

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Jérôme BEAUPUY

Né le 20 mai 1994 à Tours (37)

TITRE

**Exploration des représentations des médecins généralistes sur le parcours
de soins des enfants consultant en situation d'urgence**

Présentée et soutenue publiquement le **11 juin 2024** date devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Delphine MITANCHEZ, Pédiatrie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Bruno LEFORT, Pédiatrie, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Yves MAROT, Pédiatrie, PH, CHU - Tours

Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale – La Croix en Touraine

Directeur de thèse : Docteur Laurène PROD'HOMME, Médecine Générale - Avoine

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) - 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014
Pr Patrice DIOT - 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - D. BABUTY - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVAREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLIOU Antonine	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes de
cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si
je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

A Madame la Professeur Delphine MITANCHEZ, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je suis sincèrement reconnaissant et espère être à la hauteur de la confiance que vous m'avez apportée.

A Monsieur le Docteur Bruno LEFORT, vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Soyez assuré de mon plus profond respect et veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Yves MAROT, vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Soyez assuré de mon plus profond respect et veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Madame la Docteure Alice PERRAIN, vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Soyez assuré de mon plus profond respect et veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Madame la Docteur Laurène PRODHOMME, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Pour tes conseils et ton soutien, merci.

Exploration des représentations des médecins généralistes sur le parcours de soins des enfants consultant en situation d'urgence

RESUME

Introduction : La diminution du nombre de pédiatres libéraux entraîne un glissement du rôle du pédiatre vers le généraliste. Cela rend le parcours de soins peu lisible pour les parents. Cette étude cherche à étudier les représentations des médecins généralistes concernant le parcours de soins des enfants consultant en situation d'urgence.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels et de groupe auprès de 10 médecins généralistes. Le recrutement a été effectué par échantillonnage raisonné théorique. Les entretiens ont été retranscrits, anonymisés puis analysés par méthode inductive inspirée par la théorisation ancrée.

Résultats : Les médecins généralistes s'organisent pour être disponibles et rassurer les parents. Pour eux les pédiatres sont peu disponibles et devraient jouer un rôle de second recours. La prise en charge de l'urgence et du suivi par un seul médecin ou une équipe permet un discours unique et une meilleure efficacité.

Discussion et conclusion : Les médecins généralistes se sentent responsables des consultations non programmées. Ils craignent la pluralité des discours qui augmente avec le nombre d'intervenants. Pour eux le rôle des pédiatres devrait être restreint à un rôle de second recours.

Mots clés : Médecins généralistes – Enfant – Médecine d'urgence pédiatrique – Soins ambulatoires – Pédiatres – Soins de santé primaires

Exploration of general practitioners' representations of the care pathway of children consulting in emergency situations

ABSTRACT

Introduction: The decrease in the number of private pediatricians is resulting in a gradual assumption of the pediatrician's role by general practitioners. This makes the healthcare pathway unclear for parents. This study aims to explore general practitioners' perceptions of the healthcare pathway for children consulting in emergency situations.

Method: This is a qualitative study based on semi-structured individual and group interviews with 10 general practitioners. Recruitment was carried out by theoretical reasoned sampling. The interviews were transcribed, anonymized, and then analyzed using an inductive method inspired by grounded theory.

Results: General practitioners organize themselves to be available and reassure parents. They perceive pediatricians as having such a limited availability that they should only intervene at a secondary stage. A single doctor or team managing both emergencies and follow-ups allows for a unified discourse as well as greater efficiency.

Discussion and Conclusion: General practitioners commonly undertake the responsibility of unscheduled consultations. They fear the plurality of discourses, which increases with the number of practitioners involved. For them, the role of pediatricians should be limited to a secondary role.

Keywords: General practitioners – Child – Pediatric emergency medicine – Ambulatory care – Pediatricians – Primacy health care

Table des matières

Glossaire des abréviations.....	13
I. Introduction.....	14
II. Matériel et méthodes.....	16
A. Schéma de l'étude.....	16
1. Objectif de l'étude.....	16
2. Type d'étude.....	16
3. Population étudiée	16
B. Entretiens semi-dirigés.....	16
1. Conception du guide d'entretien	16
2. Réalisation des entretiens	17
C. Recueil des données.....	17
D. Analyse des données.....	17
E. Cadre légal	18
III. Résultats	19
A. Caractéristiques de l'échantillon.....	19
B. Les enjeux de la consultation	19
1. Eliminer l'urgence.....	19
2. Rassurer les parents	20
3. Être disponible.....	21
3.1. Être disponible, pourquoi ?	21
3.2. S'organiser pour être disponible	22
3.3. Eduquer pour limiter les consultations	23
4. Evaluer la demande	24
4.1. Le rôle du secrétariat.....	24
4.2. Les critères d'urgence.....	25
5. Les autres attentes	25
5.1. Les autres attentes des parents	25
5.2. Les autres attentes des médecins	26
C. Limiter les intervenants.....	27
1. Multiplier les intervenants, multiplier les discours	27
2. Indissociabilité du suivi et de l'urgence.....	28
2.1. Sur le plan médical	28
2.2. Sur le plan relationnel	29

D. Travailler ensemble.....	29
1. Imaginer une structure traitante.....	30
2. Le pédiatre, un deuxième recours.....	31
2.1. Le médecin généraliste, autonome	31
2.2. Echanger avec le pédiatre	32
2.3. Les supports de l'information.....	33
3. Déléguer certaines tâches ?	34
3.1. Des craintes	34
3.2. Envisager le rôle des sage-femmes	35
IV. Discussion.....	36
A. Principaux résultats.....	36
B. Comparaison avec la littérature existante	36
1. Les urgences hospitalières.....	36
1.1. Les consultations aux urgences	36
1.2. L'inquiétude des parents.....	37
2. Le rôle de médecin traitant	37
3. Le parcours de soins	38
3.1. La disponibilité des médecins.....	38
3.2. Les échanges entre professionnels	38
3.3. La délégation de tâches.....	39
C. Forces et limites de l'étude	39
1. Forces de l'étude	39
2. Limites de l'étude	40
D. Perspectives	40
V. Conclusion	42
VI. Bibliographie	43
VII. Annexes	47
A. Annexe 1 : Guide d'entretien définitif	47
B. Annexe 2 : Grille COREQ.....	48

Glossaire des abréviations

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle et Territoriale de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

PAIS : Plateforme Alternative d'Innovation en Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SNP : Soins Non Programmés

I. Introduction

Le système de soins ambulatoire français se réorganise vers un renforcement de la coordination entre les différents professionnels de santé pour faire face à l'augmentation de la complexité des situations médicales (1).

Cette réorganisation a été marquée par la création des MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) dans l'article 44 de la loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (2), puis des CPTS (Communautés Professionnelles et Territoriales de Santé) et ESP (Équipes de Soins Primaires) dans les articles 64 et 65 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (3). Ces structures sont des formes d'organisation des professionnels médicaux et paramédicaux d'un territoire, centrées chacune à leur niveau autour d'un projet de santé commun.

La pédiatrie est la spécialