitaire

ECA : Enseignants Cliniciens Ambulatoires

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Équivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

ICF : Indicateur Conjoncturel de Fécondité

INSEE : Institut national de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche médicale

MG : Médecin Généraliste

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaires

ONDPS : Observatoire National Des Professions de Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PC : Périmètre Crânien

PEM : Pourcentage d'Ecart maximum

PMI : Protection Maternelle Infantile

RSI : Régime Social des Indépendants

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SNFMG : Société Nationale Française de Médecine Générale

# **1 INTRODUCTION**

## ***1.1 Constat***

Mon expérience personnelle en pédiatrie, au cours de ma formation en médecine générale, m'a sensibilisée au suivi des nourrissons et des enfants. J'ai eu la chance de découvrir cette spécialité en observant plusieurs médecins généralistes au cours de mes stages, ainsi qu'une pédiatre libérale. J'ai ensuite décidé d'approfondir mes connaissances en suivant le DIU Santé de l'Enfant, option préventif, à Nantes.

Les caractéristiques des consultations pédiatriques : durée de consultation, thèmes abordés, gestes de l'examen physique, rythme du suivi, m'ont semblé très différentes selon les médecins : médecin généraliste, pédiatre, médecin de PMI. Il n'existe pourtant pas d'indicateur de choix du médecin pour le suivi l'enfant pour les familles.

Au vu de l'importance de la pédiatrie en médecine générale et de la disparité des pratiques entre les différents acteurs du suivi de l'enfant, je me suis intéressée aux caractéristiques des consultations de nourrissons en médecine générale, afin de mieux comprendre l'offre de soins proposée.

## ***1.2 Suivi de l'enfant***

### **1.2.1 Période d'après-guerre**

La protection des enfants a été ponctuée au fil du temps par divers textes, dispositifs et autres institutions. Un projet de loi avait été préparé en 1936 mais la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale en a empêché l'instruction. Celle-ci a eu de nombreuses répercussions sur l'état physique et sanitaire des individus : des perturbations de la croissance étaient observées chez un enfant sur trois, et la mortalité infantile était très importante. C'est dans ce contexte que la protection maternelle et infantile (PMI) a été mise en œuvre par la parution de l'ordonnance du 2 novembre 1945 [1].

Cette nouvelle politique de santé s'appuyait sur : une action conjuguée des médecins et assistantes sociales, le certificat prénuptial, des consultations prénatales et postnatales gratuites, la surveillance médicale des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, l'éducation des mères, l'utilisation d'un carnet de santé [2]. Son objectif principal était de permettre la protection généralisée de toute une population fragilisée : femmes enceintes, jeunes mères venant d'accoucher, enfants jusqu'au sixième anniversaire, etc. Concernant les nourrissons, l'objectif était de lutter contre les carences alimentaires et l'hygiène précaire à l'origine d'infections fréquentes et de maladies contagieuses, pour diminuer la mortalité infantile.

Cette loi de 1945 prévoit de la naissance à 6 ans, vingt examens médicaux : un au cours des 8 jours suivant la naissance, un par mois jusqu'à l'âge de 6 mois, puis un à l'âge de 9 mois, à 12 mois, 16 mois, à 20 mois, 24 mois, puis deux fois par an jusqu'à six ans. Cette obligation n'a jamais été remise en cause, mais les objectifs de ces examens ont évolué avec l'état sanitaire de la population.

## 1.2.2 Dans les années soixante-dix

Le 6 juillet 1964, une nouvelle loi est adoptée [3]. Dès lors, la protection maternelle et infantile se trouve départementalisée et placée sous la responsabilité des DDASS. Les divers services publics du champ social, médical et médico-social sont regroupés : la PMI, la santé scolaire, les services de lutte contre la tuberculose et contre les maladies vénériennes, l'hygiène du milieu, l'action sociale générale et l'aide aux personnes handicapées. Les missions de la PMI se trouvent ainsi liées à l'action sociale, sous le contrôle du préfet, lui-même placé sous l'autorité du ministère de l'Intérieur, mais avec des orientations politiques émises par le ministère de la Santé.

Dans ce contexte, les services médicaux chargés de prévention sanitaire voient leurs moyens de plus en plus réduits dans de nombreux départements, du fait de l'amélioration globale de la santé de la population et du peu de prise en compte des réalités en matière de santé maternelle et infantile.

Au début des années soixante-dix, une nouvelle politique volontariste est impulsée, faisant de la périnatalité une cause nationale. Dans ce cadre, le « programme périnatalité » met l'accent sur la lutte contre la mortalité périnatale, la prématurité et ses conséquences néfastes, ainsi que sur le dépistage et sur la prévention des handicaps psychiques, sensoriels et moteurs. Les services de PMI sont engagés dans cette politique nouvelle, des missions supplémentaires leur sont confiées. Les préfets sont tenus de mettre en place ces services de PMI où ils avaient disparu, et de les placer sous la responsabilité d'un médecin pédiatre, ou ayant une compétence en pédiatrie.

La loi du 15 juillet 1970 [4] a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé, lors des trois examens médicaux des enfants : l'examen préventif obligatoire effectué dans les 8 jours suivant toute naissance, ainsi que les examens effectués au cours du 9<sup>e</sup> mois et du 24<sup>e</sup> mois, âges clés dans le développement de l'enfant. Il s'agit de lutter contre la mortalité périnatale, de développer le dépistage et la prévention des handicaps psychiques, sensoriels et moteurs, et de maintenir un lien avec les familles.

Ces certificats médicaux obligatoires ont un double objectif :

- Suivi individuel : ils permettent de s'assurer de l'existence d'une prise en charge adaptée à l'enfant, et donnent la possibilité de contacter le médecin de PMI si nécessaire, le contact entre professionnels de santé étant un des éléments important du suivi des enfants.
- Suivi collectif : ces certificats permettent un suivi épidémiologique de l'état de santé des enfants du département, et sont une source irremplaçable d'informations régulières, sur le plan national, concernant la périnatalité et la santé de l'enfant de moins de 2 ans.

Ces certificats s'établissent sur des feuillets mobiles insérés dans le carnet de santé, constitués d'une partie administrative à remplir par les parents (informations sur le foyer familial, la profession des parents, le mode de garde), et d'une partie médicale à remplir par un médecin (état vaccinal, anomalies congénitales et troubles sensoriels, maladies acquises et affections actuelles, développements psychomoteur et staturo-pondéral).

D'autres examens sont rapportés sur une double page du carnet de santé, avec des données particulièrement importantes à rechercher (2<sup>e</sup> mois, 4<sup>e</sup> mois, 3<sup>e</sup> année, ainsi que les examens prévus à l'âge scolaire).

### 1.2.3 Actuellement

Aujourd'hui la promotion de la santé maternelle et infantile comprend notamment [5] :

- des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;
- des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;
- des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;
- la surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles

De la naissance à l'âge de 2 ans, douze examens médicaux sont obligatoires :

- un examen au cours des 8 jours suivant la naissance ;
- un par mois jusqu'à l'âge de 6 mois, soit six examens ;
- un à l'âge de 9 mois et à l'âge de 12 mois, soit deux examens ;
- deux examens au cours de la 2<sup>e</sup> année de vie au 16<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> mois ;
- un examen à l'âge de 24 mois ;

Trois de ces examens donnent lieu à l'établissement d'un certificat : dans les 8 premiers jours, l'examen du 9<sup>ème</sup> mois et celui du 24<sup>ème</sup> mois. Ces consultations sont assurées par un pédiatre, un médecin généraliste, ou dans un centre de PMI. Elles sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie [6].

Les examens systématiques doivent comporter : une évaluation de la croissance staturo-pondérale afin de dépister le plus tôt possible un ralentissement, un examen soigneux du nourrisson déshabillé dans de bonnes conditions, appareil par appareil, prenant en compte l'évolution des paramètres physiologiques en fonction de l'âge, et une discussion avec les parents autour des principales mesures d'éducation à la santé. Le suivi du développement psychomoteur et de la croissance staturo-pondérale est un élément clé de la surveillance du nourrisson et de l'enfant. A cela s'ajoutent le dépistage des troubles auditifs et des troubles visuels, les conseils aux parents et les vaccinations. Le diagnostic et le traitement des maladies motivant la consultation sont, bien entendu, également assurés.

### ***1.3 Médecin généraliste, pédiatre ou PMI ?***

Le suivi du nourrisson peut se faire par le médecin généraliste, le pédiatre ou le médecin de PMI, sans que l'ensemble du système de santé soit organisé. Une organisation informelle s'est imposée, dont la ligne de partage est la médecine prescriptive pour les généralistes et les pédiatres, et la médecine non prescriptive pour les médecins de PMI et les médecins scolaires. Un texte publié par le CNGE en 2012 revient sur le côté délétère de renvoyer les généralistes à un rôle de prescripteur, en occultant leur rôle en termes de prévention et de conseil, qui sont pourtant intimement liés dans une prise en charge cohérente [7].

### 1.3.1 Données épidémiologiques

Selon une étude de la DREES publiée en septembre 2007 [8], 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. Cette même étude montre que les enfants de moins de 16 ans constituent 13% de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes. 88% des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier.

En 2014, une étude de la DREES [9], [10] montre que les certificats des nourrissons sont majoritairement établis par les généralistes, que ce soit au 9<sup>ème</sup> mois (53,9 % par les généralistes contre 45,3 % pour les pédiatres) ou au 24<sup>ème</sup> mois (57,5 % contre 41,5 %).

Selon une étude de la CNAMTS en 2002 [11] vingt à trente mille omnipraticiens traitent chaque jour des enfants en bas âge : ils en soignent alors en moyenne deux par jour, du lundi au samedi.

Durant les deux premières années de leur vie, les enfants sont donc la plupart du temps suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre. Par contre les enfants qui ne sont soignés que par des pédiatres sont examinés et suivis beaucoup moins souvent que les autres (dix fois en deux ans, contre vingt et une fois pour ceux qui sont soignés à la fois par des pédiatres et des généralistes) [11].

### 1.3.2 Critères de choix

Il n'existe pas d'indicateur quant au choix fait par les familles du médecin pour le suivi de leur enfant. Dans leur thèse d'exercice, Marie MICHEL [12], Laurence MYARA ZENOU [13] se sont intéressées à ce sujet, afin de mettre en évidence les critères de choix des parents. Il apparaissait que les parents choisissaient le médecin généraliste pour sa disponibilité et sa proximité de leur lieu de vie, et le pédiatre pour sa compétence professionnelle et sa réputation. Les catégories socio-professionnelles les plus aisées, « cadres », donc les ménages ayant un revenu plus élevé, avaient choisi le pédiatre pour le suivi régulier de leur enfant. Toutes les autres catégories, avec un revenu moyen plus faible, avaient préféré le suivi par le médecin généraliste. La gratuité de la consultation en PMI était une motivation importante pour les parents choisissant un médecin de PMI, souvent jeunes et sans emploi.

### 1.3.3 Évolution

La pédiatrie tient une grande place dans l'exercice de la médecine générale. Et cette tendance devrait s'accroître.

Avec plus de 800 000 naissances par an [14], la France a la plus forte natalité en Europe. L'Indicateur Conjoncturel de Fécondité (ICF) était de 2,01 enfants par femme en 2011 [15]. Seule l'Irlande avait un taux de fécondité plus élevé que celui de la France avec 2,07 enfants par femme depuis 2008. En 2015, les enfants de moins de 16 ans représentent 19,6% de la population, les nourrissons (moins de 2 ans) 2,4% [16].

Or la densité médicale devrait largement baisser d'ici 2030. En 2014, le tableau de l'Ordre des médecins recensait 90 630 médecins généralistes, dont 52 760 travaillant

exclusivement en libéral, soit une diminution de 6,5% des effectifs depuis 2007. La tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2020, pour atteindre 86 203 médecins généralistes en activité régulière, soit une baisse de 11% par rapport à 2007. Seule les Pays-de-la-Loire enregistrent une hausse des effectifs des médecins généralistes sur la période 2007/2014 [17]. D'autre part le nombre de pédiatres libéraux est bas. En 2014, pour un total de 7008 pédiatres exerçant en France, seulement 1744 (25%) exerçaient une activité libérale exclusive [17]. Ils représentent 3,5% des médecins. La profession de pédiatre est « vieillissante ». Un quart des pédiatres libéraux a plus de 60 ans et seulement 15% moins de 40 ans. Depuis 2006 on note une augmentation de 12,5% des effectifs, mais cette augmentation concerne principalement les pédiatres exerçant une activité salariée ou mixte.

## ***1.4 Problématique***

Dans une étude publiée en 2011 par l'Observatoire National Des Professions de Santé [18], il est déploré que la santé de l'enfant et de l'adolescent ne fasse pas l'objet d'une politique de santé distincte et lisible, alors que les enjeux de son suivi et de sa prise en charge sont spécifiques. Il était aussi constaté que peu d'indicateurs de la loi de Santé Publique concernaient spécifiquement les enfants, ou encore les nourrissons. De façon générale, les données épidémiologiques propres à l'enfant sont peu nombreuses et de qualité assez médiocre. L'enquête de la DREES publiée en 2007 [8] s'intéresse aux enfants de 0 à 15 ans, mais n'isole pas la population des nourrissons. Les enquêtes sur la santé publique concernent le plus souvent les adultes de 15 ans ou plus : les comportements de santé, les pratiques de recours aux soins sont peu ou pas décrites pour les enfants. De même, concernant l'offre de soins, les données sur les professionnels (nombre de pédiatres, puéricultrices, sages-femmes etc.) ne permettent pas de dresser un bilan complet et qualitatif de la consommation totale de ressources soignantes dédiées à la prise en charge de la santé de l'enfant.

## ***1.5 Objectif***

Le suivi des enfants, et des nourrissons, subit déjà des modifications, qui vont s'amplifier dans les années à venir. Dans ce contexte, marqué par une offre de soin diversifiée entre trois professions (généraliste ou pédiatre et médecin de PMI), et par une méconnaissance des pratiques de recours aux soins, nous avons mené une enquête dans le champ de la médecine générale.

Notre étude visait à décrire les caractéristiques des consultations de nourrissons, effectuées par des médecins généralistes des Pays de la Loire, en Loire Atlantique et en Vendée. L'objectif de ce travail était de mieux comprendre l'offre de soins proposée par les médecins généralistes, en analysant les déterminants des caractéristiques de ces consultations et les comportements des protagonistes, médecins et parents.

Cette thèse s'est inscrite dans un programme de recherche transdisciplinaire qui impliquait des juristes, des sociologues, des médecins généralistes de Nantes et d'Angers, et des sages-femmes. L'objectif était de comprendre les disparités dans les parcours de soin et les coopérations interprofessionnelles dans le champ de la périnatalité (grossesse et nourrisson). Des travaux préliminaires avaient été menés dans ce cadre, notamment sur le parcours de soin des femmes enceintes et sur l'offre de soin qui leur était proposée.

## **2 MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### ***2.1 Les objectifs de l'étude***

L'objectif principal de l'étude était de décrire une « consultation type » de nourrissons en médecine générale, en identifiant des caractéristiques communes de consultations, et de définir des déterminants les faisant varier.

Les objectifs secondaires étaient de mieux comprendre les attentes parentales, ainsi que les coopérations interprofessionnelles dans le champ de la pédiatrie.

Dans le cadre d'un travail ultérieur, il serait possible de comparer les consultations des médecins généralistes avec celles des médecins de PMI, ou des pédiatres libéraux ou hospitaliers.

### ***2.2 Type d'étude***

Il s'agissait d'un recueil de données par observation directe du déroulé des consultations de nourrissons chez des médecins généralistes maîtres de stage. Ces consultations ont été observées et recueillies par les internes de médecine générale en stage chez le praticien (stage de niveau 1).

L'intérêt était de pouvoir décrire le plus finement possible les protagonistes de la consultation (médecin, nourrissons, parents) ainsi que leurs interactions, et d'autre part les différents temps de la consultation : entretien préalable, examen physique, discussion.

### ***2.3 Travail pluridisciplinaire***

Ce travail s'inscrivait dans un projet de recherche pluridisciplinaire sur les parcours de soin, sur lequel ont travaillé les DMG de NANTES et d'ANGERS. Ce travail impliquait des médecins généralistes, des sages-femmes, des sociologues et des juristes.

Le projet commun était de décrire l'offre de soins en péri natalité, de comprendre comment les usagers en disposent, et de repérer les modes de collaborations interprofessionnelles.

### ***2.4 Construction des fiches de recueil (Annexes 1, 2, 3)***

Une fiche médecin devait préalablement être remplie par les internes, recueillant les informations nécessaires sur les médecins observés.

La fiche d'observation des consultations des nourrissons avait été structurée selon quatre axes :

- Les caractéristiques du nourrisson venu consulter ainsi que d'un ou de ses deux parents,

- la relation entre le médecin et la famille,
- la nature des échanges : thèmes abordés par le médecin ou le parent, les actes pratiqués,
- la durée de chaque étape de la consultation : entretien préalable, examen physique, discussion.

A chaque consultation d'enfants âgés de moins de 25 mois correspondant aux critères d'inclusion, l'interne remplissait cette fiche d'observation.

Une notice explicative accompagnait les fiches de recueil, avec les critères d'inclusion et de non inclusion des nourrissons, ainsi que des exemples de thèmes abordés ou de gestes d'examen physique.

### 2.4.1 Données sur l'interne

Les données caractérisant l'interne observateur relevaient simplement son nom.

### 2.4.2 Données sur le médecin et son cabinet médical

Les données caractérisant le médecin relevaient un code pour identifier de manière anonyme chaque médecin de l'interne observateur, le sexe, l'âge, les DU ou DIU obtenus, et s'il exerçait un autre type d'exercice type PMI, EHPAD ou autre. Dans la fiche d'observation de la consultation était précisé si le médecin était le médecin traitant de l'enfant, de son père et de sa mère, ainsi que le mode d'expression entre le médecin et les parents : vouvoiement, tutoiement par le médecin, tutoiement réciproque.

Les données caractérisant le cabinet médical relevaient le lieu d'exercice distingué en 3 catégories (<5000 habitants, entre 5000 et 60000 habitants et >60000 habitants), le type de cabinet (seul, groupe de médecins ou maison de santé pluridisciplinaire), l'année de leur thèse, la durée de leur exercice dans ce cabinet et la présence ou non d'une zone dédiée à l'examen de l'enfant. Dans la fiche d'observation était précisé la proximité du cabinet médical pour les parents : moins d'1 km, 1 à 5 km ou plus de 5 km.

Grâce à un fichier non anonyme concernant les maîtres de stage où étaient chaque interne, nous avons pu retrouver les villes d'exercice des médecins observés et définir la situation géographique de chaque médecin : rurale, aire urbaine hors pôle urbain, ou pôle urbain, la question n'étant pas posée sur la fiche médecin distribuée.

### 2.4.3 Données sur le nourrisson et sa famille

Les données caractérisant l'enfant relevaient :

- Des données sur le ou les parents accompagnant de l'enfant :
  - les initiales de l'adulte accompagnant,
  - leur âge,
  - leur situation professionnelle : en emploi (en précisant à temps plein ou à temps partiel), au chômage, sans activité professionnelle, étudiant, autre,
  - leur emploi actuel ou leur dernier emploi,

- leur CSP : les emplois des parents accompagnants étaient ensuite codés dans un des huit groupes de la nomenclature des CSP créée par l'INSEE en vigueur depuis 2003 [19]. Les parents en congé parental ou maternité sans renseignement sur leur activité professionnelle n'étaient pas codés.
- leur situation familiale : en couple ou parent isolé.

Si les deux parents accompagnaient l'enfant, les informations concernant les deux parents pouvaient être renseignées, mais le profil de la mère était utilisé par défaut pour l'analyse des données.

- Des données sur l'enfant :

- son âge en mois,
- sa couverture sociale : CPAM/MSA/RSI, CMU/AME, aucune,
- le nombre d'enfants vivant dans la fratrie,
- son rang dans la fratrie,
- le mode de garde : parents/famille, crèche, nourrice, autre,
- l'ancienneté de son suivi.

#### 2.4.4 Données sur la consultation

Les éléments descriptifs de la consultation étaient ensuite abordés selon plusieurs items :

- Le motif de la consultation : consultation de suivi programmé, pathologie ou symptôme aigu, ou les deux.
- Le carnet de santé : était-il apporté par les parents, consulté par le médecin et rempli par le médecin.
- Les allusions à d'autres intervenants de santé pendant la consultation : pédiatre, autre médecin généraliste, médecin de crèche, médecin de PMI, autres spécialistes médicaux, puéricultrice de PMI, sage-femme, autres professionnels de santé, autres.
- Les thèmes abordés par les parents.
- Les thèmes abordés par le médecin.
- Les gestes de l'examen physique.
- Plusieurs horaires : de début et de fin de consultation, de début et de fin de l'examen physique. Ces horaires permettaient de découper la consultation en trois périodes : l'entretien préalable, temps d'échange entre parents et médecin, l'examen physique à partir du moment où le médecin commence à interagir avec l'enfant, ceci pouvant être encore au bureau, et l'entretien de fin de consultation, temps de résultats et d'explications par le médecin.

## ***2.5 Recueil des données***

### **2.5.1 Les internes**

Au cours du semestre d'été 2014 (mai - octobre), les 58 internes de médecine générale en stage chez le praticien de niveau 1, ont été invités à participer à l'étude en tant qu'investigateurs. Cette participation obligatoire leur permettait la validation d'un des objectifs du cursus de 3<sup>ème</sup> cycle : « Initiation à la recherche dans sa discipline ».

Les internes investigateurs étaient en situation naturelle d'observation des consultations conduites par leur maître de stage pendant les premiers mois de leur stage. Afin de les former à ce rôle d'investigateur, et à remplir les grilles de recueil des données, une journée de formation a eu lieu le jeudi 22 mai 2014 et a réuni 55 des 58 internes.

La récupération des grilles de recueil s'est faite par envoi postal, entre mai et octobre 2014. Les internes étaient contactés par SMS ou par messagerie électronique pour les différentes relances effectuées, ainsi que pour répondre aux questions posées.

### **2.5.2 Les maitres de stage**

Un courrier électronique a été envoyé aux 174 maîtres de stage de Loire-Atlantique et de Vendée, afin d'une part de les informer du déroulement et du thème de cette enquête et d'autre part, afin de solliciter leur accord. Nous leur avons demandé de ne pas prendre connaissance du détail de la grille de recueil remplie par leur interne.

### **2.5.3 Les patients**

Le critère d'inclusion des nourrissons était tout enfant âgé de 0 à 25 mois, pour toute consultation de médecine générale, de suivi ou d'urgence, accompagnés par un parent parlant français. Le critère de non inclusion était l'accompagnement par une autre personne qu'un de ses deux parents (nourrice, grands-parents...).

La présence de l'interne en consultation est soumise systématiquement à l'accord du patient. Il était demandé oralement à la patiente son accord pour un recueil de données anonymes.

## ***2.6 Analyse des données***

### **2.6.1 Logiciel**

Il s'agissait d'un travail de statistique descriptive.

Les données ont été saisies dans le logiciel Modalisa©. Les statistiques ont été traitées par les tests du Chi-deux, du V de Cramer, du PEM (pourcentage d'écart maximum). Ces tests sont utilisés pour analyser des statistiques bi variées, pour mesurer les liens entre les variables observées, afin de nous rendre compte des tendances.

- Test du chi-deux : le Chi-deux est approprié pour tester la validité des différences des distributions parmi des groupes indépendants. Pour chaque tri croisé, le logiciel Modalisa affiche en bas du tableau les résultats des tests du Khi2 : Khi2, nombre de degrés de liberté (ddl) et de la valeur de p avec 3 décimales ( $0 \leq p \leq 1$ ). Une valeur de  $p < 0.05$  est considérée comme significative.
- V de Cramer : le V de Cramer décrit la force d'une association dans un échantillon. Sa valeur varie entre 0.0, ce qui décrit une complète indépendance, et 1.0 qui représente une complète dépendance entre les données
- PEM : C'est un indicateur d'écart à l'indépendance, se présentant sous la forme d'un pourcentage. Cet indice complémentaire a l'avantage d'être peu sensible aux variations d'effectifs. Le PEM est calculé à deux niveaux : local (chaque case du tableau) et global.
  - o PEM local : Pour une case d'un tableau de tri croisé, le PEM permet d'estimer la force de l'attraction entre deux modalités : plus la valeur du PEM est proche de 100%, plus l'attraction entre modalités est forte. Le PEM local permet de retenir les tris croisés pertinents selon qu'ils possèdent ou non au moins une case présentant un PEM local significatif.
  - o PEM global : Le pourcentage du PEM global sert d'indice pour estimer la force de la liaison entre deux variables, au même titre que le Khi2 total. Si le PEM global est nul, on est dans le cas d'une indépendance entre les deux variables. Quand il existe une corrélation entre deux variables, la case du tableau apparaît en vert, d'intensité plus ou moins importante en fonction de la force du lien. De même, en cas de répulsion la case apparaît bleue.

## 2.6.2 Présentation des résultats

Il s'agissait d'un travail exploratoire descriptif et explicatif qui cherchait à comprendre les différentes modalités des consultations de nourrissons en médecine générale. Plus que de prouver des liens entre différentes variables, ce travail tentait de comprendre les significations de ces liens. Pour faciliter la lecture et la compréhension des raisonnements il a été décidé de ne pas reporter au chapitre discussion les commentaires de chaque donnée.

## **3 RESULTATS**

Entre le 22 mai 2014 et le 31 août 2014, 222 consultations de nourrissons ont été observées, réalisées par 80 médecins généralistes différents et recueillies par 35 internes en médecine générale.

### ***3.1 Description de l'échantillon des médecins***

#### **3.1.1 Caractéristiques générales**

L'âge moyen des médecins était de 50 ans et 6 mois, avec une dispersion de 32 à 67 ans (figure 1).

56% des médecins observés étaient des hommes.

Avant 45 ans le pourcentage de femme était de 65% (figure 2).

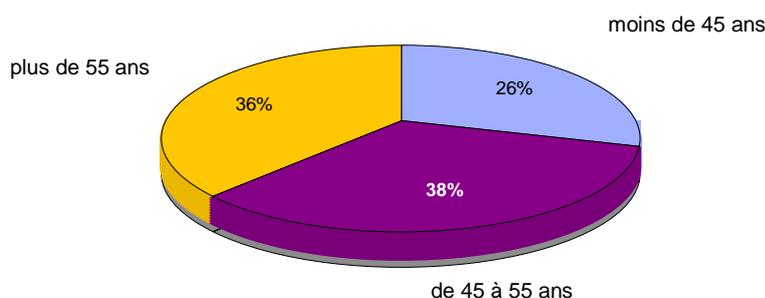


Figure 1-répartition des médecins par classes d'âge

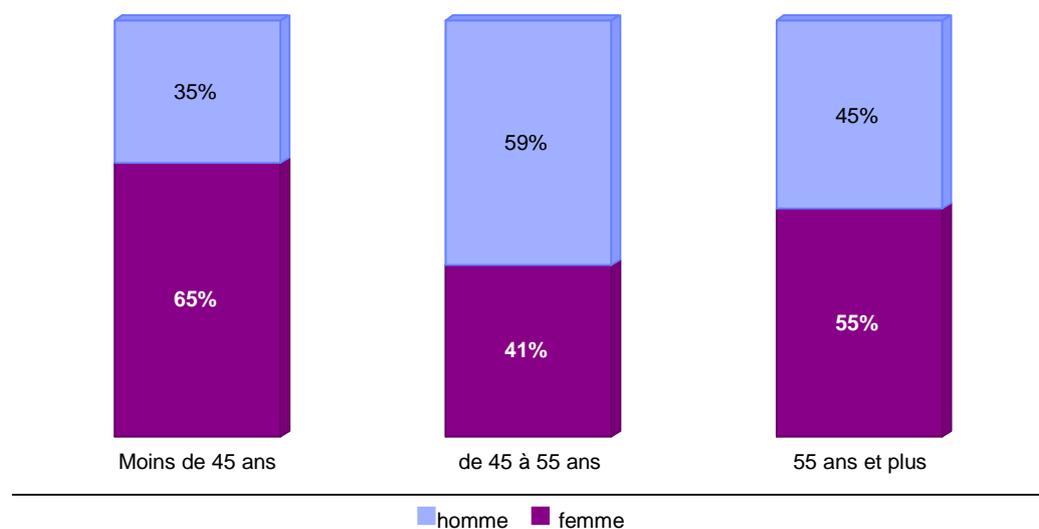


Figure 2 – Répartition du sexe du médecin en fonction de l'âge.

Les médecins avaient tous passé leur thèse entre 1973 et 2010. En moyenne ils étaient installés depuis 16 ans dans leur cabinet actuel, de quelques mois à 35 ans.

Le médecin observé était le médecin traitant de la mère dans 82% des consultations (8% de non réponse), du père dans 41% des consultations (23% de non réponse) et du nourrisson (médecin habituellement vu) dans 86% des consultations (4 % de non réponse). Le médecin consulté semble plutôt choisi par la mère pour suivre l'enfant.

Mode d'expression : 82% de vouvoiement entre médecin et patient, 11% de tutoiement par le médecin, 5% de tutoiement réciproque (3% de non réponse) (figure 3).

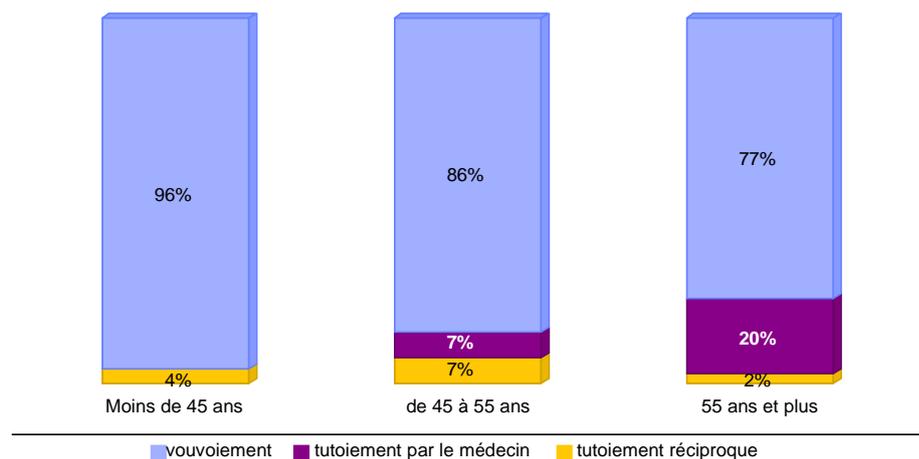


Figure 3 – expression du médecin en fonction de l'âge du médecin

### 3.1.2 Place des DU/DIU

46% des médecins observés étaient détenteurs d'un ou de plusieurs DU ou DIU. 53% des hommes et 37% des médecins femmes avaient un DU ou DIU. 95% des médecins de moins de 45 ans n'avaient passé aucun DU ou DIU, alors que 50% des médecins de 45 à 55 ans et 50% des médecins de 55 ans ou plus avaient au moins un DU ou DIU (tableaux 1 et 2).

10% des médecins, soit 8 médecins, détenaient le DIU de Santé de l'enfant. Plus de médecins femmes bénéficiaient de ce DIU Santé de l'enfant, pouvant montrer un tropisme particulier des femmes pour la pédiatrie.

DU/DI obtenus Age du médecin	Santé de l'enfant	Autre DU/DIU	Aucun	Total
Moins de 45 ans	0	5	95	100
45 à 55 ans	15	50	35	100
55 ans et plus	24	50	26	100
<b>Total</b>	16	40	45	100

Tableau : % Lignes.  $\chi^2=60,5$   $ddl=4$   $p=0,001$  (Très significatif)  $V$  de Cramer=0,402

Tableau 1 : DU/DIU obtenus en fonction de l'âge du médecin.

<b>DU/DIU obtenus</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquence totale</b>	<b>Fréquence de femmes</b>
Non réponse	11		
Aucun	32	40%	51%
Médecine du sport	12	15%	5%
Santé de l'enfant	8	10%	14%
Nutrition	6	8%	11%
Gynécologie	4	5%	11%
Médecine tropicale	4	5%	3%
Autre	4	5%	0
Médecine gériatrique	3	4%	0
Urgences	3	4%	0
Acupuncture	2	3%	3%
Addictologie	1	1%	0
Ostéopathie	1	1%	3%
Éducation thérapeutique	1	1%	3%
Soins palliatifs	1	1%	0
Total / répondants	80	103%	106%

*Interrogés : 80 / Répondants : 69 / Réponses : 82. Pourcentages calculés sur la base des interrogés.*  
**Tableau 2 - DU/DIU obtenus**

On note sur ce tableau que le pourcentage total est de 103% pour tous les médecins et 106% pour les femmes car certains étaient détenteurs de plusieurs DU ou DIU.

### 3.1.3 Autre activité professionnelle

45% de tous les médecins observés, et 35% des médecins femmes, exerçaient une ou plusieurs activités autres que la médecine générale ou que maître de stage, le plus souvent en EHPAD. Aucun médecin n'exerçait en PMI. 2 médecins exerçaient en crèche, un homme et une femme.

Les médecins femmes coordinatrices en EHPAD étaient nettement moins représentées que les hommes. Elles étaient 9% dans la population observée contre 20% de médecins hommes (tableau 3).

<b>Autre exercice</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquence totale</b>	<b>Fréquence des femmes</b>
Non réponse	4		
Aucun	40	50%	57%
EHPAD	16	20%	9%
Planning familial	4	5%	9%
Expertise/assurance	3	4%	3%
Handicap	3	4%	6%
Autre	2	2%	3%
Addictologie/réseau toxicomanie	2	2%	0
Médecin de crèche	2	2%	6%
Régulation SAMU	2	2%	3%
SOS médecin	1	1%	0
Médecine du sport	1	1%	0
Cancérologie	1	1%	0
PASS	1	1%	0
Hospitalier	1	1%	0
Médecin pompier	1	1%	0
Commission permis de conduire	1	1%	3%
DMG	1	1%	0
Total / répondants	76		94%

*Interrogés : 80 / Répondants : 76 / Réponses : 82. Pourcentages calculés sur la base des répondants*

**Tableau 3 – Autre exercice des médecins**

## ***3.2 Description des cabinets médicaux***

### ***3.2.1 Zones d'exercice***

Pour évaluer les zones d'exercice des médecins observés nous avons suivi la définition de l'INSEE des pôles ruraux et urbains [20] :

- *Le pôle urbain* est une unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne d'un autre pôle urbain.

- *La couronne* d'un pôle urbain recouvre l'ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain. Ce sont des communes ou unités urbaines, dont au moins 40 % des actifs résidents travaillent dans le pôle ou dans les communes attirées par celui-ci.

- *Les pôles ruraux* sont composés des communes (ou unités urbaines) n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine et comptant 1 500 emplois ou plus.

Les cabinets médicaux des médecins observés se situaient pour 15% en milieu rural, pour 24% dans des couronnes de pôles urbains, et 55% dans un pôle urbain, de différentes tailles (5% de non réponse).

### 3.2.2 Mode d'exercice

71% des médecins observés exerçaient dans des cabinets de groupe, 19% dans des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), et 10% exerçaient seuls (figure 4, tableau 4).

Les médecins en cabinet de groupe étaient surtout des hommes, dans un peu plus de la moitié des cas. Les trois tranches d'âge des médecins étaient à peu près bien réparties. Ces cabinets de groupe se situaient dans 65% des cas dans un pôle urbain. La proportion de cabinets de groupe était significativement moins représentée en milieu rural. Les médecins femmes exerçaient pour 77% en cabinet de groupe.

Les médecins exerçant au sein de maisons de santé pluridisciplinaires étaient des hommes dans 60% des cas, avaient entre 45 et 55 ans dans la moitié des cas et exerçaient dans 60% des cas dans un pôle urbain.

Les médecins exerçant seuls étaient des hommes dans 75% des cas, de plus de 55 ans dans 43% des cas. Ils étaient significativement plus représentés en milieu rural, et moins en milieu urbain.

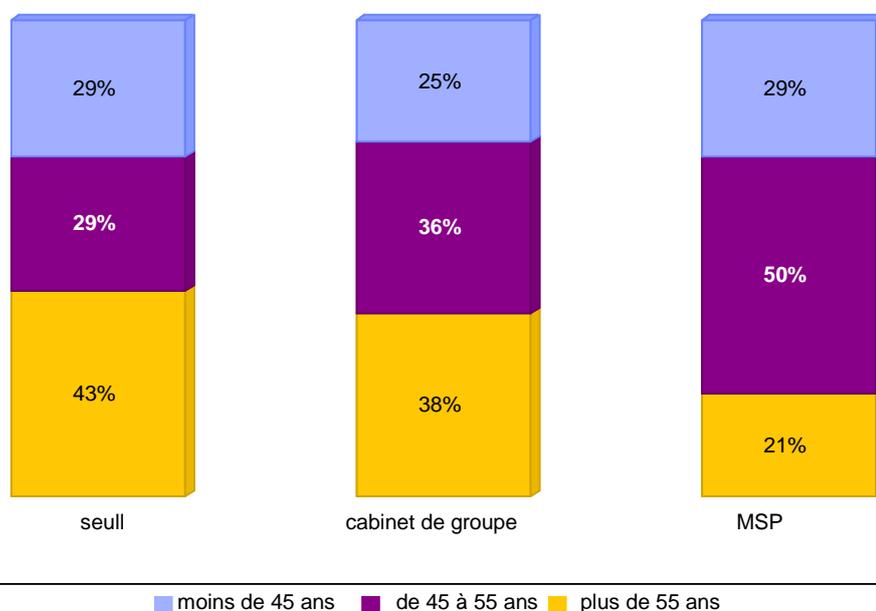


Figure 4 – mode d'exercice des médecins en fonction de leur âge

Zone d'exercice \ Mode d'exercice	Rurale	Couronne urbaine	Pôle urbain	Total
Seul	63	25	13	100
Cabinets de groupe	12	23	65	100
MSP	20	20	60	100
<b>Total</b>	19	23	59	100

Tableau : % Lignes.  $\chi^2=8,59$   $ddl=4$   $p=0,071$  (Val. théoriques  $< 5 = 5$ )  $V$  de Cramer=0,232

Tableau 4 – mode d'exercice du médecin en fonction de sa zone d'exercice

### 3.2.3 Proximité du cabinet

Dans 21% des cas le cabinet était situé à moins d'1 km du domicile familial, dans 41% des cas entre 1 et 5 km, dans 35% des cas à plus de 5 km (3% de non réponse).

### 3.2.4 Zone dédiée à l'examen du nourrisson :

19% des médecins généralistes observés avaient une zone dédiée à l'examen du nourrisson (5% de non réponse). 75% des médecins ayant cette zone dédiée étaient des hommes. Il n'y avait pas de différence d'âge chez les médecins ayant cette zone d'examen. Parmi les médecins ayant le DIU santé de l'enfant 25% seulement avaient un endroit spécifique pour l'examen du nourrisson.

## 3.3 *Description des patients*

### 3.3.1 Le nourrisson

#### 3.3.1.1 *Âge du nourrisson*

L'âge moyen de l'enfant était de 10 mois, allant de quelques jours à 24 mois (figure 5). La prédominance des nourrissons de moins d'un an est explicable par le rythme des consultations conseillé : 9 examens prévus la première année, sans compter le rappel vaccinal prévu à 11 mois, et seulement 3 consultations conseillées la deuxième année.

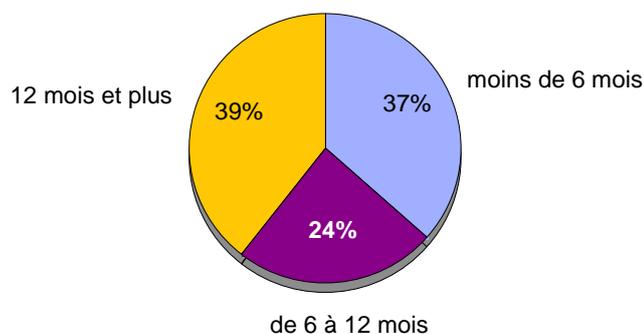


Figure 5 – répartition des nourrissons selon leur âge en mois.

#### 3.3.1.2 *Mode de garde*

Dans 55% des cas, l'enfant était gardé par les parents ou la famille, dans 10% des cas à la crèche et 38% avaient une nourrice, bénéficiant parfois de plusieurs modes de garde.

86% des parents sans activité professionnelle gardaient leur enfant, 11% d'entre eux avaient recours à la crèche, et 4% à une assistante maternelle.

### 3.3.1.3 Rang dans la fratrie

Le nourrisson vu en consultation était le 1<sup>er</sup> enfant du couple dans 47% des cas, le 2<sup>ème</sup> dans 37% des cas, le 3<sup>ème</sup> dans 13% des cas, le 4<sup>ème</sup> ou le 5<sup>ème</sup> de façon anecdotique.

## 3.3.2 Les parents accompagnants

### 3.3.2.1 Age

L'âge moyen du parent accompagnant était 30 ans  $\frac{1}{2}$ , allant de 16 à 42 ans (figure 6). L'âge moyen des mères dans cette étude était similaire, 30 ans  $\frac{1}{2}$ . L'âge moyen du père, calculé sur un petit effectif (21 pères seuls), différait : 32 ans  $\frac{3}{4}$ .

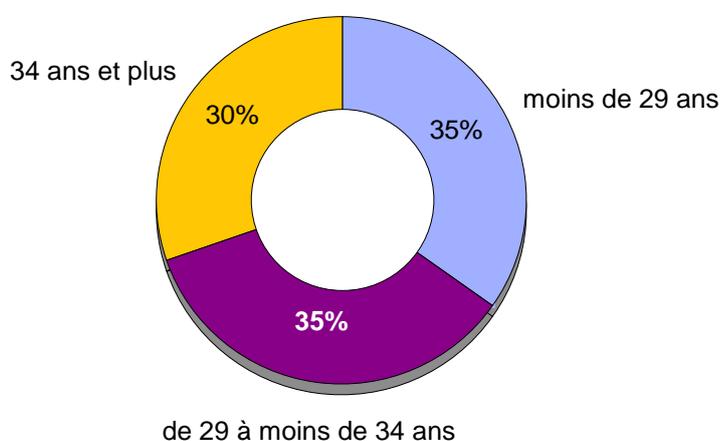


Figure 6 – répartition de l'âge du parent accompagnant.

### 3.3.2.2 Situation familiale

Concernant leur situation familiale, 96% des parents étaient en couple, et 4% étaient des parents isolés. Les parents isolés étaient toutes des mères, les mères étant le principal parent accompagnant.

### 3.3.2.3 Couverture sociale

89% des familles avaient une couverture sociale par la CPAM, MSA ou RSI, et 8% bénéficiaient de la CMU, de l'AME ou d'aucune couverture sociale, soit 18 consultations (3% de non réponse).

### 3.3.2.4 Emploi

68% des accompagnants avaient un emploi, 45% un emploi à temps plein et 13% à temps partiel. 18% étaient sans emploi (chômage, sans activité professionnelle, étudiants), et 13% étaient en congé maternité ou parental sans que nous n'ayons d'indication sur leur activité professionnelle (tableau 5).

Parent accompagnant	Père	Mère
<b>Employé à temps plein</b>	95	39
<b>Employé à temps partiel</b>	0	28
<b>Chômage</b>	5	7
<b>Sans activité professionnelle</b>	0	10
<b>Étudiant</b>	0	1
<b>Congé maternité</b>	0	5
<b>Congé parental</b>	0	9
<b>Total</b>	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=22,7$  ddl=6  $p=0,001$  (Val. théoriques < 5 = 6)  $V$  de Cramer=0,331

Tableau 5 – emploi du parent en fonction du sexe

Dans ce tableau les pères sont ceux accompagnant seuls leur nourrisson, puisque quand les deux parents accompagnaient l'enfant, le profil de la mère était choisi par défaut. Parmi les 21 pères accompagnants seuls leur nourrisson, 95% avaient un emploi à temps plein, jamais à temps partiel. Un seul père (soit 5%) est au chômage.

Les mères avaient un emploi dans 67% des cas, sans que cela soit représentatif car les mères en congé maternel ou parental pouvaient aussi avoir un emploi sans que l'information n'ait été donnée. Elles étaient à temps plein dans 39% des cas, et restaient sous représentées dans cette catégorie par rapport aux pères. Les mères n'avaient pas d'activité dans 10% des cas, et étaient en congé maternel ou parental dans 14% des cas.

### 3.3.2.5 Catégorie socioprofessionnelle (CSP)

Concernant les catégories socioprofessionnelles des parents accompagnants, les plus représentées étaient les employés, les professions intermédiaires et autres personnes sans activité professionnelle. Aucun agriculteur ou retraité ne faisait partie de l'étude (tableau 6).

CSP	Effectifs	Fréquence	France 2013 [21]	Femmes 2013 [21]
Non réponse	86	39%		
Employés	53	24%	16%	23,5%
Professions intermédiaires	32	14%	13,5%	13,2%
Autres personnes sans activité professionnelle	24	11%	12,6%	14,5%
Cadres et professions intellectuelles	11	5%	9,3%	7,1%
Artisans commerçants et chefs d'entreprise	8	4%	3,3%	1,8%
Ouvriers	8	4%	12,3%	4,7%
Agriculteurs	0	0		
Retraités	0	0		
Total	222	100%		

Tableau 6 – catégories socio-professionnelles des parents accompagnants.

Nous avons ensuite arbitrairement regroupé les classes : ouvriers et employés, représentaient la « classe populaire », part plus modeste de la population, s’opposant aux professions intermédiaires, reflet d’une « classe moyenne », et cadres et professions intellectuelles, ou « classe aisée ». Il n’était pas possible de classer les artisans commerçants et chefs d’entreprise qui pouvaient appartenir à la « classe moyenne » ou « populaire » [22] (figure 7).

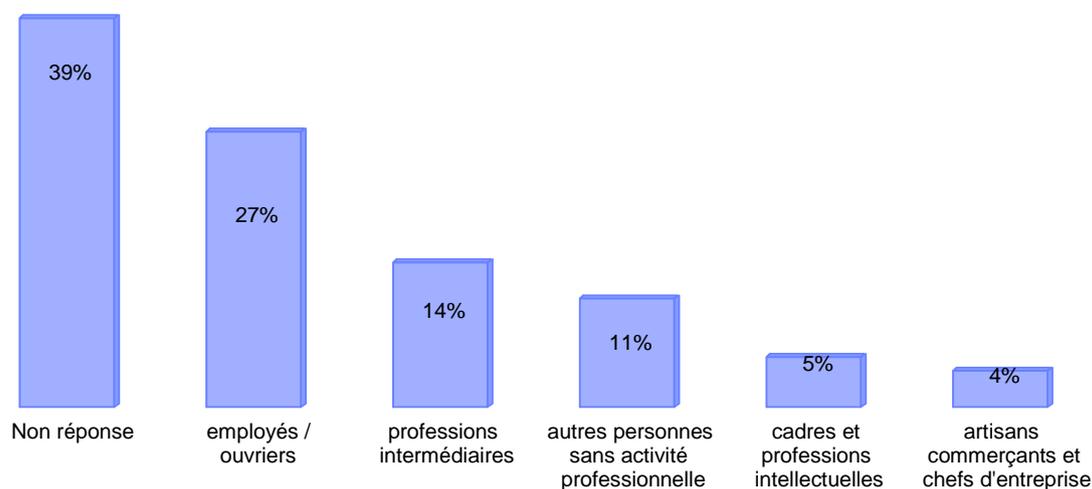


Figure 7 – répartition des parents regroupés selon leur CSP.

### 3.3.2.6 Secteur d’activité

Les secteurs d’activité des parents accompagnants étaient divers. 12% travaillaient dans le secteur sanitaire, 28% dans le commerce, les deux catégories les plus représentées. Il y avait beaucoup de non réponse, 48%, l’information n’étant pas toujours spécifiée dans le dossier médical ou recherchée par l’interne observant la consultation (figure 8).

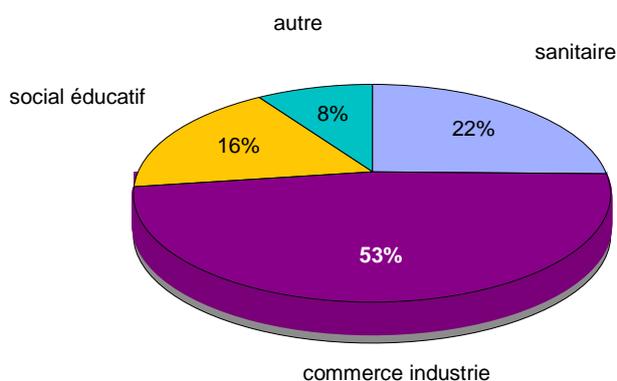


Figure 8 – répartition des parents accompagnants selon leur secteur d’activité.

### 3.3.2.7 Parent accompagnant

Le parent accompagnant le nourrisson était la mère seule dans 85% des cas, le père seul dans 10% des consultations, et les deux parents dans 5% des cas. L'interlocuteur principal était donc la mère, qui était présente dans 90% des consultations, et le père dans 15% des cas (tableau 7).

Le parent accompagnant était toujours plus la mère, quel que soit l'âge du nourrisson. Mais les pères étaient plus représentés quand l'enfant avait plus d'un an. En effet, le père accompagnait seul dans 15% des consultations après 12 mois, contre dans 5% des consultations avant 6 mois. Entre 6 et 12 mois la proportion de parents venant ensemble était de 11%, plus importante que dans les autres tranches d'âge.

Âge nourrisson / Parent accompagnant	Moins de 6 mois	6 à 12 mois	12 mois et plus	Total
Père	5	8	15	10
Mère	91	81	82	85
Les deux	4	11	3	5
Total	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=7,89$   $ddl=4$   $p=0,094$  (Val. théoriques  $< 5 = 3$ )  $V$  de Cramer=0,134  
Tableau 7 – parent accompagnant en fonction de l'âge du nourrisson.

Le parent accompagnant variait aussi avec le motif de consultation (tableau 8), mais quel qu'il soit, la mère était toujours l'accompagnant principal. Elles étaient significativement sur représentées en cas de consultation programmée, puisqu'elles venaient seules dans près de 90% des cas. Les pères étaient significativement plus représentés en cas de consultation non programmée, où ils étaient seuls dans 14% des cas, contre 5% en cas de consultation programmée. On note que les pères venaient seuls dans 22% des consultations en cas de double motif de consultation, mais cette proportion n'est pas interprétable, car l'échantillon des consultations à double motif est très faible (4% des consultations).

Motif de consultation / Parent accompagnant	Programmé	Non programmé	Les deux	Total
Père	5	14	22	9
Mère	89	80	67	85
Les deux	5	6	11	6
Total	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=5,40$   $ddl=4$   $p=0,248$  (Val. théoriques  $< 5 = 3$ )  $V$  de Cramer=0,11  
Tableau 8 – parent accompagnant en fonction du motif de consultation.

Les pères étaient peu nombreux à accompagner seuls leur enfant. Ces derniers travaillaient à temps plein dans 95% des cas, un seul père était au chômage (tableau 5). Les pères de la « classe populaire » étaient plus représentés : 33%, ainsi que la « classe aisée », où ils étaient 10%. Les pères du secteur commerce/industrie étaient plus nombreux que dans la population générale (57% contre 28%). Aucun ne travaillait dans le secteur sanitaire et social.

L'étude des professions des pères accompagnant seuls leur nourrisson montre que, si l'on se trouve sans doute devant des hommes de différentes catégories sociales, la plupart d'entre eux, lorsque l'emploi est mentionné, occupaient des emplois avec des horaires irréguliers ou adaptables : chauffeur routier (2), enseignant, commercial, menuisier (artisan ?), entrepreneur sur les marchés, pompier. Bien que travaillant à temps plein pour la quasi-totalité d'entre eux, ces quelques données nous orientent plutôt vers des pères disposant d'une relative maîtrise de leur temps, leur permettant de se libérer pour les consultations programmées, ou dont l'irrégularité des horaires a permis d'être présent lors d'une symptomatologie aigue.

### 3.4 Description de la consultation

#### 3.4.1 Carnet de santé

Dans 94% il était apporté par les parents. S'il était apporté il était consulté par le médecin dans 95% des cas, et rempli dans 94% des cas.

Le carnet de santé était plus souvent oublié en cas de consultation non programmée, dans 12% des cas contre 2% des consultations programmées (tableau 9).

Les pères étaient plus représentés dans les 6% de consultations où le carnet avait été oublié (tableau 10). En effet, le père avait oublié de carnet de santé dans 24% des consultations, contre 5% d'oublis par la mère.

Or nous avons vu que la proportion des pères était plus importante en cas de consultation aigue. Si l'on s'affranchit de ce lien, on retrouve qu'en consultation programmée, les 7 pères accompagnant seul leur enfant avaient tous apporté le carnet, soit 100%.

<b>Motif de consultation</b>	<b>Programmé</b>	<b>Non programmé</b>	<b>Les deux</b>	<b>Total</b>
<b>CDS apporté</b>				
<b>Oui</b>	98	88	89	94
<b>Non</b>	2	12	11	6
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=7,80$  ddl=2  $p=0,02$  (Val. théoriques < 5 = 1)  $V$  de Cramer=0,187

Tableau 9 – apport du carnet de santé en fonction du motif de consultation

<b>Parent accompagnant</b>	<b>Père</b>	<b>Mère</b>	<b>Les deux</b>	<b>Total</b>
<b>CDS apporté</b>				
<b>Oui</b>	76	95	100	94
<b>Non</b>	24	5		6
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=7,29$  ddl=2  $p=0,026$  (Val. théoriques < 5 = 2)  $V$  de Cramer=0,181

Tableau 10 – apport du carnet de santé en fonction du parent accompagnant

### 3.4.2 Motif de consultation

Les consultations des nourrissons étaient réparties selon leur motif (figure 9) :

- les consultations « programmées » concernaient les consultations obligatoires du suivi du nourrisson, certificats de santé, prévention, surveillance, vaccinations, etc...
- les consultations « non programmées », concernaient des pathologies ou symptômes.

Les consultations des nourrissons étaient programmées dans 58% des cas.

Dans notre étude, on remarque que les parents consultaient pour les deux motifs de consultation à la fois dans seulement 4% des cas (9 consultations) (les parents de ces consultations étaient sous le régime général, et aucune de ces familles ne bénéficiait de la CMU).

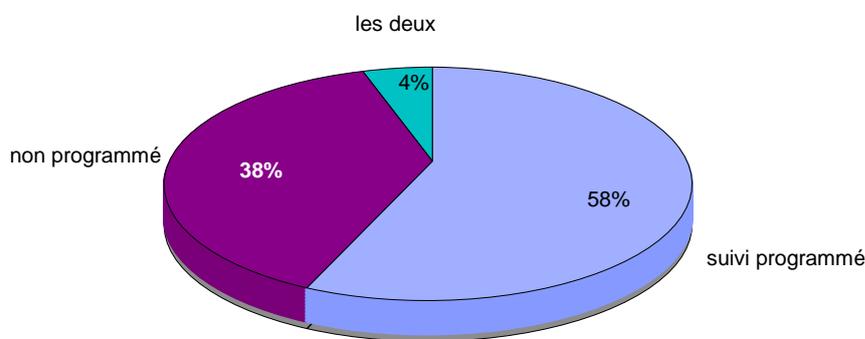


Figure 9 – répartition des motifs de consultation

Pour les nourrissons consultant de façon non programmée, pour une pathologie ou un symptôme, les domaines représentés étaient variés (figure 10).

30. Pathologie symptôme

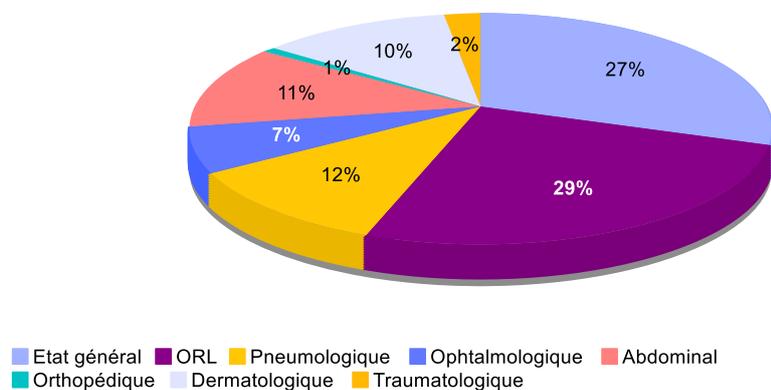


Figure 10 : répartition des consultations non programmées

Le motif de consultation variait avec l'âge de l'enfant (tableau 11).

Les nourrissons de moins de 6 mois étaient significativement plus représentés que les autres tranches d'âge dans les consultations programmées, et moins dans les consultations non programmées, probablement car une consultation mensuelle est conseillée aux parents à cet âge et qu'ils sont protégés des pathologies virales par les anticorps maternels.

Après 12 mois les nourrissons étaient significativement plus vus dans un cadre aigu puisqu'ils consultaient de façon non programmée dans 59% des cas.

Age nourrisson \ Motif consultation	Moins de 6 mois	6 à 12 mois	12 mois et plus	Total
<b>Programmé</b>	80	57	37	58
<b>Non programmé</b>	20	33	59	38
<b>Les deux</b>	0	9	5	4
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=35,5$  ddl=4  $p=0,001$  (Val. théoriques < 5 = 3) V de Cramer=0,283

Tableau 11 – motif de consultation selon l'âge de l'enfant

Le motif de consultation variait avec la catégorie socioprofessionnelle du parent accompagnant (tableau 12). La « classe moyenne » (professions intermédiaires), était sur représentée dans les consultations programmées, et moins dans les consultations non programmées. Dans 78% des cas les parents appartenant à cette classe consultaient dans le cadre du suivi, contre 43% dans la catégorie des employés/ouvriers.

CSP \ Motif consultation	NR	Artisans commerçants chefs entreprise	cadres prof <sup>o</sup> intel-lectuelles	prof <sup>o</sup> inter-médiaire s	employés /ouvriers	sans activité	Total
<b>programmé</b>	53	50	55	78	54	60	58
<b>non programmé</b>	42	38	36	19	43	40	38
<b>les deux</b>	5	13	9	3	3	0	4
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=7,11$  ddl=10  $p=0,716$  (Val. théoriques < 5 = 9) V de Cramer=0,126

Tableau 12 – motif de consultation en fonction de la CSP du parent accompagnant

Le motif de consultation variait aussi selon la couverture sociale de la famille. Les bénéficiaires de la CMU ou AME étaient significativement surreprésentés dans les consultations non programmées par rapport à la population générale, et moins représentés dans les consultations programmées. Ils consultaient pour une pathologie ou un symptôme dans 61% des cas, contre 37% pour les bénéficiaires de la CPAM, RSI ou MSA (tableau 13).

<b>Couverture sociale</b> <b>Motif consultation</b>	<b>CPAM/RSI/ MSA</b>	<b>CMU/AME /aucune</b>	<b>Total</b>
<b>programmé</b>	59	39	57
<b>non programmé</b>	37	61	39
<b>les deux</b>	5	0	4
<b>Total</b>	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=3,94$   $ddl=2$   $p=0,137$  (Val. théoriques  $< 5 = 1$ )  $V$  de Cramer=0,135  
 Tableau 13 – motif de consultation en fonction de la couverture sociale de la famille.

Le motif de consultation ne variait pas avec les caractéristiques du médecin. Les médecins exerçant en milieu rural voyaient les mêmes proportions de consultations programmées et non programmées que dans les pôles urbains et couronnes urbaines.

### 3.4.3 Thèmes abordés pendant la consultation

#### 3.4.3.1 *Thèmes abordés par les parents*

##### 3.4.3.1.1 En général

En moyenne les parents ont abordé 3 thèmes pendant les consultations, 12 au maximum (tableau 14, figure 11).

<b>Thèmes abordés par les parents</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Fréquence</b>
Pathologie-symptômes	150	69%
Alimentation	93	43%
Prévention-vitamines	52	24%
Transit	52	24%
Comportement-affect	50	23%
Famille : atcdts-vécu	42	19%
Thérapeutique-examens	38	17%
Sommeil	31	14%
Autres professionnels de santé	26	12%
Développement somatique	27	12%
Développement psychomoteur	24	11%
Dentition	21	10%
Suivi	18	8%
Antécédents	15	7%
Environnement : famille, garde	14	6%
Autre	11	5%
État général	5	2%
Administratif	7	3%
Aucun	2	1%
Propreté	1	
<b>Total / répondants</b>	<b>218</b>	<b>311%</b>

Consultations : 222 / Renseignées : 218 / Réponses : 679

Tableau 14 – Thèmes abordés par les parents du plus au moins fréquent.

Les différents thèmes abordés étaient ensuite regroupés en plusieurs classes :

- Développement de l'enfant : alimentation, sommeil, transit, développement psychomoteur, dentition, propreté, comportement/affect, développement somatique, état général, antécédents personnels
- Prévention : vaccins, vitamines, rythme du suivi
- Coopérations interprofessionnelles : autre praticien évoqué, et administratif (carnet de santé, courrier...)
- Environnement, famille : environnement familial, garde, vécu, antécédents familiaux
- Pathologie ou symptôme regroupé avec les examens et thérapeutiques

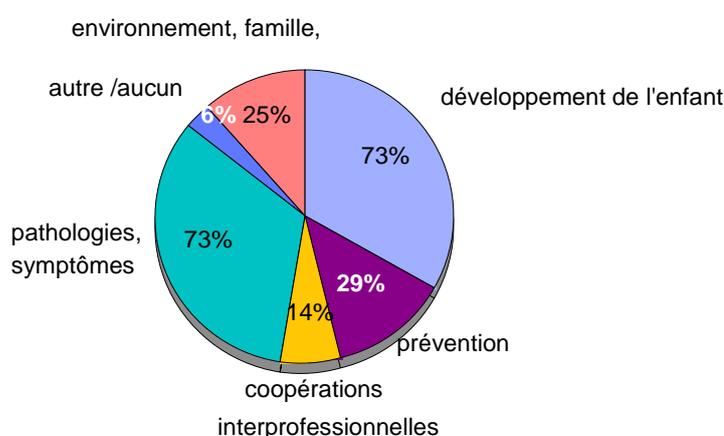


Figure 11 – répartition des thèmes abordés par les parents en consultation.

#### 3.4.3.1.2 Selon le motif de consultation

Le nombre de thèmes abordés par les parents variait peu avec le motif de consultation. En cas de consultation programmée les parents abordaient 3,2 thèmes, et 2,9 en consultation non programmée.

Par contre, les thèmes changeaient selon le motif de consultation. Dans le cadre du suivi, les thèmes abordés par les parents étaient surtout le développement de l'enfant ainsi que la prévention. Dans 20% des consultations programmées, les parents n'abordaient pas le développement du nourrisson, ils n'y abordaient la prévention que dans un tiers des cas. Même dans les consultations programmées, les parents parlaient de symptômes ou pathologies de leur nourrisson dans plus de la moitié des consultations, soit plus que de prévention.

Dans les consultations non programmées les thèmes les plus évoqués étaient évidemment les pathologies et symptômes. Le développement de l'enfant était abordé dans une moindre mesure : 63%, et la prévention dans 13% des cas. Les autres thèmes étaient évoqués autant qu'en cas de consultation programmée (tableau 15).

<b>Thèmes abordés par les parents</b>	<b>Programmé</b>	<b>Non programmé</b>
Développement de l'enfant	80%	62%
Prévention	38%	13%
Coopérations interprofessionnelles	14%	13%
Pathologie symptômes	56%	96%
Environnement famille	29%	20%
Autre/aucun	5%	7%
Total répondants	222	212

Tableau 15 – thèmes abordés par les parents en fonction du motif de consultation.

### *3.4.3.1.3 Selon l'âge du nourrisson*

Le nombre de thèmes abordés par les parents changeait plus avec l'âge du nourrisson. A moins de 6 mois, le nombre de thèmes abordés par les parents était 3,5, et de 2,5 après 12 mois.

Les thèmes abordés changeaient aussi avec l'âge. Avant 6 mois, ils étaient quasiment identiques qu'en cas de consultation programmée, ce qui est logique puisqu'à moins de 6 mois les nourrissons consultaient plus dans ce cadre. Le développement était abordé dans 85% des consultations, la prévention dans 35% des cas. Après 12 mois, les thèmes abordés étaient sensiblement les mêmes qu'en cas de consultation non programmée, car à cet âge les nourrissons étaient plus vus dans ce cadre (tableau 16).

Les autres professionnels de santé étaient plus souvent abordés avant 6 mois, dans 21% des consultations, qu'après 12 mois, dans 8% seulement. Cela peut s'expliquer par le nombre d'intervenants plus important en post natal immédiat : PMI, sage-femme, pédiatre.

<b>Thèmes abordés par les parents</b>	<b>Avant 6 mois</b>	<b>Après 12 mois</b>
Développement de l'enfant	85%	60%
Prévention	35%	25%
Coopérations interprofessionnelles	21%	8%
Pathologie symptômes	60%	79%
Environnement famille	28%	21%
Autre/aucun	5%	9%
Total répondants	235	202

Tableau 16 – thèmes abordés par les parents en fonction de l'âge du nourrisson

### *3.4.3.1.4 Selon le contexte socioprofessionnel des parents*

Ni le sexe ni l'âge du parent accompagnant ne faisaient varier le nombre de thèmes abordés. De même, ni la situation professionnelle, ni la CSP des parents n'influençaient le nombre de thèmes qu'ils abordaient. Les parents travaillant dans le secteur sanitaire abordaient le même nombre de thèmes que les parents des autres secteurs.

### 3.4.3.1.5 Selon la couverture sociale

Les familles bénéficiant de la CMU abordaient 4 thèmes pendant la consultation, soit un thème de plus que les familles du régime général.

Les familles bénéficiant de la CMU étaient significativement moins représentées dans les consultations où moins de thèmes (1 ou 2) étaient abordés par les parents, par rapport aux familles couvertes par la CPAM/RSI/MSA : dans 18% des consultations, contre dans près de 50% des consultations avec les familles couvertes par la CPAM/RSI/MSA (tableau 17, figure 12).

Couverture sociale \ Nb thèmes abordés	CPAM/RSI/MSA	CMU/AME/aucune	Total
1 ou 2	46	18	44
3 ou 4	34	59	36
5 et plus	20	24	20
<b>Total</b>	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=5,53$  ddl=2  $p=0,061$  (Val. théoriques < 5 = 1) V de Cramer=0,162

Tableau 17 – nombre de thèmes abordés par les parents selon leur couverture sociale

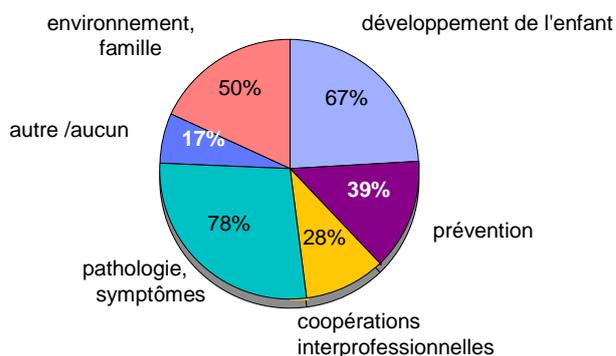


Figure 12 – thèmes abordés par les parents bénéficiant de la CMU.

### 3.4.3.2 Thèmes abordés par le médecin

#### 3.4.3.2.1 En général

En moyenne le médecin parlait plus que les parents puisqu'il abordait 5 thèmes, maximum 14 (tableau 18, figure 13), soit 1 thème ½ de plus que les. Le développement de l'enfant était presque toujours abordé, dans 92% des consultations (par les parents dans 73% des cas). La prévention était aussi un thème très souvent abordé par les médecins, dans 70% des consultations (30% par les parents). Les autres thèmes étaient abordés autant par les parents que les médecins.

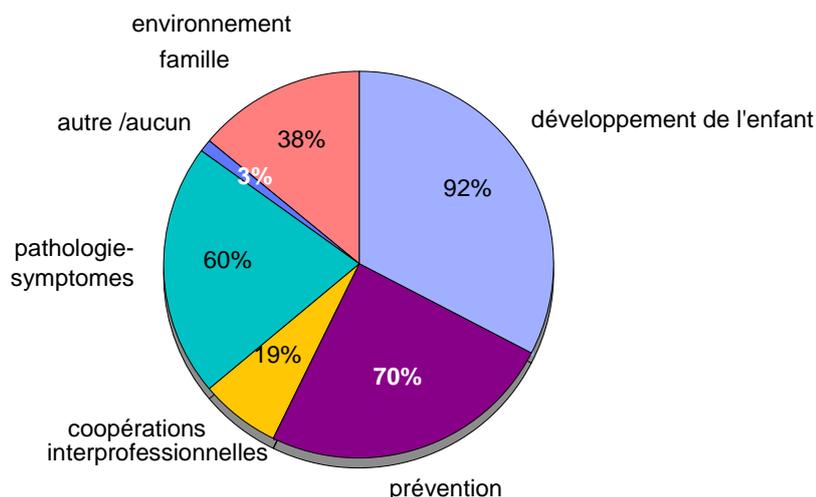


Figure 13 – répartition des thèmes abordés par le médecin en consultation.

Thèmes abordés par le médecin	Effectifs	Fréquence
Alimentation	164	75%
Prévention-vitamines	142	65%
Pathologie-symptômes	108	49%
Sommeil	95	43%
Développement psychomoteur	81	37%
Thérapeutique-examens	77	35%
Transit	75	34%
Famille : atcdts-vécu	60	27%
Développement somatique	57	26%
Antécédents	51	23%
Suivi	47	21%
Environnement : famille, garde	42	19%
Comportement-affect	40	18%
Autres professionnels de santé	31	14%
État général	22	10%
Dentition	16	7%
Administratif	12	5%
Autre	6	3%
Propreté	5	2%
Aucun	1	
Total / répondants	219	519%

Consultations : 222 / Renseignées : 219 / Réponses : 1132

Tableau 18 – thèmes abordés par le médecin du plus au moins fréquent.

#### 3.4.3.2.2 Selon le motif de consultation

En consultation programmée le médecin abordait 5,5 thèmes en moyenne, et 4,5 en consultation non programmée.

Dans une consultation programmée, le développement de l'enfant et la prévention étaient abordés dans presque toutes les consultations. La prévention était abordée par les médecins dans 81% des consultations, et par les parents dans 38% des cas. L'environnement du nourrisson était plus abordé par les médecins que par les parents (38% vs 30%) (tableau 19).

Dans les consultations non programmées, finalement le développement de l'enfant était aussi un thème largement abordé, dans 82% des cas, et la prévention dans la moitié des consultations, ce qui montre que les médecins ne restent pas centrés sur le motif principal et profitent de chaque consultation pour faire le point sur le suivi du nourrisson. Les pathologies et symptômes de l'enfant y étaient logiquement abordés dans presque toutes les consultations.

<b>Thèmes</b>	<b>programmé</b>	<b>Non programmé</b>
Développement de l'enfant	96%	82%
Prévention	81%	49%
Coopérations interprofessionnelles	17%	19%
Pathologie symptômes	40%	86%
Environnement famille	47%	26%
Autre/aucun	4%	2%
Total répondants	284	265

Tableau 19 – thèmes abordés par le médecin en fonction du motif de consultation.

#### *3.4.3.2.3 Selon l'âge du nourrisson*

Comme pour les parents, le nombre de thèmes abordés par le médecin variait avec l'âge du nourrisson, puisqu'il en abordait 5,5 avant 6 mois et 4,5 après 12 mois. Les thèmes abordés étaient différents selon l'âge du nourrisson (tableau 20).

<b>Thèmes abordés par le médecin</b>	<b>Avant 6 mois</b>	<b>Après 12 mois</b>
Développement de l'enfant	99%	82%
Prévention	80%	55%
Coopérations interprofessionnelles	21%	13%
Pathologie symptômes	44%	72%
Environnement famille	48%	31%
Autre/aucun	5%	3%
Total répondants	298	256

Tableau 20 – thèmes abordés par le médecin en fonction de l'âge du nourrisson

Avant 6 mois, les thèmes abordés par le médecin étaient surtout le développement de l'enfant et la prévention, les même qu'en consultation programmée. Après 12 mois les thèmes abordés étaient sensiblement identiques qu'en consultation non programmée puisqu'ils consultaient plus dans ce cadre. Là aussi le développement et la prévention étaient largement abordés.

Thèmes abordés avant 6 mois	Avant 6 mois par le médecin	Avant 6 mois par les parents	Après 12 mois par le médecin	Après 12 mois par les parents
Développement de l'enfant	99%	85%	82%	60%
Prévention	80%	35%	55%	25%
Coopérat° professionnelles	21%	21%	13%	8%
Pathologie symptômes	44%	60%	72%	79%
Environnement famille	48%	28%	31%	21%
Autre/aucun	5%	5%	3%	9%
Total répondants	298	235	256	202

Tableau 21 – thèmes abordés par les médecins et les parents avant et après 6 mois.

#### 3.4.3.2.4 Selon les caractéristiques du médecin

Les médecins femmes abordaient plus de thèmes que les hommes en consultation : 5,5 et les hommes un peu moins de 5. Il y avait plus de médecins femmes dans les consultations où beaucoup de thèmes étaient abordés par les médecins (7 ou plus).

Les médecins de moins de 45 ans abordaient 6 thèmes en moyenne, alors que les médecins de plus de 45 ans (45-55 ans, et plus de 55 ans), en abordaient 5. Les médecins de moins de 45ans étaient significativement surreprésentés dans la catégorie des consultations où le médecin abordait 7 thèmes ou plus, et les médecins de 45 à 55 ans y étaient sous-représentés. Dans 42% des cas, les médecins de moins de 45 ans abordaient 7 thèmes ou plus, contre 18% des consultations des médecins de 45 à 55 ans et 27% des médecins de plus de 55 ans (tableau 22).

Age médecin	Moins de 45 ans	de 45 à 55 ans	55 ans et plus	Total
<b>Nb thèmes médecin</b>				
<b>0 à 3</b>	20	22	29	25
<b>de 4 à 6</b>	38	60	44	47
<b>7 et plus</b>	42	18	27	29
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=10,4$   $ddl=4$   $p=0,033$  (Significatif)  $V$  de Cramer=0,162

Tableau 22 – nombre de thèmes abordés par le médecin selon l'âge du médecin.

Le fait d'être détenteur d'un DU ou DIU ne faisait pas varier le nombre de thèmes abordés. Les médecins détenteurs d'un DU ou DIU, notamment celui de santé de l'enfant, n'abordaient pas plus de thèmes en consultation.

#### 3.4.3.2.5 Selon le contexte socioprofessionnel des parents

Le sexe de l'adulte accompagnant ne faisait pas varier le nombre de thèmes abordé par le médecin. Par contre, la situation professionnelle du parent accompagnant influençait le nombre de thèmes abordés par le médecin. On retrouve plus de parents (uniquement des mères) en congé parental dans les consultations où un grand nombre de thèmes étaient

évoqués par le praticien. Dans 46% de ces consultations, le médecin abordait 7 thèmes ou plus, ce qui n'était le cas que dans environ un quart des consultations avec les autres parents.

La CSP du parent faisait aussi varier ce nombre. Le médecin abordait environ 6 thèmes dans les consultations avec les familles « aisées » (cadres et professions intellectuelles) ainsi qu'avec les familles « moyennes » (professions intermédiaires) et avec les artisans et chefs d'entreprise. Le groupe de parents exerçant une profession intermédiaire était significativement plus représenté dans les consultations où un plus grand nombre de thèmes étaient abordés par le médecin. Et même si l'échantillon était réduit, il n'était jamais abordé un faible nombre de thème par le praticien (3 ou moins), avec des parents appartenant à la catégorie « cadres et professions intellectuelles ». Par contre le médecin en abordait en moyenne 5, soit un thème de moins, en consultation avec les familles « modestes » (ouvriers/employés) (tableau 23).

Nb thèmes médecin \ CSP	NR	Artisans commerçants chefs d'entreprise	Cadres prof° intellectuelles	Prof° intermédiaires	Employés /ouvriers	Sans activité	Total
Non réponse	1				2		1
0 à 3	30	0	0	19	28	29	25
de 4 à 6	49	75	64	41	44	42	47
7 et plus	20	25	36	41	26	29	27
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=11,5$  ddl=15  $p=0,72$  (Val. théoriques < 5 = 11) V de Cramer=0,131

Tableau 23 – nombre de thèmes abordés par le médecin en fonction de la CSP du parent

Le nombre de thèmes abordés par le médecin variait peu avec la couverture sociale de la famille, contrairement au nombre de thèmes abordés par les parents. Le médecin abordait en moyenne 5 thèmes pendant la consultation avec les familles du régime général, et 5 thèmes ½ avec les familles bénéficiant de la CMU (figure 14).

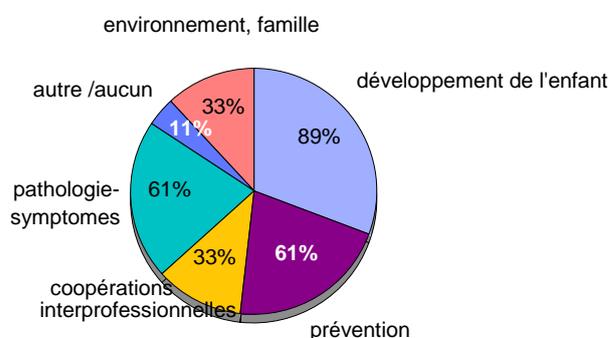


Figure 14– thèmes abordés par le médecin avec les familles bénéficiant de la CMU.

### 3.4.4 Gestes de l'examen physique

#### 3.4.4.1 Selon le motif de consultation

En moyenne le médecin entreprenait 10 gestes pendant l'examen physique, 21 au maximum (tableau 24).

Dans une consultation programmée, 11,5 gestes étaient réalisés en moyenne. Dans presque toutes les consultations, programmées ou non, étaient évaluées les mensurations du nourrisson (poids, taille, PC), ainsi que l'auscultation cardio-pulmonaire. Dans plus de la moitié des consultations programmées étaient évalués la palpation abdominale, le développement psychomoteur, la vision et l'examen des hanches. L'examen de l'audition était réalisé dans 15% des consultations programmées.

Dans les consultations non programmées, à peine 8 gestes étaient réalisés. L'auscultation cardio-pulmonaire, et l'examen ORL, étaient presque toujours effectués. Dans plus de la moitié des consultations, les enfants étaient pesés, par contre ils n'étaient mesurés que dans 35% des consultations, et le PC était pris dans seulement ¼ des consultations. La température était prise dans près d'un tiers des consultations, et la mesure des autres constantes était anecdotique.

Gestes de l'examen physique	Effectifs	Fréquence	Programmé	Non programmé
Auscultation cardio-pulm	212	95%	98%	92%
Pesée	186	84%	92%	71%
Mesure de la taille	154	69%	91%	35%
Mesure du PC	142	64%	89%	26%
Examen ORL	181	82%	76%	88%
Palpation abdominale	141	64%	67%	62%
Tonus/marche/motricité fine	100	45%	61%	21%
Examen dermatologique	84	38%	29%	47%
Examen ophtalmologique	79	36%	51%	14%
Examen des hanches	76	34%	52%	11%
Palpation de la fontanelle	64	29%	43%	11%
Examen neurologique	51	23%	22%	24%
Aires ganglionnaires	51	23%	21%	27%
Vaccin	51	23%	39%	1%
Examen des OGE	45	20%	26%	11%
Développement psycho-affectif	38	17%	18%	15%
Température	36	16%	5%	29%
Audition	21	9%	15%	1%
Nombriil-cordon	8	4%	5%	1%
Constantes	5	2%	2%	2%
Exam orthopédique	1			1%
Aucun	1			1%
Total / répondants	222	778%	129	85

Consultations : 222 / Renseignées : 222 / Réponses : 1727

Tableau 24 – gestes de l'examen physique réalisés par le médecin généraliste.

### 3.4.4.2 Selon l'âge du nourrisson

Avant 6 mois le médecin réalisait 11,5 gestes. A cet âge, la mesure des mensurations : poids taille et périmètre crânien, était presque systématique. L'examen du tonus, de la marche et de la motricité fine, était aussi plus effectué chez les moins de 6 mois, dans 63% des consultations. La vision était plus examinée chez les petits de moins de 6 mois, dans 53% des consultations. L'audition était évaluée dans 14% des consultations (tableau 25).

Après 12 mois, 8,5 gestes étaient réalisés en moyenne. Les mensurations étaient moins recherchées, notamment le PC, dans 43% des consultations. L'auscultation cardio-pulmonaire était presque systématique pour les deux tranches d'âge. L'examen du tonus, de la marche et de la motricité fine était fait dans 20% des cas. L'examen dermatologique, ORL et des aires ganglionnaires était plus fait après un an.

Plus de gestes étaient effectués avant 6 mois, et moins de gestes après un an, notamment car après un an les nourrissons consultaient plus dans un cadre non programmé. Pour s'affranchir de ce lien entre âge et motif de consultation, nous avons calculé le nombre de gestes effectués par le médecin en consultation programmée en fonction de l'âge, ce qui confirme que plus de gestes étaient réalisés chez le petit nourrisson qu'après 12 mois :

- avant 6 mois : 12 gestes étaient réalisés en consultation programmée.
- après 12 mois 10 gestes étaient réalisés en consultation programmée.

<b>Gestes de l'examen physique</b>	<b>Moins de 6 mois</b>	<b>Plus de 12 mois</b>
Pesée	94%	84%
Mesure de la taille	92%	84%
Mesure du PC	94%	78%
Auscultation cardio-pulmonaire	97%	100%
Tonus/marche/motricité fine	74%	25%
Examen ophtalmologique	58%	15%
Examen ORL	62%	88%
Palpation abdominale	68%	59%
Examen des OGE	22%	22%
Examen dermatologique	26%	38%
Examen neurologique	40%	9%
Palpation de la fontanelle	58%	6%
Examen des hanches	72%	16%
Aires ganglionnaires	14%	29%
Vaccin	28%	69%
Température	3%	13%
Audition	17%	9%
Développement psycho-affectif	12%	16%
Nombriil-cordon	11%	0%
Constantes	3%	0%
Total / répondants	65	32

Tableau 25 – gestes de l'examen selon l'âge du nourrisson en consultation programmée

### 3.4.4.3 Selon les caractéristiques du médecin

Ni le sexe ni l'âge du médecin, ni l'obtention d'un DU ou DIU, ne faisaient varier le nombre de gestes à l'examen physique. Le fait d'avoir une zone dédiée à l'examen du nourrisson ne faisait pas varier ce nombre non plus.

### 3.4.4.4 Selon les caractéristiques des parents

Ni le sexe du parent accompagnant, ni sa situation professionnelle ni sa CSP ne faisaient varier le nombre de gestes réalisés par le médecin. La couverture sociale du parent accompagnant n'influait pas non plus le nombre de gestes à l'examen.

## 3.4.5 Durée de la consultation

### 3.4.5.1 caractéristiques générales

La durée moyenne de la consultation était de 19 minutes et 30 secondes. La consultation la plus courte avait duré 2 minutes, la plus longue 44 minutes.

- Nous pouvons diviser ces consultations en plusieurs classes (figure 15) :
- les consultations plus courtes durant moins de 15 minutes,
  - les consultations courtes de 15 à 20 minutes (durée moyenne de consultation),
  - les consultations longues de 20 à 25 minutes,
  - les consultations très longues durant plus de 25 minutes.

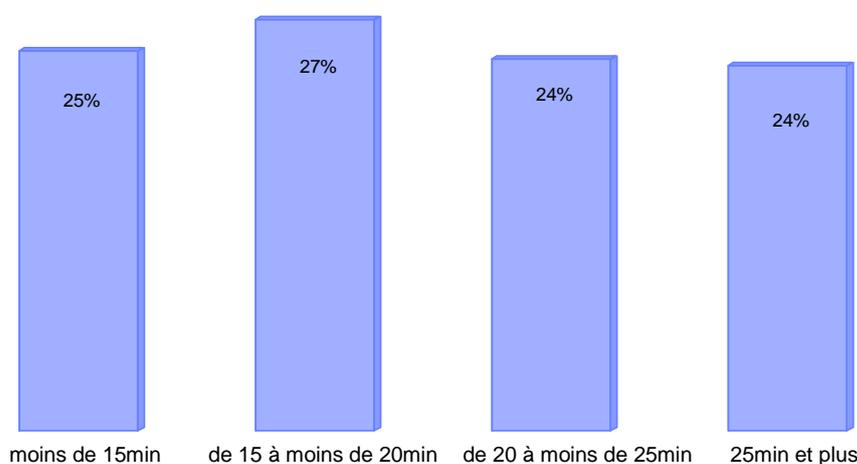


Figure 15 – répartition des consultations selon leur durée.

- Les différentes parties de la consultation ont duré en moyenne :
- L'entretien préalable, ou interrogatoire : 4 minutes 30 secondes, dispersion 1 à 18 minutes.
  - L'examen physique presque 8 minutes, dispersion 2 à 20 minutes.
  - La discussion environ 7 minutes, dispersion 1 à 21 minutes.

### 3.4.5.2 Motif de consultation

Le motif de consultation faisait varier la durée de la consultation. Les consultations programmées duraient en moyenne 21 minutes et 30 secondes, contre 16 minutes et 30 secondes pour les consultations non programmées.

Les trois parties de la consultation étaient plus longues en cas de consultation programmée (tableau 26).

<b>Durée parties consult</b>	<b>Population générale</b>	<b>programmé</b>	<b>Non programmé</b>
<b>Entretien préalable</b>	4 min 30sec	5 min	3 min 30 sec
<b>Examen physique</b>	8 min	8 min 30 sec	6 min 30 sec
<b>Discussion</b>	7 min	8 min	6 min 30 sec
<b>Durée totale</b>	19 min 30 sec	21 min 30 sec	16 min 30 sec

Tableau 26 – durée moyenne de chaque partie de la consultation en fonction du motif

Le nombre de thèmes abordés par les parents variait peu en fonction du motif, puisqu’étaient abordés 3 thèmes dans les deux cas, ce n’était donc pas le temps de parole des parents qui était rallongé.

Par contre, le nombre de thèmes abordés par le médecin variait : il en abordait 5,5 en consultation programmée et 4,5 en consultation non programmée, ce qui contribuait à allonger la durée des consultations programmées. Dans 33% des consultations programmées, le médecin abordait 7 thèmes ou plus. Par contre, dans 36% des consultations non programmées le nombre de thème abordés par le médecin était égal ou inférieur à 3 (tableau 27).

<b>Motif consultation</b>	<b>programmé</b>	<b>non programmé</b>	<b>les deux</b>	<b>Total</b>
<b>Nb thèmes médecin</b>				
<b>0 à 3</b>	19	36	22	26
<b>de 4 à 6</b>	47	47	56	48
<b>7 et plus</b>	33	17	22	27
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\text{Khi}^2=10,7$   $\text{ddl}=4$   $p=0,03$  (Val. théoriques  $< 5 = 3$ )  $V$  de Cramer=0,155

Tableau 27 – nombre de thèmes abordés par le médecin selon le motif de consultation.

La durée plus longue de l’examen physique, en cas de consultation programmés, peut s’expliquer car le nombre de gestes effectué par le médecin était plus important : 11,5 en moyenne en cas de motif programmé, et à peine 8 en cas de motif non programmé. La différence était significative, puisqu’en cas de consultation programmée, dans la moitié des cas le médecin pratiquait plus de 12 gestes, alors qu’en cas de consultation non programmée, dans la moitié des cas le médecin en pratiquait moins de 8 (tableau 28).

<b>Motif consult</b> <b>Nb gestes</b>	<b>Programmé</b>	<b>Non programmé</b>	<b>les deux</b>	<b>Total</b>
<b>Moins de 8 gestes</b>	11	48	44	26
<b>de 8 à 12 gestes</b>	38	41	33	39
<b>12 gestes et plus</b>	51	11	22	35
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\text{Khi}^2=52,3$   $\text{ddl}=4$   $p=0,001$  (Val. théoriques  $< 5 = 3$ )  $V$  de Cramer=0,342  
 Tableau 28 – Nombre de gestes à l'examen physique en fonction du motif de consultation.

### 3.4.5.3 Le médecin

#### 3.4.5.3.1 L'âge du médecin

Les consultations de nourrissons duraient plus longtemps quand elles étaient menées par des médecins de moins de 45 ans, et avaient tendance à raccourcir, plus le médecin était âgé. Elles duraient 21 minutes 30 chez les médecins de moins de 45 ans, 19 minutes 30 chez les médecins entre 45 et 55 ans, et 19 minutes chez les médecins de plus de 55 ans.

Il existait un lien significatif entre les médecins plus âgés de plus de 55 ans et les consultations très courtes : 1/3 des consultations duraient moins de 15 minutes. De 45 à 55 ans, les médecins étaient plus représentés dans le groupe des consultations durant 15 à 20 minutes (tableau 29).

<b>Age médecin</b> <b>Durée consultation</b>	<b>Moins de 45 ans</b>	<b>de 45 à 55 ans</b>	<b>55 ans et plus</b>	<b>Total</b>
<b>Moins de 15min</b>	14	19	33	24
<b>de 15 à moins de 20min</b>	23	36	21	26
<b>de 20 à moins de 25min</b>	33	22	23	25
<b>25min et plus</b>	30	22	23	25
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\text{Khi}^2=10,5$   $\text{ddl}=6$   $p=0,102$  (Assez significatif)  $V$  de Cramer=0,172  
 Tableau 29 – Durée de la consultation en fonction de l'âge du médecin.

Les trois parties de la consultation étaient plus longues chez les médecins de moins de 45 ans, et elles avaient tendance à se raccourcir avec l'âge (tableau 30).

Le fait que l'entretien et la discussion duraient plus longtemps chez les médecins de moins de 45 ans peut s'expliquer car ils parlaient plus : ils évoquaient en moyenne 6 thèmes en consultation, alors que les autres médecins en évoquaient 5.

Par contre il n'y a pas d'explication évidente au fait que l'examen physique durait plus longtemps chez les médecins de moins de 45 ans, puisqu'il n'y avait pas de variation du nombre de gestes à l'examen physique avec l'âge. Les médecins de moins de 45 ans mettaient peut être plus de temps à faire ces gestes car ils s'appliquaient plus, ou parce que, moins expérimentés, leur pratique était moins routinière.

<b>Age médecin</b> <b>Durée parties consult</b>	<b>Population générale</b>	<b>Moins de 45 ans</b>	<b>45 à 55 ans</b>	<b>55 ans et plus</b>
<b>Entretien préalable</b>	4 min 30sec	5 min	4 min	4 min
<b>Examen physique</b>	8 min	8 min 30 sec	8 min	7 min 30 sec
<b>Discussion</b>	7 min	8 min	7 min 30 sec	7 min 30 sec
<b>Durée totale</b>	19 min 30 sec	21 min 30 sec	19 min 30 sec	19 min

Tableau 30 – durée des parties de la consultation en fonction de l’âge du médecin

#### 3.4.5.3.2 Le sexe du médecin

La durée moyenne des consultations des nourrissons des médecins femmes étaient 21 minutes. Elles duraient 18 minutes chez les médecins hommes.

En consultation programmée, la durée moyenne des médecins femmes était 23 minutes 30 secondes, alors qu’elle est de 20 minutes pour les médecins hommes.

En consultation non programmée, la différence était un peu moins importante puisqu’elles duraient en moyenne 17 minutes 30 sec pour les médecins femme et 15 minutes 30 secondes pour les hommes.

<b>Population</b> <b>Durée parties consult</b>	<b>Population générale</b>	<b>Médecins femmes</b>	<b>Médecins hommes</b>
<b>Entretien préalable</b>	4 min 30sec	5 min	4 min
<b>Examen physique</b>	8 min	8 min 30 sec	7 min
<b>Discussion</b>	7 min	7 min 30 sec	7 min
<b>Durée totale</b>	19 min 30 sec	21 min	18 min

Tableau 31 – durée des parties de la consultation en fonction du sexe du médecin

Nous avons noté que les médecins femmes abordaient plus de thèmes pendant leur consultation que les hommes (5,5 pour les femmes, à peine 5 pour les hommes), ce qui peut expliquer que l’entretien et la discussion duraient plus longtemps dans leurs consultations.

Par contre le nombre de gestes à l’examen physique ne variait pas avec le sexe du médecin. Nous n’avons donc pas d’explications au fait que l’examen physique durait 1 minute 30 secondes de plus chez les médecins femmes. Les mêmes questions que pour les variations liées à l’âge du médecin se posent : les femmes mettaient elles plus de temps à faire leur geste lors de l’examen physique car elles s’appliquaient plus ?

Ces variations liées à l’âge et au sexe du médecin étaient probablement liées puisque 2/3 des médecins de moins de 45 ans étaient des femmes.

### 3.4.5.3.3 Mode et lieu d'exercice du médecin :

Les consultations duraient en moyenne 16 minutes 30 secondes quand les médecins exerçaient seuls, 19 minutes en MSP et 20 minutes 30 secondes en cabinet de groupe.

Les consultations de nourrissons duraient moins longtemps en milieu rural. La durée moyenne d'une consultation de nourrissons y était 17 minutes, 22 minutes dans les couronnes urbaines et 19 minutes 30 en milieu urbain.

La différence était significative puisque dans 39% des cas, en milieu rural, la consultation du nourrisson durait moins de 15 minutes, alors que ce n'était le cas que dans 20 % environ des consultations dans les pôles urbains et couronne urbaine (tableau 32). En couronne urbaine le lien était significatif avec des consultations très longues, de plus de 25 minutes.

<b>Zone d'exercice</b>	<b>rural</b>	<b>couronne urbaine</b>	<b>pôle urbain</b>	<b>Total</b>
<b>Durée consult</b>				
<b>Moins de 15min</b>	39	22	19	24
<b>de 15 à moins de 20min</b>	24	16	31	26
<b>de 20 à moins de 25min</b>	15	24	29	25
<b>25min et plus</b>	21	38	20	25
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=13,4$   $ddl=6$   $p=0,037$  (Significatif)  $V$  de Cramer=0,19

Tableau 32 – Durée de la consultation en fonction de la zone d'exercice.

### 3.4.4.4 *Le nourrisson*

Avant 6 mois les consultations étaient plus longues que dans les autres tranches d'âge. Elles duraient 21 minutes 30 avant 6 mois, 19 minutes 30 entre 6 mois et un an et 17 min 30 après un an (tableau 33).

C'est surtout la durée de l'entretien préalable et de la discussion qui diminuaient avec l'âge, alors que l'examen physique avait à peu près la même durée. Pourtant le nombre de gestes à l'examen physique était plus important avant 6 mois (11,5 gestes) qu'après 12 mois (8,5 gestes). Concernant l'entretien et la discussion, nous avons vu que le nombre de thèmes abordés par les parents variait peu avec l'âge. Par contre le nombre de thèmes abordés par le médecin était plus important avant 6 mois (5,5 thèmes) qu'après un an (4,5 thèmes).

<b>Age nourrisson</b>	<b>Population générale</b>	<b>Moins de 6 mois</b>	<b>6 à 12 mois</b>	<b>12 mois et plus</b>
<b>Durée parties consult</b>				
<b>Entretien préalable</b>	4 min 30sec	5 min 30 sec	4 min 30 sec	3 min 30 sec
<b>Examen physique</b>	8 min	8 min	8 min	7 min 30 sec
<b>Discussion</b>	7 min	8 min	7 min 30 sec	6 min 30 sec
<b>Durée totale</b>	19 min 30 sec	21 min 30 sec	19 min 30 sec	17 min 30 sec

Tableau 33 – durée des parties de la consultation en fonction de l'âge du nourrisson

### 3.4.4.6 *Le parent accompagnant :*

#### 3.4.4.6.1 Quel parent en consultation ?

Les consultations étaient plus longues quand la mère accompagnait seule l'enfant : 19 minutes 30 secondes en moyenne, et 17 minutes 30 quand c'était le père. Pourtant le nombre de thèmes abordés par le médecin et par les parents ne variait pas en fonction du parent accompagnant. Il n'y a donc pas d'explication évidente sur cette variation de durée.

#### 3.4.4.6.2 Catégorie socio-professionnelle, secteur d'activité

La durée moyenne de la consultation ne variait pas significativement avec la CSP du parent accompagnant, ni avec son secteur d'activité. On remarque tout de même des différences de durée moyenne de consultations (tableau 34).

Dans la population de cadres et professions intellectuelles notamment, il est étonnant de constater que les consultations programmées étaient moins longues que les consultations non programmées. Les consultations avec les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées étaient très courtes en cas de situation non programmée.

<b>CSP parents</b> <b>Motif</b>	<b>Pop générale</b>	<b>Cadres et PI</b>	<b>Artisans commerçants chef entreprise</b>	<b>Ouvriers employés</b>	<b>Professions intermédiaires</b>
<b>Ensemble des consultations</b>	19 min 30 sec	21 min	20 min	18 min	19 min
<b>Non programmé</b>	16 min 30 sec	20 min 30 sec	16 min	14 min	15 min 30 sec
<b>Programmé</b>	21 min 30 sec	19 min	22min	21 min 30 sec	20 min

Tableau 34 – durée moyenne de consultations en fonction du motif et de la CSP des parents.

#### 3.4.4.6.3 La couverture sociale

La durée moyenne de consultation des nourrissons bénéficiant de la CMU était de 17 minutes et 45 secondes, soit presque 2 minutes de moins que la durée moyenne de consultation chez les nourrissons. Les familles bénéficiant de la CMU ou AME étaient plus représentées dans la catégorie des consultations très courtes de moins de 15 minutes. La moitié des consultations des familles bénéficiant de la CMU duraient moins de 15 minutes, et seulement 23% pour les familles bénéficiant de la CPAM ou autre (tableau 35).

Cette variation de durée était liée au motif de consultation. En effet, en cas de consultation programmé, la durée moyenne de consultation chez les familles bénéficiant de la CMU était de 22 minutes 30, soit une minute de plus que la durée moyenne de consultation de consultation programmé dans la population générale. En cas de consultation non programmée, la différence était nette : elle durait en moyenne 13 minutes 30 pour les nourrissons bénéficiant de la CMU ou AME et 16 minutes 30 dans les familles du régime général.

Couverture sociale \ Durée consult	CPAM/RSI/MS A	CMU/AME /aucune	Total
Moins de 15min	23	47	25
de 15 à moins de 20min	29	7	27
de 20 à moins de 25min	25	20	24
25min et plus	23	27	23
<b>Total</b>	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\chi^2=4,05$  ddl=3  $p=0,255$  (Val. théoriques < 5 = 4)  $V$  de Cramer=0,146

Tableau 35 – durée de la consultation en fonction de la couverture sociale de la famille

### 3.4.6 Coopérations professionnelles

Le suivi des nourrissons est partagé entre médecin généraliste, pédiatre et médecin de PMI. Nous avons essayé d'évaluer les coopérations entre ces différents intervenants par l'évocation d'autres professionnels de santé pendant les consultations.

Dans 39% des consultations de nourrissons observées, une allusion à au moins un autre professionnel de santé était faite, par le médecin ou le parent accompagnant (6% de non réponses) (figure 16).

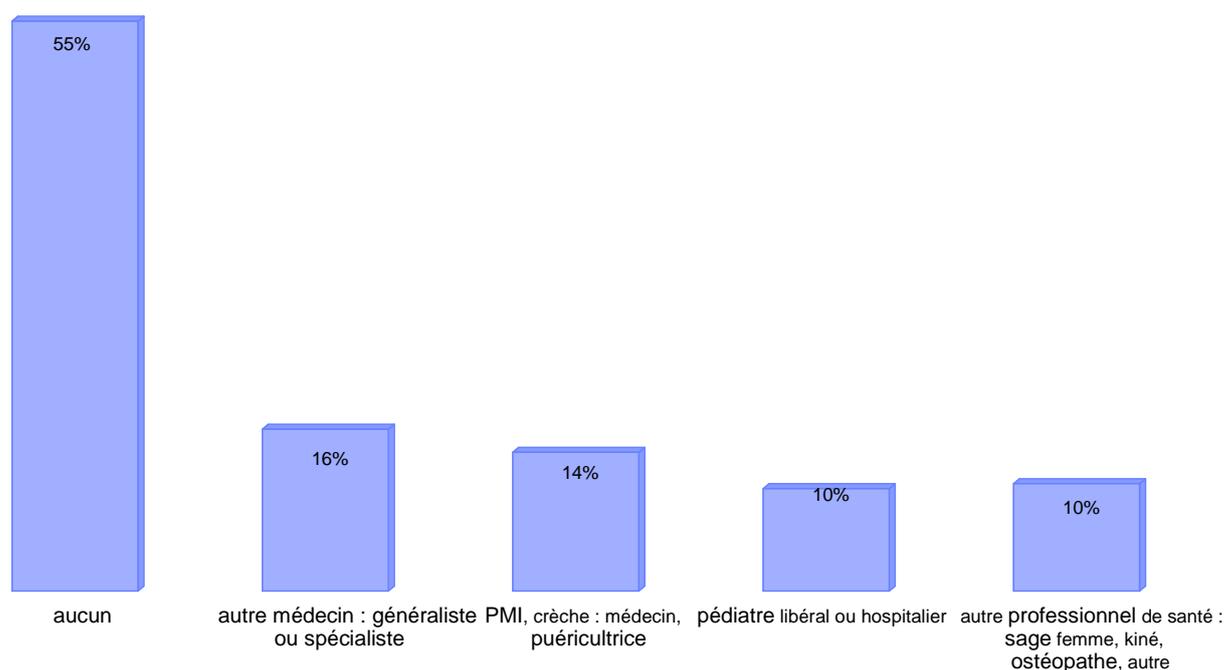


Figure 16 : professionnels de santé évoqués lors des consultations.

#### 3.4.6.1 Selon l'âge du nourrisson

Il existait un lien significatif entre les nourrissons de moins de 6 mois et l'allusion à un professionnel de santé. Dans 55% des cas à cet âge une allusion était faite, et seulement dans 25% des cas après 12 mois (tableau 36).

Age nourrisson \ Allus° autre professionnel	Moins de 6 mois	de 6 à 12 mois	12 mois et plus	Total
Non	45	54	75	59
Oui	55	46	25	41
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\text{Khi}^2=14,8$   $\text{ddl}=2$   $p=0,001$  (Très significatif)  $V$  de Cramer=0,268  
 Tableau 36 – allusion à un autre professionnel de santé en fonction de l'âge du nourrisson.

Cette variation concernant l'allusion à un autre professionnel de santé avec l'âge du nourrisson aurait pu être surtout vraie en consultation programmée, puisqu'ils étaient plus vus dans ce cadre. Pourtant en cas de consultation non programmée, l'allusion à au moins un autre professionnel de santé restait plus importante à moins de 6 mois : dans 53% des consultations programmées et dans 63% des consultations non programmées. Après 12 mois, un autre professionnel de santé était évoqué dans 17% des consultations programmées, et 29 % des consultations non programmées (tableaux 37 et 38).

Age nourrisson \ Allus° autre professionnel	Moins de 6 mois	de 6 à 12 mois	12 mois et plus	Total
non	47	63	83	60
oui	53	37	17	40
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\text{Khi}^2=10,3$   $\text{ddl}=2$   $p=0,006$  (Très significatif)  $V$  de Cramer=0,295

Tableau 37 - allusion à un autre professionnel de santé en fonction de l'âge du nourrisson, en consultation programmée.

Age nourrisson \ Allus° autre professionnel	Moins de 6 mois	de 6 à 12 mois	12 mois et plus	Total
non	38	44	71	59
oui	63	56	29	41
<b>Total</b>	100	100	100	100

Tableau : % Colonnes.  $\text{Khi}^2=7,38$   $\text{ddl}=2$   $p=0,024$  (Significatif)  $V$  de Cramer=0,3

Tableau 38 - allusion à un autre professionnel de santé en fonction de l'âge du nourrisson, en consultation non programmée

Age nourrisson \ Autre professionnel évoqué	Avant 6 mois	Après 12 mois
pédiatre libéral ou hospitalier	11%	8%
autre médecin : généraliste ou spécialiste	15%	14%
PMI, crèche : médecin, puéricultrice	22%	7%
autre: sage-femme, kiné, ostéopathe, autre	19%	1%
<b>aucun</b>	43%	69%

Interrogés : 81 / Répondants : 75 / Réponses : 89, Pourcentages calculés sur la base des interrogés, Sous-population : Sous-population 023

Tableau 39 – autres professionnels de santé évoqués en fonction de l'âge du nourrisson

Les autres professionnels de santé évoqués étaient différents avec l'âge (tableau 39). Les pédiatres et autres médecins (généralistes et spécialistes) étaient à peu près autant évoqués avant 6 mois et après 12 mois. Par contre, avant 6 mois, les médecins de PMI et crèche, ainsi que les autres professionnels de santé : sage-femme, kiné, ostéopathe et autres étaient plus évoqués qu'après 12 mois.

### 3.4.6.2 Selon le médecin

Une allusion était faite dans 37% des consultations menées par des médecins hommes, et dans 46% quand elles étaient menées par des femmes, sans différence significative. Les médecins bénéficiant du DIU santé de l'enfant faisaient une allusion dans 48% des cas. Il n'y avait pas de différence en fonction de l'âge du médecin, ni de son lieu d'exercice, ni de la présence d'une zone dédiée à l'enfant dans son cabinet. Par contre le mode d'exercice du médecin faisait varier les allusions aux autres professionnels de santé. Quand les médecins exerçaient seuls, un autre professionnel de santé n'était évoqué que dans 19% des cas, bien moins qu'avec les médecins exerçant en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire.

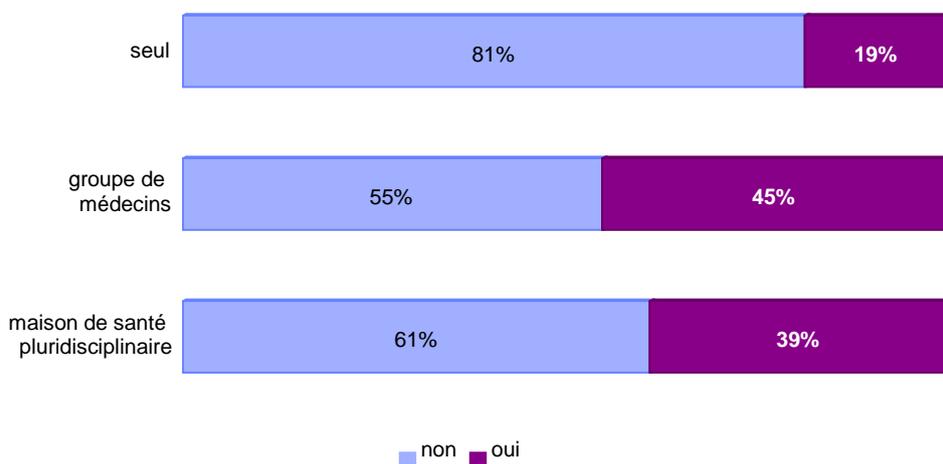


Figure 17 – Allusion à d'autres professionnels de santé selon le mode d'exercice.

### 3.4.6.3 Selon le parent accompagnant

Un autre professionnel de santé était moins souvent évoqué en consultation quand le père accompagnait seul le nourrisson. Dans 16% des consultations une allusion était faite, et dans 44% des cas quand la mère était seule accompagnante.

Ni l'activité professionnelle du parent ni leur CSP ne faisaient varier la proportion de consultations où un autre professionnel de santé était évoqué.

Par contre la couverture sociale du parent faisait varier cette proportion. Quand la famille bénéficiait de la CMU ou AME, le pourcentage de consultations où un autre professionnel de santé évoqué était plus important : 61%. Les pédiatres et autres médecins généralistes ou spécialistes étaient autant évoqués que dans le reste des consultations, par contre les médecins et puéricultrices de PMI et crèche étaient évoqués dans 56% des consultations, beaucoup plus que dans la population générale (14%).

## **4 DISCUSSION**

### ***4.1 L'enquête***

Il existe peu d'études sur les caractéristiques de la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste.

Dans sa thèse d'exercice, publiée en 2006, Delphine TUFFERY SOUBEYRAND [23] s'interroge sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge des nourrissons, ainsi que sur leur formation et leurs compétences. Michalak BOZENA [24], dans sa thèse publiée en 1995, étudie le rôle du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant de la naissance au 24<sup>ème</sup> mois. Dans ces thèses réalisées à partir de questionnaires remplis par les médecins, l'importance du rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson est confirmée, notamment en premier recours. Certaines limites sont évoquées, notamment structurelles, liées au temps disponible, et à la formation des médecins généralistes en pédiatrie parfois incomplète.

D'autres études se sont intéressées au choix du médecin par les parents pour le suivi de leur nourrisson : médecin généraliste, pédiatre ou médecin de PMI. Il s'agit des thèses d'exercice de Sarah POITRASSON datée de 2011 [25], portant sur un petit échantillon de nourrissons à Marseille, de la thèse de Marie MICHEL de 2013 [12], sur le suivi régulier des enfants de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées, et celle de Laurence MYARA ZENOU [13], de 2014, sur les facteurs déterminants l'orientation des nourrissons et des enfants de moins de 6 ans vers le médecin généraliste ou le pédiatre. Ces thèses étaient réalisées à partir de questionnaires, destinés aux parents.

A notre connaissance, notre étude est la première étude observationnelle de consultations de nourrissons par des médecins généralistes, ce qui nous permet de mieux comprendre leurs caractéristiques.

### ***4.2 La méthode***

L'originalité de notre étude réside dans le fait que les investigateurs ont pu effectuer une observation directe de toutes les consultations analysées. La richesse des informations recueillies nous permettait de tester de nombreuses hypothèses, afin de mieux caractériser les déterminants de la consultation.

#### **4.2.1 Les investigateurs**

Les internes en stage de niveau 1 ont réalisé un travail d'observation qui reste le plus souvent inaccessible aux chercheurs, dans l'intimité d'une relation entre le médecin et son patient. Ils ont recueilli de nombreuses données directement observables sur les échanges entre les protagonistes. Le taux de recueil d'information témoigne de la qualité de leur investissement. Par exemple la donnée sur l'usage du tutoiement, facilement observable, était négligée par seulement 3% des investigateurs

## 4.2.2 Les questionnaires

L'implication des investigateurs était inégale, certains questionnaires étaient notamment incomplets. En effet, même si nous avons fait un effort de simplification du questionnaire, il restait long à remplir pour les internes. Le pourcentage de non réponse pour certaines données était très important, notamment à la question des CSP des parents accompagnants (près de la moitié des questionnaires). Cette donnée est connue pour être mal renseignée dans les dossiers médicaux, et les internes ne se sont pas toujours préoccupés de recueillir directement cette information auprès des parents.

D'autre part, si une grille était préétablie pour le recueil des données, il persistait une certaine subjectivité de la part des internes observateurs, notamment sur les thèmes abordés et gestes de l'examen physique, où la rédaction était libre.

## 4.2.3 Les effets de l'observation, effet hawthorne [26]

Quand une personne se sent observée, elle peut changer de comportement, de façon positive ou négative. Pour limiter cet effet, les médecins, les parents et les nourrissons (!) ne devaient pas être informés précisément du sujet de la recherche. Il est toutefois possible que cette consigne n'ait pas été parfaitement respectée. Les médecins ont pu alors prêter une attention particulière aux consultations des nourrissons, en se sentant à tort évalués sur ce sujet. Comme il était demandé aux internes de recueillir l'accord des parents avant de débiter la consultation, il est possible que les parents aient été moins naturels au cours de la consultation, ce qui peut modifier les résultats aux questionnaires.

# 4.3 *Représentativité de la population étudiée*

## 4.3.1 Échantillon de médecins

Notre échantillon de médecins était représentatif de la démographie médicale régionale.

Dans notre étude, l'âge moyen des médecins était de 50 ans et 6 mois. D'après le conseil de l'ordre des médecins [27], les médecins généralistes avaient en moyenne 51 ans dans la région Pays de la Loire en 2013, 50 ans en Loire Atlantique et 52 ans en Vendée.

56% des médecins observés dans notre étude étaient des hommes. Au niveau régional, cette proportion est de 57% d'hommes et 43% de femmes dans les Pays de la Loire, 47% de femmes en Loire Atlantique et 39% en Vendée [27].

Notre étude a aussi permis de relever la féminisation de la profession médicale, puisque 2/3 des médecins de moins de 45 ans étaient des femmes.

Il est intéressant de noter que la moitié des médecins observés avaient un DU/DIU, et seulement 10% des médecins, soit 8 médecins, détenaient le DIU de Santé de l'enfant.

Plus de médecins femmes bénéficiaient du DIU Santé de l'enfant, ainsi que du DU de gynécologie, pouvant montrer un tropisme particulier des femmes pour la pédiatrie et la gynécologie.

Les médecins de moins de 45 ans étaient moins représentés parmi les médecins détenteurs d'un DU/DIU : 5% d'entre eux avaient passé un DU/DIU, contre 50% des médecins de 45 à 55 ans et le même pourcentage des médecins de plus de 55 ans. Les études plus courtes, sans formation spécifique à la médecine générale, peut expliquer le besoin pour les médecins plus anciens de compléter leur formation par des DU/DIU.

La part de médecins coordonnateurs en EHPAD était de 16%, soit deux fois plus importante que la part de médecins libéraux coordonnateurs en EHPAD dans les Pays de la Loire en 2014 [28]. Ces médecins coordonnateurs étaient principalement des hommes.

Mis à part deux médecins assurant des vacances en crèche, aucun des praticiens n'avait d'activité pédiatrique dédiée, en particulier en PMI.

Tous les médecins généralistes enquêtés étaient maitres de stage, ce qui ouvre la discussion sur leur représentativité. Les enquêtes sur cette question sont contradictoires. Dans sa thèse d'exercice publiée en 2011 [29], Olivier LEROY a travaillé sur la représentativité des enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) de la faculté de médecine d'Angers, dont il a comparé les caractéristiques, recueillies par questionnaires, aux données épidémiologiques des Pays-de-la-Loire. A travers ce travail, le groupe des ECA interrogés apparaissait comme étant représentatif de la population nationale, selon les critères sociodémographiques habituels. Par contre, nous ne connaissons pas la réalité de leurs pratiques, qui n'ont jamais été comparées au reste des médecins généralistes.

### 4.3.2 Échantillon de cabinets médicaux

Il est impossible de comparer le milieu d'exercice des médecins de notre étude aux données de la DREES. En effet, en 2011 la DREES retrouvait un pourcentage de 17% de médecins [30] exerçant en zone rurale, mais cette zone était déterminée par le nombre d'habitants de la commune. Cela ne correspond pas à la définition du milieu rural faite par l'INSEE que nous avons utilisée, basée sur le nombre d'emplois [20]. Nous trouvons une proportion de 15% de cabinets médicaux en zone rurale, sans que nous n'ayons de donnée comparable dans les études de l'INSEE.

19% des médecins généralistes observés avaient une zone d'examen dédiée à l'enfant dans leur cabinet. Il n'y a pas d'explication évidente à cette donnée, mais nous avons considéré cette variable comme un marqueur de la préoccupation pédiatrique du praticien observé.

### 4.3.3 Échantillon des nourrissons

Les médecins observés voyaient deux fois plus de nourrissons de moins d'un an que de plus d'un an, ce qui s'explique par le rythme mensuel des consultations obligatoires les 6 premiers mois.

Le sexe du nourrisson n'avait pas été demandé dans les observations, donc non renseigné par les internes. Nous n'avons pas de pourcentage sur cette donnée.

### 4.3.4 Échantillon des parents accompagnants

Le profil des parents observés se rapprochait de la population générale, sur de nombreux critères.

En France, parmi les bébés nés en 2013, près des deux tiers avaient une mère âgée de 25 à 34 ans leur première année de vie, 14 % une mère âgée de moins de 25 ans et 22 % une mère âgée de 35 ans ou plus [31]. Nos proportions étaient identiques, mais concernaient l'âge des deux parents, et ce durant les deux premières années de vie des nourrissons.

La proportion de patients bénéficiant de la CMU ou AME était plus importante dans notre étude (8%) que dans la population générale puisque selon l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), en 2013 en France métropolitaine [32], près de 3% de patients bénéficiaient de la CMU, 1,74% en Loire Atlantique et 1,15% en Vendée. Cette différence s'explique par le fait que les bénéficiaires de la CMU ont plus recours aux médecins généralistes que les assurés du régime général [33].

Les mères observées dans cette étude travaillaient à temps plein dans 39% des consultations, et restaient sous représentées dans cette catégorie par rapport aux pères. Nous retrouvons cette sous-représentation dans la population générale : en 2011 parmi les femmes âgées de 20 à 64 ans ayant achevé leur formation initiale, 67 % avaient un emploi, soit 9 points de moins que les hommes. En équivalent temps plein (ETP), le taux d'emploi des femmes n'était plus que de 59 %, soit 15 points d'écart avec les hommes [34].

Dans notre enquête les employés étaient plus représentés que dans la population française (24% dans la population étudiée, 16% dans la population française en 2013), et les ouvriers moins représentés (4% dans la population étudiée, 12,3% dans la population française en 2013). Cette donnée est difficile à interpréter, à cause du pourcentage de non réponse très important : près de 40%. Le même problème s'était posé pour Justine CUCHE dans sa thèse en 2014 « Etude des caractéristiques des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste » [35], pouvant être expliqué par l'absence de ce type de données dans le dossier médical, non recherchées par l'interne observant la consultation. La population observée était essentiellement féminine, et issue d'une tranche d'âge relativement jeune, ce qui est une autre hypothèse d'explication. D'ailleurs les proportions de chaque CSP dans la population étudiée sont plus proches de celles des femmes en France en 2013 [21].

Le secteur d'activité était aussi souvent manquant dans les questionnaires des internes (48% de non réponses), et probablement dans les dossiers des médecins généralistes. Le médecin suit souvent les parents individuellement, et connaît, ou croit connaître leur profession. Pour l'activité pédiatrique, la profession des parents ne semble donc pas être pas une préoccupation prioritaire des médecins généralistes.

22% des parents exerçaient dans le secteur sanitaire. Cette part était sur représentée dans cette étude, car seulement 6,7% des actifs en France en 2012 appartenaient à ce secteur [22]. Les parents exerçant dans ce milieu ne consultaient pas plus pour leur nourrisson, mais leur métier était plus souvent connu par le médecin généraliste, et l'information est plus facile à récupérer, au cours de l'entretien ou dans le dossier médical, que pour les autres secteurs d'activité.

## ***4.4 Caractéristiques de la consultation du nourrisson en médecine générale***

### **4.4.1 Motif de consultation**

Dans notre étude, les consultations des nourrissons étaient programmées dans 58% des cas, et 38% ne l'étaient pas. Ces résultats sont discordants avec les données de la littérature.

Selon les dernières données publiées, en 2009, par l'Observatoire de la médecine générale, en Pays de Loire, 35,2% des consultations d'enfants de moins d'un an concernaient un acte de prévention ou un examen systématique [36], beaucoup moins que nos résultats.

De même dans l'enquête réalisée par la DREES en 2002 sur les consultations et visites des médecins libéraux en France [8], le motif de la consultation était programmé (examen systématique de l'enfant, vaccination), dans seulement 14% des consultations. Par contre l'étude de la DREES était réalisée sur la population des enfants de moins de 16 ans, sans isoler les nourrissons, ce qui ne nous permet pas de comparer nos résultats.

Il y avait dans notre étude beaucoup plus de consultations programmées, car les nourrissons suscitent plus de consultations obligatoires que les enfants de 2 à 6 ans, où ces consultations se limitent à 8, ou encore que les enfants de 6 à 16 ans, où aucun examen n'est prévu. Il y a aussi plus de consultations programmées chez les nourrissons, liées à l'inquiétude des parents, que chez les enfants plus grands. Ceci est d'autant plus vrai que le nourrisson est jeune : les nourrissons de moins de 6 mois étaient plus représentés dans l'enquête que les autres tranches d'âge dans les consultations programmées, alors qu'après 12 mois les nourrissons étaient plus vus que les autres de façon non programmée.

Dans notre enquête, les consultations ont été observées entre mai et octobre, période où les pathologies infectieuses sont moins fréquentes chez l'enfant, notamment respiratoire et ORL. Il est probable que la fréquence des consultations aiguës ait été sous-estimée, et celle des consultations programmées surestimée. D'autre part les internes pensaient probablement plus à recueillir les données des consultations programmées, de par la pression du contexte, la durée et le contenu de ces consultations.

Dans l'étude d'Élisabeth GRIOT publiée 1995 par la SNFMG, « Les consultations d'enfants en médecine générale : consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires » [37], à partir d'une année d'observations chez les enfants de 0 à 15 ans en France, 55 % des consultations des nourrissons concernaient une étiologie infectieuse. Après la pathologie infectieuse, le généraliste assurait essentiellement des consultations programmées, dans 32,1 % des cas. Dans cette enquête les pathologies aiguës de la sphère ORL (avec 5 résultats de consultation : rhino-pharyngite, otite moyenne, rhume, angine, rhinite), se démarquaient par leur prépondérance. A elles seules, elles atteignaient 23 % de l'activité médicale chez les nourrissons. La DREES l'avait aussi noté dans son étude [8], où une affection des voies respiratoires concernait 55% des consultations de l'enfant avant 16 ans.

Dans notre enquête, les motifs de consultation les plus fréquents en aigu concernaient aussi les voies respiratoires : 29% de pathologie ORL, 12 % de pathologie respiratoire basse, soit 41% des consultations non programmées au total.

4% des nourrissons consultaient pour les deux motifs à la fois, de façon anecdotique. Intuitivement nous aurions pu penser que cette proportion serait plus élevée, car il existe pour les professionnels de santé un biais de mémorisation excessive de ces consultations longues et compliquées, quand elles concernent plusieurs problèmes. Aucune famille bénéficiant de la CMU n'avait consulté pour plusieurs motifs. Il semble que les parents respectent bien les différents temps de consultation.

## 4.4.2 Offre soins en médecine générale

### *4.4.2.1 Durée de la consultation*

#### *4.4.2.1.1 Caractéristiques générales*

Selon l'enquête de la DREES réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux, les consultations et visites durent en moyenne 16 minutes dans la population générale [38]. La durée moyenne de consultation chez les enfants de moins de 16 ans est de 14 minutes [8], et 42 % durent entre quinze et dix-neuf minutes.

Dans notre étude la consultation chez le nourrisson était plus longue puisqu'elle durait 19 minutes et 30 secondes en moyenne. Là encore, il est difficile de comparer ces données avec celles de la DREES qui n'isolait pas la population des enfants de 0 à 2 ans.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 les consultations des nourrissons bénéficient d'une rémunération particulière. A la consultation « C » (23 euros), s'ajoute une majoration, cotée « MNO », d'une valeur de 5 euros, soit au total 28 euros applicable aux enfants de 0 à 24 mois. Il existe aussi un forfait pédiatrique enfant « FPE », s'appliquant à la consultation effectuée dans les 8 premiers jours, au cours du 9<sup>e</sup> ou du 10<sup>e</sup> mois, et au cours du 24<sup>e</sup> ou du 25<sup>e</sup> mois, donnant lieu à l'examen complet et l'établissement d'un certificat de santé [39].

La durée de consultation du nourrisson n'ayant jamais été mesurée, nous ne savons pas si ces revalorisations sont liées au temps important passé en consultations avec les nourrissons, 3 minutes 30 secondes en moyenne de plus que dans la population générale, 5 minutes 30 secondes en cas de consultation programmée. L'explication à cette revalorisation n'est pas clairement donnée dans les textes officiels.

Dans leur « guide d'approche en communication pour le bon déroulement d'une consultation », Junod et Sommer reprennent les travaux de Silverman et Kurtz [40], selon lesquels une consultation médicale se déroule en plusieurs phases successives :

- *Début d'entretien* : phase sociale d'échange verbal avec le patient.
- *Recueil d'informations* : où le patient expose son motif de consultation que le médecin doit explorer.
- *Examen physique*.
- *Explication et planification* : où le médecin donne les informations au patient, et décide de la prise en charge avec le patient.
- *Fin de la consultation* : où le médecin fait la synthèse de la consultation et vérifie la bonne compréhension du patient.

Nous avons découpé la consultation de façon équivalente dans notre étude :

- L'entretien préalable, qui correspond au début de l'entretien et au recueil des informations, soit le temps de parole principal des parents. Il durait en moyenne 4 minutes et 30 secondes.
- L'examen physique, où le médecin et les parents peuvent échanger mais qui est plutôt mené par le médecin. Il durait environ 8 minutes.
- La discussion, qui regroupe la phase d'explication/planification et la fin de la consultation, temps de parole principal du médecin. Elle durait près de 7 minutes.

Dans notre enquête le temps de parole des parents était environ 3 fois plus court que celui du médecin, si l'on considère que l'examen physique est plutôt un temps de parole du médecin.

#### *4.4.2.1.2 Déterminants de la durée d'une consultation*

D'une part le motif de consultation faisait varier la durée de la consultation.

Les consultations programmées duraient en moyenne 21 minutes et 30 secondes, soit 5 minutes de plus que les consultations non programmées. Les trois parties de la consultation étaient plus longues en cas de consultation programmée.

Dans sa thèse d'exercice sur « le dépistage des troubles sensoriels du nourrisson en médecine générale par observation directe », datant de 2014, Alice DUCHEMANN trouvait une durée moyenne de consultation programmée de 26 minutes. Cette moyenne était faite sur 32 observations seulement, ce qui rend cette donnée peu comparative [41].

Comme pour toutes les tranches d'âge, il paraît logique qu'une consultation aigüe dure moins longtemps que si elle est programmée, car elle est ciblée sur un problème ou un appareil. Certains thèmes ou données de l'examen physique sont alors moins importants, et pourront être revus ultérieurement, ce d'autant que les consultations programmées sont nombreuses chez le nourrisson. En effet, dans notre étude le nombre de thèmes abordés par le médecin était moins important lors des consultations non programmées, comme le nombre de gestes de l'examen physique,.

D'autre part, les caractéristiques du médecin faisaient varier la durée de consultation.

Les consultations étaient en moyenne 3 minutes plus longues chez les médecins femmes que chez les médecins hommes. Ce résultat, retrouvé également dans l'étude menée par la DREES en 2006 sur la durée des séances des médecins généralistes [39], peut s'expliquer par le fait que les femmes médecins sont plus intéressées à la pratique de la pédiatrie, ou qu'elles ont plus de facilité à s'identifier à la mère.

La durée variait aussi avec l'âge du médecin, puisque les consultations duraient au moins 2 minutes de plus quand elles étaient menées par les médecins de moins de 45 ans. Ce résultat est discordant à l'étude de la DREES [38], qui trouve des durées de consultations plus longues chez les médecins âgés. Dans sa thèse sur l'observation de consultations de femmes enceintes, Justine CUCHE arrivait au même résultat que dans notre étude [35]. Ce résultat est à nuancer, car il peut être influencé par le fait que notre échantillon de médecins était composé aux  $\frac{3}{4}$  de médecins de plus de 45 ans.

De plus, le lieu d'exercice du médecin influait sur la durée de consultation. Les consultations dans un cabinet rural duraient 17 minutes, 19 minutes 30 en milieu urbain et 22 minutes dans les couronnes urbaines. La faible densité médicale des milieux ruraux peut entraîner une augmentation de la charge de travail par médecin, qui impose de réduire la durée des consultations. Pourtant, d'après l'étude de la DREES de 2002, la densité de médecins dans la zone d'emploi n'a pas d'effet significatif sur la durée de consultation [38].

La durée moyenne de consultation variait selon le mode d'exercice du médecin. Les consultations étaient plus courtes quand elles étaient menées par un médecin exerçant seul, puisqu'elles duraient 16 minutes 30 secondes, contre 19 minutes en MSP, et 20 minutes 30 secondes en cabinet de groupe.

L'âge des nourrissons jouait aussi un rôle sur la durée de consultation. Celles-ci duraient 21 minutes 30 secondes avant 6 mois, 19 minutes 30 secondes entre 6 mois et un an et 17 min 30 secondes après un an. La durée de l'entretien préalable et de la discussion diminuaient avec l'âge alors que l'examen physique durait à peu près le même temps dans les différentes tranches d'âge. Cette durée plus longue avant 6 mois était liée à la fréquence des consultations programmées dans cette tranche d'âge.

Les caractéristiques des parents faisaient aussi varier le temps de consultation.

Quand les mères accompagnaient l'enfant, les consultations duraient 19 minutes 30 secondes. Elles duraient 2 minutes de moins quand le père accompagnait seul le nourrisson, sans que nous ne trouvions d'explication évidente puisque le nombre de thèmes abordés par parents et médecins ne changeaient pas. Ce résultat est à nuancer car recueilli sur un échantillon très faible.

Contrairement aux données de la DREES [38], qui trouvait que les cadres supérieurs bénéficiaient en moyenne de temps de consultation plus longs, la CSP des parents faisait peu varier cette durée dans notre étude. Toujours selon la DREES [38], les séances sont en moyenne plus courtes pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire. Dans notre étude les consultations de familles bénéficiant de la CMU duraient 3 minutes de moins lorsqu'elles n'étaient pas programmées, mais 1 minute de plus en cas de consultation programmée. Ce temps un peu prolongé est à relier au nombre de thèmes plus importants abordés par ces familles.

#### *4.4.2.2 Gestes de l'examen physique*

##### *4.4.2.2.1 Caractéristiques générales*

Les médecins faisaient 10 gestes en moyenne, plus en cas de consultation programmée ainsi qu'avec les nourrissons de moins de 6 mois. Les caractéristiques du médecin ou des parents n'influençaient pas ce nombre de gestes.

Les mensurations du nourrisson : poids, taille, PC, étaient prises presque systématiquement en cas de consultation programmée. Il est intéressant de voir que l'auscultation cardio-pulmonaire était réalisée dans presque toutes les consultations, programmées ou non. Au-delà de la symbolique forte que représente l'examen du médecin au stéthoscope, on peut penser que c'est surtout une façon d'aborder l'enfant, notamment pour créer un contact visuel et tactile.

#### 4.4.2.2 Développement psychomoteur

Avant 6 mois, l'examen du développement psychomoteur de l'enfant était réalisé dans la plupart des consultations programmées. Par contre, après 12 mois, l'examen du développement psychomoteur n'était plus fait que dans 25% des consultations programmées, ce qui paraît peu.

Les certificats médicaux obligatoires du 9<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> mois permettent d'évaluer la réalisation de l'examen du développement psychomoteur par les médecins. Le taux de réception par la DREES de ces certificats, envoyés par les départements, a évolué au cours des 20 dernières années. Pour le certificat du 9<sup>e</sup> mois, le « taux moyen départemental pour 100 naissances domiciliées » est passé de 73 % en 1992 à 61 % en 2003. Pour le certificat du 24<sup>e</sup> mois, ce taux est passé de 68 % en 1995 à 55 % en 2004 [42].

Ces données nous renseignent sur deux points. D'abord on remarque la diminution dans le temps du taux de couverture des divers examens obligatoires, ce qui nous laisse imaginer que le certificat est moins rempli par les médecins actuellement qu'il y a 20 ans. D'autre part on note que le troisième certificat est moins bien renvoyé par les parents (ou moins rempli par les médecins ?) que le deuxième. Cela confirme nos données sur l'examen du développement psychomoteur qui est moins réalisé chez les nourrissons plus âgés que chez les tous petits.

En 2005 l'INSERM estimait à 1% la prévalence des anomalies de l'examen psychomoteur chez les enfants âgés de 28 jours à 6 ans en France [43], et il est admis que pour une meilleure prise en charge, le dépistage de ces anomalies doit être le plus précoce possible.

Dans son mémoire de stage chez le praticien sur l'attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur, publié en avril 2014, Elsa DUTEL met en évidence que les médecins interrogés étaient peu à l'aise dans cette situation. Des difficultés pouvaient finalement être rencontrées aux différentes étapes, dans la mise en évidence d'une anomalie, dans l'annonce aux parents, et dans l'organisation de la prise en charge [44].

L'HAS a édité en 2005 des recommandations à destination des médecins en charge de la surveillance de l'enfant, dont les médecins généralistes [45], pour améliorer le dépistage des retards de développement psychomoteur chez l'enfant de 28 jours à 6 ans. Une étude française réalisée en 2009 observait la faisabilité en pratique des dépistages recommandés par l'HAS [46]. Dans cette étude, moins de la moitié des médecins interrogés disaient avoir eu connaissance de ces recommandations, cinq ans après leur parution. Seuls 20% des médecins déclaraient avoir modifié leur pratique en conséquence. La majorité des médecins généralistes interrogés ont déclaré ne pas avoir de matériel spécifique pour l'examen psychomoteur du jeune enfant. Les médecins évoquaient aussi comme frein le manque de temps à consacrer à ce dépistage

Il semble que le dépistage des retards psychomoteurs par l'examen du développement de l'enfant rencontre des obstacles chez les médecins généralistes, ce qui explique les résultats de notre enquête surtout chez les nourrissons de plus de 12 mois.

#### 4.4.2.3 Dépistage des troubles sensoriels

Dans une enquête réalisée dans le Maine-et-Loire en 2008 [47], la réalisation de l'examen visuel du nourrisson au cabinet était systématique pour 76 % des médecins enquêtés. Elle était variable selon les circonstances, allant de 76 % lors des examens obligatoires (4<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 24<sup>e</sup> mois) à 66 % en cas de doutes émis par les parents pour chuter à 51 % lors des examens mensuels.

Dans notre étude le dépistage de troubles de la vision était réalisé dans 58% des consultations programmées avant 6 mois, mais dans seulement 15% des consultations programmées après 12 mois.

Il semble plutôt compris par la communauté généraliste que le dépistage des troubles visuels, dès les premiers mois de la vie, peut permettre de repérer très tôt les situations à risque d'amblyopie, cause la plus fréquente de mauvaise vision unilatérale chez l'enfant [48]. Ce dépistage bien mis en place par les professionnels de santé a permis de faire passer la prévalence de l'amblyopie de 3% à 1%.

Cette même étude réalisée en 2008 dans le Maine et Loire [47] retrouvait que la fréquence de l'examen clinique de l'audition dépendait des circonstances, allant de 85 % lors des examens obligatoires (4<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 24<sup>e</sup> mois) à 23,1 % à la naissance en atteignant 64 % lors des examens mensuels et 78 % en cas de doutes émis par les parents.

Le résultat dans notre enquête est discordant puisque l'audition était rarement évaluée, considérant que l'otoscopie n'est pas suffisante pour ce dépistage : dans seulement 17% des consultations programmées avant 6 mois, 9% après 6 mois.

Le dépistage est peut être plutôt fait chez l'enfant plus grand, par le test de la voix chuchotée notamment, qui ne nécessite aucun matériel particulier. Il est aussi possible que le médecin ait été attentif à la réaction du nourrisson aux bruits dans la pièce sans que ces interactions fines n'aient été notées par l'interne observateur. Ce dépistage avait peut-être déjà été effectué par le médecin dans les consultations programmées précédentes, et il n'est pas nécessaire de le refaire à chaque fois.

La déficience auditive est le déficit sensoriel le plus fréquent à la naissance [49]. C'est un problème de santé publique en raison des chiffres élevés de prévalence et de la répercussion sur le développement de la communication, sur la scolarité et l'insertion sociale ultérieure de l'enfant. Plus de 80% des surdités de l'enfant existent dès la naissance. À 3 ans, la prévalence des surdités sévères et profondes est de 3/1000. Cela représente moins d'un cas par praticien pendant toute sa carrière, cette rareté à l'échelle d'une patientèle explique peut-être cette négligence, alors que les enfants portant des lunettes sont nombreux.

Par ailleurs, 12 à 18 % des enfants présenteront une otite séreuse durable dans les 5 premières années de la vie, altérant leur audition de façon plus ou moins prolongée. La prise en charge précoce des troubles de l'audition conditionne le pronostic, qu'il s'agisse de l'acquisition du langage et à plus long terme, de l'intégration sociale.

Dans sa thèse sur le dépistage des troubles sensoriels chez le nourrisson, par observation directe en médecine générale [41], Alice DUCHEMANN retrouve que le dépistage des troubles visuels et auditifs du nourrisson est une préoccupation fréquente du médecin généraliste. Cependant, ce dépistage n'est pas toujours systématique et il n'est

surtout pas homogène : il existe de trop grandes variabilités individuelles dans la façon de procéder. A l'exception d'un médecin observé, systématique dans la réalisation des tests de dépistage, les autres praticiens observés avaient une approche soit intuitive, soit partielle, soit réactionnelle à la demande des parents. Il existait également de nombreuses difficultés à réaliser les tests et à les interpréter.

#### *4.4.2.2.4 Prise des constantes*

On remarque que les constantes autres que la température : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, tension artérielle, n'étaient évaluées que dans 2% des consultations non programmées. Ce résultat invite à évaluer la démarche d'appréciation globale de l'état de santé de l'enfant que les médecins généralistes adoptent.

La température n'était prise que dans 1/3 des consultations non programmées, sachant que dans 2/3 des cas les nourrissons consultaient en aigu pour une affection des voies respiratoires.

On peut penser que les médecins font confiance à la mesure de la température prise par les parents. De même, ils évaluent probablement l'aspect général et le tonus du nourrisson, une tachycardie à l'auscultation, et une détresse respiratoire sur des signes de lutte visibles.

#### *4.4.2.3 Thèmes abordés par le médecin*

Pendant les consultations, les médecins abordaient en moyenne 5 thèmes différents, un peu plus en cas de consultation programmée et avec les nourrissons de moins de 6 mois.

Les médecins femmes et les médecins de moins de 45 ans abordaient plus de thèmes pendant la consultation. Ni la détention du DIU santé de l'enfant, ni même le fait d'avoir une zone dédiée à l'enfant dans son cabinet, deux facteurs pouvant refléter un intérêt particulier des médecins à la pédiatrie, n'influençaient le nombre de thèmes abordés par le médecin pendant la consultation.

La CSP des parents influençait le nombre de thèmes abordés par le médecin, qui un abordait en moyenne 1 de moins avec les catégories les plus modestes, hors CMU. Le nombre de thèmes abordés avec les familles CMU était le même qu'avec les autres familles.

Le développement de l'enfant était abordé par le médecin dans une grande majorité des consultations, programmées ou non programmées, ainsi que la prévention, dans 70% des consultations en général et dans 81% des consultations programmées. L'objectif politique de dépistage et de prévention des handicaps psychiques, sensoriels et moteurs semble intégré par les médecins. L'environnement de l'enfant intéressait aussi les médecins, qui en parlaient dans la moitié des consultations programmées.

#### *4.4.2.4 Différences selon l'âge du nourrisson*

Nous avons remarqué une différence nette entre les consultations des nourrissons avant 6 mois, et après 12 mois.

Avant 6 mois, les nourrissons étaient plus vus dans le cadre de leur suivi que de façon non programmée. Cela s'explique par le rythme mensuel des consultations obligatoires entre

0 et 6 mois, et par le fait qu'ils sont protégés par les anticorps maternels pendant les premiers mois de vie. Après 12 mois, les consultations obligatoires étant moins nombreuses, les nourrissons étaient plus vus de façon non programmée.

Les consultations duraient plus longtemps chez les nourrissons de moins de 6 mois : 21 min 30 sec avant 6 mois, et 17 min 30 sec après 12 mois. Cette différence s'explique par le fait que les consultations programmées duraient plus longtemps que les consultations non programmées. On peut aussi penser que le temps de déshabillage et de rhabillage des nourrissons est plus long avant 6 mois.

Si la mère accompagnait l'enfant dans la majorité des cas, c'était d'autant plus vrai avant 6 mois, puisqu'elle était présente dans 95% des consultations. Après 12 mois, elle l'accompagnait toujours dans 85% des cas, mais l'enfant était plus souvent accompagné par le père seul qu'avant 6 mois.

Les échanges verbaux étaient plus nombreux avant 6 mois, puisque parents et médecins abordaient plus de thèmes à cet âge. Le développement de l'enfant était plus souvent abordé avant 6 mois qu'après un an, ainsi que la prévention, surtout par le médecin. Ces échanges montrent à quel point les premiers mois du nourrisson sont importants pour médecins et parents. Le médecin profite de chaque consultation pour faire le point sur la situation du nourrisson. Et les parents ont probablement plus d'interrogations et d'inquiétudes chez le jeune nourrisson, d'autant plus que c'était le premier enfant du couple dans la moitié des cas.

L'examen physique du nourrisson était aussi différent selon l'âge. Avant 6 mois, 2 gestes de plus étaient réalisés en consultation programmée. Les mensurations de l'enfant, le développement psychomoteur, la vision et l'audition notamment étaient plus examinés avant 6 mois qu'après un an.

Avant 6 mois les autres professionnels de santé étaient plus souvent cités pendant les consultations qu'après 12 mois, par les parents et le médecin, ce qui peut s'expliquer par le nombre d'intervenants plus important en post natal immédiat : PMI, sage-femme, pédiatre.

### 4.4.3 Attentes parentales

#### 4.4.3.1 *Place de la mère*

La mère est l'interlocuteur principal du médecin. Elle accompagne en effet le nourrisson dans 90% des consultations, et dans 85% des cas seule.

Les pères étaient présents, seuls ou en couple, dans 10% en consultations de suivi. En consultation non programmée, les pères accompagnant leur nourrisson était plus important, puisqu'ils assistaient à 20% des consultations.

La présence prédominante de la mère auprès du nourrisson est probablement le vestige d'un modèle familial traditionnel, actuellement en plein bouleversement. Le père était principal pourvoyeur de ressources pour sa famille, et le rôle dévolu à la femme était de s'occuper, au sein de la famille, du mari et de l'éducation des enfants, en étant une bonne maîtresse de maison.

### 4.4.3.2 *Choix du médecin*

#### 4.4.3.2.1 *Médecin traitant*

Le médecin consulté est le médecin traitant de la mère dans 82% des cas, et celui des pères dans 41% des cas. Il est probable que le père ait déclaré un médecin traitant puisque fin 2011, 89,7% des assurés sociaux avaient déclaré un médecin traitant [50]. On remarque qu'il y avait 23% de non réponse concernant le médecin traitant du père. La mère étant le principal parent accompagnant, il était plus facile de recueillir cette donnée pour la mère que pour le père s'il était absent lors de la consultation. Cette proportion de non réponse pourrait aussi être expliquée par le fait que les pères ne savent pas s'ils ont déclaré un médecin traitant, ni lequel. En effet, en 2002 une enquête de l'INSEE [51] montrait que les femmes étaient plus attentives à leur santé que les hommes, notamment car elles consultaient plus : 4.4 fois par an entre 15 et 34 ans contre 3 fois pour les hommes.

#### 4.4.3.2.2 *Proximité*

Dans la thèse de Marie MICHEL sur les critères de choix du médecin pour le suivi régulier de leur enfant [12], les parents choisissaient le médecin généraliste notamment pour la proximité de leur lieu de vie. Effectivement, dans notre enquête, 2/3 des cabinets des médecins observés étaient situés à moins de 5 kilomètres du domicile familial.

#### 4.4.3.2.3 *Mode d'expression*

Le recueil du mode d'expression entre médecins et patients permettait d'évaluer la proximité entre eux.

La règle en consultation reste le vouvoiement entre médecins et patients, comme c'était le cas dans 82% des consultations.

Dans 5% des cas, médecins et patients se tutoyaient réciproquement, témoin d'une grande proximité, pouvant expliquer le choix du médecin pour suivre leur nourrisson.

D'autre part, 11% des médecins tutoyaient leur patient pendant les consultations, sans que cela ne soit réciproque. Ce pourcentage augmentait avec l'âge pour arriver à 20% de tutoiement unilatéral par les médecins de plus de 55 ans.

En s'appuyant sur la définition que donne le dictionnaire « Le Robert » (sous la direction d'Alain REY Edition 2005 [52]) qui précise que : « *En règle générale, on tutoie de nos jours (en français de France) les personnes auxquelles on est uni par les liens de parenté, d'amitié ou de camaraderie* », on peut affirmer que le tutoiement réciproque représente une grande proximité entre le patient et le médecin.

La répartition, selon les classes d'âge, du tutoiement par le médecin seul conduit à s'interroger sur sa signification. Cette pratique, qui marque la dissymétrie de la relation médecin/patient, peut être rapportée aux vestiges de relations soignant/soigné plus paternaliste, ou à la continuité d'une relation ancienne avec de jeunes adultes connus dans l'enfance [53]. C'est aussi le témoin d'une stabilité de la relation médecin/patient, qui vient relativiser l'idée de nomadisme médical. La relation de confiance entre médecin et patients doit faire partie des critères de choix pour les parents du médecin suivant leur nourrisson.

#### 4.4.3.3 *Carnet de santé*

Le carnet de santé était apporté dans la quasi-totalité des consultations : dans 94% des cas. Il était plus souvent oublié en consultation non programmée : dans 12% des cas, contre 2% des consultations de suivi, ce que l'on peut expliquer par l'imprévu et la précipitation que représentent les situations aiguës.

L'utilité de cet outil, mis en place depuis 1945, semble être bien comprise par les parents. Dans sa thèse d'exercice publiée en 2013, Delphine LE TORTOREC BERTRAND a travaillé sur l'usage et les représentations des parents sur le carnet de santé [54]. Son étude confirmait que les parents avaient identifié le carnet de santé comme outil du suivi de l'enfant, particulièrement concernant la croissance et la vaccination. Le carnet de santé apparaissait aussi comme un objet symbolique pour les parents, utile à la mémoire des événements de vie de la petite enfance, et certains parents y étaient ainsi attachés au-delà de son rôle de dossier médical.

#### 4.4.3.4 *Thèmes abordés*

Les parents abordaient environ trois thèmes pendant la consultation, deux de moins que le médecin, qui avait un temps de parole trois fois plus long que les parents.

Les thèmes les plus abordés par les parents concernaient le développement de l'enfant, et les pathologies ou symptômes. Même en cas de consultation programmée, les parents abordaient dans 2/3 des cas une pathologie ou un symptôme, plus qu'ils n'abordaient la prévention. On peut penser que les parents restent assez soucieux pour leur enfant, ce qui peut être logique avec un nourrisson, qui était le premier enfant du couple dans la moitié des cas.

Le nombre de thèmes abordés par les parents changeait peu avec le motif de consultation, ou avec l'âge de l'enfant. Ni le sexe ni l'âge du parent accompagnant ne faisaient varier le nombre de thèmes abordés. Ni la situation professionnelle, ni la CSP, ni le secteur d'activité des parents n'influençaient le nombre de thèmes qu'ils abordaient.

Par contre les parents bénéficiant de la CMU abordaient en moyenne un thème de plus, ce qui souligne l'importance de la consultation médicale pour cette catégorie de patients.

#### 4.4.4 Coopérations interprofessionnelles

Si le suivi de l'enfant est organisé en termes de rythme, il ne l'est pas pour ce qui est du médecin suivant l'enfant. Plusieurs choix s'offrent aux parents : médecin généraliste, pédiatre ou médecin de PMI.

Selon une étude de la DREES publiée en 2007 [8], 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.

En 2014, une autre étude de la DREES [9], [10] montre que les certificats des nourrissons sont majoritairement établis par les généralistes, que ce soit au 9<sup>ème</sup> mois (53,9 % par les généralistes contre 45,3 % pour les pédiatres) ou au 24<sup>ème</sup> mois (57,5 % contre 41,5 %).

Dans sa thèse d'exercice sur le suivi régulier des enfants de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées, publiée en 2013, Marie MICHEL s'intéresse aux critères de choix des parents dans la sélection du médecin pour le suivi régulier de leur enfant de 0 à 6 ans : médecin généraliste, pédiatre ou médecin de PMI, ainsi qu'aux attentes des parents pour ce suivi. Elle a aussi étudié les critères socio-économiques influençant leur choix [12]. Dans son étude, 52% des parents avaient choisi un pédiatre pour le suivi régulier de leur nourrisson, 35% un médecin généraliste et 13% un médecin de PMI. De 2 à 6 ans cette tendance s'inversait puisque 66% des enfants étaient suivis par un médecin généraliste, 32% par un pédiatre et 2% par un médecin de PMI. En cas de pathologie aiguë de leur enfant, les parents faisaient appel le plus souvent au médecin qui suivait de façon régulière leur enfant. Cela était d'autant plus vrai pour les enfants suivis régulièrement par le médecin généraliste. 26% des enfants étaient suivis exclusivement par un pédiatre, beaucoup plus que les 5% énoncés par la DREES [8], sachant que l'étude était réalisée à Toulouse et à Rodez, région où les pédiatres sont plus nombreux qu'à l'échelle nationale. Dans cette enquête, les parents choisissaient le médecin généraliste pour sa disponibilité et la proximité de leur lieu de vie. Ils choisissaient le pédiatre pour sa compétence professionnelle et sa réputation. La gratuité de la consultation en PMI était une motivation importante pour les parents choisissant un médecin de PMI, souvent jeunes et sans emploi. La proportion des familles à enfant unique était plus importante chez le pédiatre. Le pédiatre était choisi en premier lieu chez les mères âgées de 25-35 ans et les pères âgés de 30-35 ans. Pour les autres tranches d'âge, le médecin généraliste a été préféré. Les catégories socio-professionnelles les plus aisées, « cadres », ont choisi le pédiatre pour le suivi régulier de leur enfant. Toutes les autres catégories ont préféré le suivi par le médecin généraliste.

Dans une autre thèse d'exercice sur les facteurs déterminants l'orientation des nourrissons et des enfants âgés de moins de 6 ans vers le médecin généraliste ou le pédiatre, publiée en 2014, Laurence MYARA ZENOU retrouvait les mêmes caractéristiques [13]. 70% des pères cadres ou ayant une profession intellectuellement supérieure choisissaient le pédiatre pour le suivi régulier de leur enfant. Les proportions étaient équivalentes chez les mères faisant partie de cette catégorie socio-professionnelle (23% pour le médecin généraliste contre 77% pour le pédiatre). Les ménages ayant un revenu moins important privilégiaient, eux, le médecin généraliste : 69% des pères ouvriers ou sans emploi. Les mères sans emploi, au foyer ou en congé parental choisissaient par contre davantage le pédiatre (66%), ce qui peut sembler contradictoire, mais on imagine facilement que ces femmes peuvent se permettre de ne pas travailler, car leur mari a un revenu conséquent. Cela rejoint la conclusion que les ménages ayant un revenu plus élevé privilégient le pédiatre. Pour les employés, ayant un revenu moyen, le choix était mitigé entre médecin généraliste et pédiatre.

Les collaborations entre les professionnels de la santé de l'enfant restent informelles, faute d'organisation du système de santé. La mission de chacun n'étant pas définie dans le système de soins, il n'existe pas de collaboration structurée et complémentaire autour de missions.

Dans sa thèse Laurence MYARA ZENOU [13] revient sur le ressenti des parents concernant la relation médecin généraliste/pédiatre. La majorité d'entre eux (78%) voit cette relation complémentaire, contre 22% qui la considèrent concurrente. Ce sont principalement les parents ayant choisi le médecin généraliste qui voient cette relation concurrente.

Dans notre étude, nous avons essayé d'évaluer les coopérations entre ces différents intervenants par l'évocation d'autres professionnels de santé pendant les consultations, par le médecin ou par les parents. Un autre professionnel de santé était évoqué dans 39% des cas. Dans 16% des consultations était évoqué un autre médecin (généraliste ou spécialiste), dans 14% des cas un professionnel de PMI (médecin ou puéricultrice), dans 10% des cas un pédiatre (hospitalier ou libéral) et dans 10 % des cas un autre professionnel de santé : kinésithérapeute, ostéopathe, sage-femme...

Plus d'allusions étaient faites dans les consultations menées par les médecins femmes, et avec les médecins détenteurs du DIU de santé de l'enfant. Il n'y avait pas plus d'allusion quand les médecins avaient une zone dédiée à l'examen de l'enfant dans son cabinet. Moins d'allusions étaient faites avec les médecins exerçant seuls, avec qui la durée des consultations était plus courte. Les médecins seuls exerçaient plus en milieu rural, où autant d'allusions étaient faites, ce qui est contre intuitif. L'accès à d'autres médecins, spécialistes ou pédiatres, y étant probablement difficile, il est possible que le médecin généraliste soit le seul référent et qu'il n'y ait pas d'autre professionnel de santé à évoquer.

Il est intéressant de voir que, dans les consultations avec les familles bénéficiant de la CMU, une allusion est faite dans 61% des consultations, ce qui montre bien l'importance des collaborations entre professionnels de santé pour ces patients, moins vus de façon programmée par les médecins généralistes.

Le carnet de santé permet de faire le lien entre les différents acteurs du suivi du nourrisson. Quand il était apporté, le médecin le consultait dans 95% des cas, et le remplissait dans 94% des cas. Cette donnée nous montre à quel point la profession s'est approprié le carnet de santé comme trace des interventions et outil de coordination des soins. Il permet aux médecins qui ne connaissent pas l'enfant de lire son « passé médical », rôle de lien entre les professionnels de santé bien identifié par les parents avec qui Delphine LE TORTOREC BERTRAND s'était entretenue pour sa thèse sur l'usage et les représentations des parents sur le carnet de santé [54].

#### 4.4.5 Inégalités sociales

Malgré un effectif modéré de familles bénéficiant de la CMU (8% des cas, soit 18 consultations), il est intéressant de voir que le profil des consultations de ces nourrissons est différent.

D'abord on note que le motif de consultation était principalement non programmé, dans 2/3 des cas, et dans 1/3 des cas seulement ils consultaient dans le cadre du suivi. Les proportions sont inversées pour les familles appartenant au régime général.

La durée moyenne de consultation avec ces familles était plus courte : 17 minutes 45 secondes, car les consultations étaient surtout non programmées. Par contre, en cas de suivi, la durée moyenne de consultation chez ces familles était 22 minutes 30, soit une minute de plus que dans la population générale.

Ces parents en situation précaire abordaient plus de thèmes que les autres, ce qui est contre intuitif au vu de la durée de consultation. Le médecin généraliste reste donc un

interlocuteur important pour ces familles, qui font un usage utile de leur temps de consultation.

Les parents des familles CMU en profitaient pour aborder le développement de l'enfant dans 70% des consultations, la prévention dans près de 40% des cas, et l'environnement ou la famille dans la moitié des consultations (thème beaucoup moins abordé par les parents du régime général). Consultant la plupart du temps en aigu, les pathologies ou symptômes étaient abordés dans 80% des consultations.

L'enquête « santé et protection sociale » du CREDES menée en 2002 [55] montrait que parmi les bénéficiaires de la CMU, 17 % des personnes interrogées déclaraient un état de santé mauvais ou très mauvais ; et seulement 6 % pour les non bénéficiaires. Confrontés à des pathologies plus graves ou ressenties comme telles, il paraît logique que les familles bénéficiant de la CMU aient plus d'inquiétudes et de thèmes à aborder.

Les médecins parlaient autant avec ces familles, puisqu'ils évoquaient le même nombre de thèmes. Ils évoquaient le développement de l'enfant dans 90% des consultations, ainsi que la prévention, dans 2/3 des consultations. Cette donnée est rassurante car même en contexte non programmé, les médecins s'intéressaient globalement au nourrisson et « rattrapaient » les consultations programmées. Les questions de pathologies ou symptômes étaient abordés dans la plupart des cas par les parents.

C'est l'occasion de poser la question du suivi programmé des nourrissons, et de l'efficacité des mesures de prévention. La loi de 1970 [4] encadrait effectivement le suivi de l'enfant en rendant obligatoire la délivrance de certificats médicaux au 8<sup>e</sup> jour, 9<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> mois, mettant l'accent sur la lutte notamment sur le dépistage et sur la prévention des handicaps psychiques, sensoriels et moteurs. Ces mesures paraissent, dans cette étude, rater leur cible au moins en partie, puisqu'elles ne semblent pas efficaces pour les plus défavorisés.

Il est possible que les familles bénéficiant de la CMU aient choisi un autre médecin pour suivre leur nourrisson, notamment à la PMI, accessible par les plus démunis où aucune avance de frais n'est nécessaire. Si ce choix paraît tout à fait justifié, le problème réside dans les importantes difficultés auxquelles sont confrontés actuellement les services de PMI, tenant à un manque de moyens, influant en premier lieu sur leur capacité à exercer leurs missions dans de bonnes conditions mais aussi sur le respect des normes. S'y ajoutent d'importantes disparités entre les politiques des départements et des difficultés plus récentes comme la diminution du nombre de médecins exerçant en PMI et l'accroissement de la population à couvrir [56].

Le recours au médecin plus important en situation aiguë des bénéficiaires de la CMU peut refléter une certaine difficulté à faire face aux symptômes de l'enfant, ou encore une moins bonne perception de l'urgence, chez des patients en déficit de sentiment de sécurité existentielle. On peut aussi imaginer que les classes plus aisées de la population (« classe moyennes et supérieures ») soient plus observantes quant au suivi de leur nourrisson, respectant le rythme des consultations conseillé. Il existe probablement un lien entre consultation programmée et vie organisée, suffisamment dépourvue d'inquiétude au quotidien pour se préoccuper de l'avenir d'un enfant bien portant. Malgré tout, grâce à ces consultations non programmées, ces enfants sont vus par un médecin généraliste, le carnet de santé est consulté, rempli, et la relation de soin peut s'entretenir.

## 4.5 Perspectives

### 4.5.1 Préconisation pour la pratique médicale

Si l'évaluation du développement psychomoteur du nourrisson ainsi que le dépistage de troubles visuels sont bien instaurés dans l'examen de l'enfant avant 6 mois, c'est beaucoup moins le cas après 1 an. D'autre part, le dépistage des troubles auditifs ne sont pratiquement pas recherchés par les praticiens observés, quel que soit l'âge de l'enfant. Il semblerait intéressant de sensibiliser la population et les médecins sur le dépistage des troubles sensoriels de l'enfant, sachant les répercussions importantes sur la vie personnelle et sociale de l'enfant si ses troubles ne sont pas dépistés à temps.

### 4.5.2 Propositions de recherche

#### *4.5.2.1 Acteurs du suivi du nourrisson*

Les données de notre enquête permettent de souligner que, malgré la désorganisation du suivi du nourrisson de par les choix multiples qui s'offrent aux parents, les autres professionnels de santé sont souvent évoqués pendant les consultations. Pour mieux comprendre comment s'organisent les coopérations interprofessionnelles autour de la santé de l'enfant, à l'initiative de qui elles sont mises en œuvre et dans quel objectif, il serait intéressant de savoir qui aborde le sujet, parents ou médecin, et dans quel contexte.

Il serait aussi intéressant de réaliser cette enquête auprès des médecins de PMI et les pédiatres libéraux, pour comparer l'offre de soin des différents acteurs du suivi du nourrisson. Cela mettrait l'accent sur les compétences et limites de chacun, pour mieux comprendre comment organiser le suivi du nourrisson pour qu'il soit optimal.

#### *4.5.2.2 Attentes parentales*

Cette thèse nous donne une idée des attentes parentales concernant les nourrissons en médecine générale. Il serait intéressant de réaliser une analyse qualitative avec les parents de nourrissons, pour mieux comprendre ces attentes et s'assurer que l'offre de soin proposée par les médecins y répond.

#### *4.5.2.3 Suivi du nourrisson des populations défavorisées*

Les nourrissons des familles bénéficiant de la CMU étaient moins vus par le médecin généraliste pour leur suivi, mais plutôt dans des situations non programmées. Le développement psychomoteur était moins évalué chez ces enfants, et le dépistage des troubles sensoriels pas toujours fait par le médecin généraliste. Il serait intéressant d'analyser les pratiques de ces populations pour mieux comprendre leur utilisation du système de soin en pédiatrie. Si les nourrissons sont suivis par un autre médecin, des collaborations entre professionnelles seraient intéressantes autour de ces enfants. Si les consultations programmées ne sont pas réalisées, il faudrait leur proposer un suivi plus adapté, simple et accessible. Les populations défavorisées, ciblées par la politique volontariste autour de la périnatalité, doivent être un de nos principales préoccupations.

## **5 CONCLUSION**

L'évaluation des consultations de nourrissons en médecine générale abordée dans ce travail, a été motivée par notre volonté de mieux comprendre l'offre de soins proposée par les médecins généralistes, et en second lieu les attentes parentales, dans le champ de la pédiatrie.

Cette enquête par observation directe a permis d'analyser les caractéristiques de ces consultations, et de définir des déterminants les faisant varier. Des disparités de modalités des pratiques, selon les caractéristiques des médecins, des nourrissons et de leurs parents, sont mises en évidence dans cette étude.

Les consultations programmées différaient des consultations non programmées, pour une pathologie ou un symptôme. 58% des nourrissons observés consultaient dans un cadre programmé, soit beaucoup plus que dans les différentes études sur le sujet.

La consultation du nourrisson était plus longue que dans la population générale puisqu'elle durait 19 minutes et 30 secondes en moyenne, contre 16 minutes. Cette durée augmentait chez les nourrissons de moins de 6 mois, ainsi que dans les consultations programmées, ou lorsque la mère accompagnait seule l'enfant. Les consultations duraient plus longtemps quand elles étaient menées par des médecins femmes, ou par des médecins de moins de 45 ans. Les consultations étaient plus courtes quand elles étaient menées par un médecin exerçant seul, ou quand elles avaient lieu en milieu rural.

L'examen physique variait peu selon les caractéristiques des médecins, des parents ou du nourrisson (nombre de gestes, mensurations, auscultation cardio-pulmonaire, dépistage visuel). Le développement psychomoteur était bien évalué avant 6 mois, beaucoup moins après un an. Le dépistage des troubles de l'audition était peu réalisé par les médecins observés.

À propos des échanges verbaux, les médecins avaient un temps de parole environ trois fois plus long que les parents, et ils évoquaient plus de thèmes. Le développement de l'enfant et la prévention étaient des préoccupations quasi constantes des médecins. Les parents abordaient beaucoup le développement de l'enfant mais aussi les pathologies et symptômes éventuels, témoignant d'une certaine inquiétude concernant leur nourrisson.

La mère était l'interlocuteur principal du médecin puisqu'elle accompagnait le nourrisson dans la quasi-totalité des consultations. On note que le père accompagnait plus souvent seul l'enfant en cas de consultation non programmée, et après 12 mois. L'utilité du carnet de santé comme outil du suivi de l'enfant semblait bien compris par les parents qui l'apportaient dans la quasi-totalité des consultations.

Il existait dans cette étude deux profils de consultations. Avant 6 mois, les consultations étaient plus longues, les nourrissons plus vus dans le cadre de leur suivi, plus de thèmes étaient abordés par les parents et les médecins, le développement psychomoteur et le dépistage des troubles sensoriels étaient plus évalués. Après 12 mois, les consultations se raccourcissaient, les nourrissons étaient plus vus de façon non programmée, les échanges verbaux étaient moins importants, les thèmes abordés changeaient, et l'examen du développement psychomoteur et des troubles sensoriels étaient moins réalisés.

Évaluées sur un petit échantillon, on remarque que le profil des consultations des familles bénéficiant de la CMU était différent. Plus souvent non programmées, elles étaient plus courtes, mais le développement de l'enfant et la prévention y étaient souvent abordés par les médecins. Par contre les consultations programmées étaient un peu plus longues que celles des nourrissons de famille ne bénéficiant pas de la CMU, plus de thèmes y étaient abordés, dont le développement de l'enfant et la prévention. Les médecins généralistes observés apparaissent comme des interlocuteurs importants pour ces familles.

Les allusions aux autres professionnels de santé, faites par les parents ou les médecins pendant les consultations, ont été recueillies pour essayer de comprendre les coopérations interprofessionnelles, dans un système de soin où les collaborations entre les professionnels de santé de l'enfant restent informelles, faute d'organisation du suivi de l'enfant. Un autre professionnel de santé était évoqué dans 39% des cas, par le médecin ou les parents. Une allusion était faite dans 61% des consultations avec les familles bénéficiant de la CMU, ce qui témoigne de l'intérêt des médecins généralistes pour le suivi de ces nourrissons qu'ils voient moins.

Dans un prochain travail, dans une perspective d'organisation des coopérations interprofessionnelles, il serait intéressant de réaliser le même type d'enquête auprès des médecins de PMI et des pédiatres, pour comprendre l'offre de soin proposée par ces autres professionnels de santé de l'enfant, et comparer les activités des différents acteurs du suivi du nourrisson.

## **6 BIBLIOGRAPHIE**

1. République Française. Loi sur la protection maternelle et infantile [Internet]. Code de la santé publique, 45-2720 nov 5, 1945. Disponible sur:  
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=81FD434B3CE1FB899635FDB5774FA938.tpdjo14v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000704580&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=81FD434B3CE1FB899635FDB5774FA938.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000000704580&categorieLien=id)
2. Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle Médicale Francophone. La protection maternelle et infantile : Organisation et missions [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2011 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur:  
<http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/pmi/site/html/cours.pdf>
3. République Française. Loi modifiant le titre 1 (protection Maternelle et Infantile) du livre II du code de la santé publique [Internet]. Code de la santé publique, 64-677 juill 6, 1964. Disponible sur:  
[http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=4D51336532F54A9D60A2B18D0332315E.tpdjo07v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000503938&dateTexte=19640709](http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=4D51336532F54A9D60A2B18D0332315E.tpdjo07v_2?cidTexte=JORFTEXT000000503938&dateTexte=19640709)
4. République Française. Loi relative à une contribution nationale à l'indemnisation des Français dépossédés de biens situés dans un territoire antérieurement placé sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France [Internet]. Code de la santé publique, 70-632 juill 15, 1970. Disponible sur:  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000019235295&dateTexte=vig>
5. République Française. Article L2111-1 [Internet]. Code de la santé publique juin 28, 2005. Disponible sur:  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687348&dateTexte=&categorieLien=cid>
6. Assurance Maladie. Surveillance médicale de l'enfant : examens et vaccination [Internet]. 2013 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/surveillance-medicale-pour-votre-enfant.html>
7. Renard V, Druais PL. Audition du collège de la médecine générale [Internet]. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS); 2012 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur:  
[http://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/ONDPS\\_Commission\\_sant%C3%A9\\_enfant\\_CMGF\\_CNGE\\_120411.pdf](http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/ONDPS_Commission_sant%C3%A9_enfant_CMGF_CNGE_120411.pdf)
8. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Etud Results. août 2007;(588):1-8. [cité 2 juin 2015]. Disponible sur :  
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>

9. Collet M, Vilain A. Le troisième certificat de santé de l'enfant [certificat au 24ème mois (CS24)] - Validité 2012. Sources et Methods [Internet]. août 2014 [cité 1 juin 2015];(48). Disponible sur: [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-sources\\_et\\_methodes-48.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-sources_et_methodes-48.pdf)
10. Vilain A, Collet M. Le deuxième certificat de santé de l'enfant [certificat au 9ème mois (CS9)]-2012. Sources Methods [Internet]. août 2014 [cité 1 juin 2015];(47). Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/14707>
11. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Résumé des principaux sujets abordés depuis mai 2002. Point de conjoncture [Internet]. déc 2003 [cité 1 juin 2015];(20). Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/PointDeConjoncture/20/1.pdf>
12. Michel M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : généraliste, pédiatre ou PMI ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine, Université Toulouse III Paul Sabatier; 2013 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/200/1/2013TOU31074.pdf>
13. Myara Zenou L. Facteurs déterminants l'orientation des nourrissons et des enfants âgés de moins de 6 ans vers le médecin généraliste ou le pédiatre [Internet] [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine, Université Paris Diderot Paris 7; [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4786\\_MYARA\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4786_MYARA_these.pdf)
14. INSEE (Institut National de la Statistiques et des Études Économiques). Évolution de la population [Internet]. 2014 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&reg\\_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age3.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm)
15. INSEE (Institut National de la Statistiques et des Études Économiques). Natalité - Fécondité [Internet]. 2012 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=T12F035](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F035)
16. INSEE (Institut National de la Statistiques et des Études Économiques). Bilan démographique 2014 - Pyramides des âges au 1er janvier (France métropolitaine) [Internet]. 2015 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide.htm>
17. Lebreton Lerouvillois G. Atlas de la Démographie Médicale 2014 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2014 [cité 1 juin 2015]. 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)
18. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Prise en charge de la santé de l'enfant [Internet]. ONDPS; 2013 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS\\_Prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_sante\\_de\\_l\\_enfant\\_mars\\_2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_mars_2013.pdf)

19. Département des Affaires Régionales de l'Économie et de la Santé (DARES) (ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité). Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise PCS-ESE [Internet]. Institut National de la Statistiques et des Études Économiques (INSEE); 2003 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur:

[http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcse/pcse2003/doc/Brochure\\_PCS\\_ESE\\_2003.pdf](http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcse/pcse2003/doc/Brochure_PCS_ESE_2003.pdf)

20. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Définitions [Internet]. 2015 [cité 2 juin 2015]. Disponible sur:

<http://insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/liste-definitions.htm>

21. INSEE (Institut National de la Statistiques et des Études Économiques). Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2013 [Internet]. 2013 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=nattef02135](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef02135)

22. Zanda JL, Funès C. Le champ social et médico-social : une activité en forte croissance, des métiers qui se développent et se diversifient. Repères & Analyses [Internet]. mai 2012 [cité 1 juin 2015];(44). Disponible sur: [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Reperes\\_et\\_analyses.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Reperes_et_analyses.pdf)

23. Tuffery Soubeyrand D. Prise en charge du nourrisson en médecine générale : résultats d'une enquête dans les Ardennes en 2006 [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine, Université de Reims; 2006.

24. Bozena M. Le suivi de l'enfant par le médecin généraliste de la naissance au 24ème mois [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Marseille, Université d'Aix Marseille II; 1995.

25. Poitrasson Tigrinate S. Déterminants qui conduisent les parents à choisir entre médecin généraliste et pédiatre pour le suivi régulier de leur nourrisson gardé en crèche. Faculté de médecine, Université d'Aix Marseille II; 2009.

26. Robustelli J. L'effet Hawthorne, véritable outil de conduite du changement ? Les Echos [Internet]. 21 déc 2011 [cité 5 juin 2015]; Disponible sur:

[http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2011/12/21/cercle\\_41450.htm](http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2011/12/21/cercle_41450.htm)

27. Lebreton Lerouvillois G. La démographie médicale en région Pays de la Loire [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur:

[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays\\_de\\_la\\_loire\\_2013\\_0.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf)

28. Union Régionale des Professionnels de la Santé (URPS) Pays de Loire. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux en EHPAD dans la région des Pays de la Loire [Internet]. 2014 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/uploads/Etudes%20et%20actions/D%C3%A9pendance/Etat%20des%20lieux%20des%20pratiques%20des%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20lib%C3%A9raux%20en%20EHPAD%20dans%20la%20r%C3%A9gion%20des%20Pays%20de%20la%20Loire.pdf>

29. Leroy O. Activités et pratiques professionnelles des maîtres de stage ambulatoire de la faculté d'Angers [Internet] [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine, Université d'Angers; 2011 [cité 5 juin 2015]. Disponible sur: [http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se\\_O.LEROY\\_.pdf](http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se_O.LEROY_.pdf)
30. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2011. Série Statistiques [Internet]. mai 2011 [cité 1 juin 2015];(157). Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat152-6.pdf>
31. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Thèmes [Internet]. [cité 2 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/>
32. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Eco-Santé France, Régions & Départements 2015 [Internet]. 2015 [cité 2 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>
33. Rengot M, Sampil M, Lepez S, Brosh S. Bilan CMU/AME dans la région Nord Pas de Calais [Internet]. Observatoire Régional de la Santé (ORS) Nord Pas de Calais; 2009 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: [http://pmb.santenpdc.org/opac/doc\\_num.php?explnum\\_id=560](http://pmb.santenpdc.org/opac/doc_num.php?explnum_id=560)
34. Guedj H. Le taux d'emploi des hommes et des femmes: des écarts plus marqués en équivalent temps plein. Insee Première [Internet]. août 2013 [cité 1 juin 2015];(1462). Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/18884>
35. Cuhe Floret J. Étude des caractéristiques des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste : observation de 132 consultations [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Faculté de médecine, Université de Nantes; 2014.
36. Observatoire de la Médecine Générale. Examen systématique et prévention [Internet]. 2012 [cité 5 juin 2015]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/index.php>
37. Griot É. Les consultations d'enfants en médecine générale. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires [Internet]. 1995 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/187/fichier\\_enfantsegbe182.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/187/fichier_enfantsegbe182.pdf)
38. Breuil Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etud Results. avr 2006;(481):1-8.
39. MG France le Syndicat des Médecins Généralistes. Les Majorations Enfants [Internet]. 2014 [cité 2 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/les-majorations-enfants>
40. Junod N, Sommer J. Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation [Internet]. Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG); [cité 18 févr 2014]. Disponible sur: [http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\\_de\\_premier\\_recours/documents/infos\\_soignants/approches\\_bon\\_deroulement\\_consultation.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/approches_bon_deroulement_consultation.pdf)

41. Duchemann A. Dépistage des troubles sensoriels du nourrisson : enquête par observation directe en médecine générale [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine, Université de Nantes; 2014
42. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Centre d'expertise collective. Santé de l'enfant propositions pour un meilleur suivi. Paris: INSERM, Institut national de la santé et de la recherche scientifique; 2009.
43. Hajage D, Livinec F, Kaminski M, Flahaut A. Dépistage et prise en charge des déficiences de l'enfant en médecine générale. Sentiweb-hebdo [Internet]. 8 nov 2005 [cité 7 juin 2015];(2005-44). Disponible sur:  
[http://www.orpha.net/actor/Orphanews/2005/doc/hebdo\\_2005s44.pdf](http://www.orpha.net/actor/Orphanews/2005/doc/hebdo_2005s44.pdf)
44. Dutel E. Attitude des médecins généralistes face à un retard de développement psychomoteur chez [Internet] [Mémoire de stage chez le praticien de niveau 1]. Faculté de médecine Lyon - Est, Université Claude Bernard Lyon 1; 2014 [cité 7 juin 2015]. Disponible sur: [http://clge.fr/IMG/pdf/DUTEL\\_Elsa.pdf](http://clge.fr/IMG/pdf/DUTEL_Elsa.pdf)
45. Haute Autorité de Santé (HAS). Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans destinées aux médecins généralistes, médecins de PMI et médecins scolaires [Internet]. HAS; 2005 [cité 7 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages\\_individuels\\_28j-6ans\\_-\\_propositions\\_2006\\_2006\\_12\\_28\\_15\\_55\\_46\\_52.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28_15_55_46_52.pdf)
46. Guillemet JM, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. J Pédiatrie Puériculture. 2010 Jun;23(3):125–30
47. Colineau Méneau A, Neveur MA, Beucher A, Hitoto H, Dagorne C, Dubin J, et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine et Loire. Sante Publique. mars 2008;20:259-68. [cité 2 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-3-page-259.htm>
48. Beley G, Buisson G, Bursztyn J, Dupont AC, Dureau P, Foucault C. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant [Internet]. Société Française de Pédiatrie; 2009 [cité 2 juin 2015]. Disponible sur:  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage\\_des\\_troubles\\_visuels\\_chez\\_l\\_enfant.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf)
49. Beley G, Buisson G, Dehetre A, Dupont AC, Foucault C, François M. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant [Internet]. Société Française de Pédiatrie; 2009 [cité 2 juin 2015]. Disponible sur:  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage\\_des\\_troubles\\_de\\_l\\_audition\\_chez\\_l\\_enfant.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_de_l_audition_chez_l_enfant.pdf)
50. Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. 2013 p. 187-218.

51. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. Insee Première [Internet]. oct 2002 [cité 1 juin 2015];(869). Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/416>
52. Rey A, éditeur. Dictionnaire culturel en langue française: présentant plus de 70 000 mots du français classique, moderne et très contemporain, avec leur origine, leurs sens et leurs emplois clairement définis, illustrés de nombreuses citations littéraires, en exemple de bon usage, de beau style, de pensée et de poésie. Paris: Le Robert; 2005.
53. Comité d’Ethique de l’hôpital Esquirol. Avis n°3 [Internet]. Établissement Public de Santé (EPS) Esquirol; 2010 [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/HDSM\\_INTERNET/Ressources/FCKfile/Professionnels%20de%20sant%C3%A9/Comit%C3%A9%20d%27%C3%A9thique%20-%20avis%20n%C2%B03.pdf](http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/HDSM_INTERNET/Ressources/FCKfile/Professionnels%20de%20sant%C3%A9/Comit%C3%A9%20d%27%C3%A9thique%20-%20avis%20n%C2%B03.pdf)
54. Le Tortorec Bertrand D. Le carnet de santé de l’enfant : usage et représentations des parents depuis 2006 [Internet] [Thèse d’exercice]. Faculté de médecine, Université de Nantes; 2013 [cité 13 juin 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/63126d52-058b-4dba-b20b-7698dc3a6c1c>
55. Le Fur P, Perronin M. L’état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002. Quest Econ Sante [Internet]. déc 2003 [cité 1 juin 2015];(76). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes76.pdf>
56. Archimbaud A. L’accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité [Internet]. 2013 sept [cité 1 juin 2015]. Disponible sur: [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport\\_officiel-aline\\_archimbaud%5B1%5D.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf)

## **7 ANNEXES**

### **Annexe 1**

#### **Fiche médecin**

(Enquête observationnelle de consultations de nourrissons en médecine générale)

**Nom interne :**  
**CODE MEDECIN :**

#### **Médecin**

- Sexe :
- Age :
- DIU obtenus :
- Autre exercice  oui le quel :  PMI  
 EHPAD  
 autres : lesquels ....  
 non

#### **Cabinet :**

- Commune  < 5000 hab  5000 – 60000 hab  > 60000 hab
- Cabinet :  seul  
 groupe de médecins  
 maison de santé pluridisciplinaire
- Année de thèse :
- Depuis quand exerce t'il dans ce cabinet ? ... ans
- Zone dédiée à l'examen de l'enfant (table à langer dédiée, et non un matelas déposé sur la table d'examen pour adulte)  
 Oui  Non

## Annexe 2

### OBSERVATION DE L'INTERACTION MEDECIN PATIENT (mai 2014)

#### FICHE D'OBSERVATION DE LA CONSULTATION D'ENFANTS DE MOINS DE 25 MOIS

Nom interne :  
Code Médecin :  
N° observation :  
Initiales de l'adulte  
accompagnant :

Données recueillies après accord du patient

#### Parents :

→ Père

ou

→ Mère

• Age :

Age :

• Situation professionnelle :

Situation professionnelle :

en emploi :  temps plein  
 temps partiel

en emploi :  temps plein  
 temps

partiel

chômage

chômage

sans activité professionnelle

sans activité professionnelle

étudiant

étudiant

autre préciser : ...

autre préciser : ...

Emploi actuel ou dernier emploi :

Emploi actuel ou dernier emploi :

.....

.....

• Situation familiale :  en couple

Parent isolé

• Couverture sociale de l'enfant :  CPAM  CMU/AME  aucune

• S'agit-il du médecin traitant :

→ de l'enfant :  oui  non

→ du père :  oui  non

→ de la mère :  oui  non

• Degré de familiarité (un des 2 parents tutoyé suffit) :  vouvoisement

tutoiment par le

médecin

tutoiment réciproque

• Proximité du cabinet :  < 1km  1-5km  > 5km

**Enfant :**

- Age en mois :
- Nombre d'enfants vivant au foyer:
- Rang de l'enfant dans la fratrie :
- Mode de garde : parents/famille      crèche      nourrice      autre
- Ancienneté du suivi de l'enfant :

**Motif de consultation :**

- consultation de suivi programmé de l'enfant (dont vaccinations)
- pathologie aigüe, laquelle : ...
- Autre demande (préciser) : ...

**Carnet de santé :**

Apporté par les parents : oui    non

Si oui : Consulté par le médecin : oui    non

Rempli par le médecin : oui    non

**Allusion à d'autres intervenants de santé pendant la consultation :**

non

oui, lesquels :

- Pédiatre libéral
- Pédiatre hospitalier
- Autre médecin généraliste
- Médecin de crèche
- Médecin de PMI
- Autres spécialistes médicaux (ophtalmo, cardio, dermato...) : ...
- Sage femme
- Puéricultrice de PMI
- Autres professionnels de santé (orthophoniste, ostéopathe...) : ...
- Autres : ...

horaires	Thèmes abordés par les parents	Thèmes abordés par le médecin	Gestes de l'examen physique
<p>De début de consult :</p> <p>.....</p> <hr/>			
<p>De début de l'ex. physique :</p> <p>.....</p> <hr/>			
<p>De fin de l'ex physique :</p> <p>.....</p> <hr/>			
<p>De fin de consult :</p> <p>.....</p>			

## Annexe 3

### OBSERVATION DE L'INTERACTION MEDECIN PATIENT

(mai 2014)

#### Notice explicative

La recherche vise à décrire et comprendre la demande des parents face au généraliste et à repérer les préoccupations, priorités et habitudes des MG. Il ne s'agit pas d'une évaluation des pratiques. Dans ce but, l'objectif de l'observation est de recueillir des faits observables (paroles et gestes) dans l'interaction entre médecins et patients sans se préoccuper des catégories médicales, ni des intentions du médecin. Les allusions aux autres professionnels (pédiatres libéral ou hospitalier ou de PMI, puéricultrice, ostéopathe, kinésithérapeute..) seront particulièrement recueillies.

#### Critères d'inclusion :

- enfant âgé de 0 à 25 mois inclus
- toute consultation de médecine générale : de suivi ou d'urgence
- parents parlant français

#### Critères de non inclusion :

- enfant non accompagné par un parent (nourrice, grands parents...)

**Thèmes pouvant être abordés par les parents ou par le médecin** (liste non exhaustive), *noter les mots utilisés par les protagonistes eux mêmes (noter par ex : « pleure la nuit » plutôt que « troubles du sommeil ») :*

- grossesse de la mère, accouchement, ...
- état de l'enfant à la naissance
- antécédents, traitements en cours, hospitalisations
- alimentation : allaitement maternel ou artificiel, diversification, vitamines
- propreté
- acquisition motrice : port de la tête, station assise, marche
- sommeil
- langage
- développement psychoaffectif
- comportement de l'enfant
- comparaison avec la fratrie ou relations avec la fratrie
- symptômes : pleurs, régurgitation, transit, toux, rhinorrhée, fièvre
- vaccins
- habillement, changement des couches
- tétine et doudou
- angoisses, fatigue parentale, difficultés multiples...
- prévention, conseils, modes de garde
- allusion à d'autres professionnels de santé pouvant intervenir auprès de l'enfant.....
- et tout autre thème imprévu

**Gestes de l'examen physique** (liste non exhaustive):

- mensurations : poids/taille/PC
- état cutané
- fontanelle et forme du crâne
- dents
- ORL : oreilles, gorge, nez
- auscultation cardiopulmonaire
- abdomen, cordon ombilical
- OGE
- orifices herniaires
- Pouls fémoraux
- examen neurologique : motricité, tonus
- vision : poursuite oculaire, réflexe cornéen, strabisme
- audition
- langage
- développement psychomoteur : selon l'age de l'enfant
- et tout autre geste ou attitude diagnostique ou thérapeutique...

NOM : FOUILLEN

PRÉNOM : Maëlle

**Titre de Thèse : Caractéristiques des consultations de nourrissons en médecine générale : observation de 222 consultations.**

---

## RÉSUMÉ

**Introduction.** Le taux de natalité est fort en France, et la densité médicale continue de baisser, concernant toutes les spécialités médicales. Si le rythme des consultations obligatoires pour les nourrissons est défini, il n'existe pas de recommandation sur le choix du médecin pour leur suivi. Dans ce contexte, nous souhaitons caractériser les consultations des nourrissons par les médecins généralistes, et analyser les déterminants faisant varier ces consultations, pour mieux comprendre l'offre de soin proposée par les médecins généralistes en pédiatrie.

**Matériel et méthode.** Les données étaient recueillies par observation directe des consultations de nourrissons, chez des médecins généralistes maitres de stage. Ce recueil comprenait les caractéristiques du médecin, celles du nourrisson et du ou des parents accompagnant(s), ainsi que le déroulé de la consultation (thèmes abordés, examen physique). Il s'agissait d'un travail de statistique descriptive.

**Résultats.** Dans cette enquête les nourrissons étaient surtout vus dans le cadre de leur suivi. Les caractéristiques des consultations variaient selon le médecin, le nourrisson et les parents. La durée moyenne de consultation était 19 minutes 30 secondes, plus que dans la population générale, durée qui augmentait chez les nourrissons de moins de 6 mois, et en consultation programmée. Les médecins évoquaient plus de thèmes que les parents, avec une préoccupation particulière pour le développement psychomoteur et la prévention. Le profil des consultations programmées et en contexte aigu était très différent, comme les consultations avant 6 mois et après 12 mois. Les nourrissons bénéficiant de la CMU étaient plus vus dans un cadre aigu et les consultations étaient plus courtes, posant la question des inégalités sociales quant au suivi des nourrissons. Malgré l'inorganisation du système de soin en pédiatrie, une allusion à un autre professionnel de santé était faite dans 39% des consultations, par le médecin ou les parents, et dans 61% avec les familles bénéficiant de la CMU, témoignant d'une coopération informelle entre ces professionnels.

**Conclusion.** Cette étude met en évidence la disparité de modalités des pratiques, selon les caractéristiques des médecins, des nourrissons et de leurs parents. D'autres études permettront d'analyser ces différences sur un plan qualitatif et pourront secondairement comparer les consultations des nourrissons avec celles des pédiatres et des médecins de PMI.

---

## MOTS-CLES

CONSULTATION MÉDICALE, MÉDECINE GÉNÉRALE, NOURRISSONS, PÉDIATRIE, ÉTUDE OBSERVATIONNELLE, OFFRE DE SOINS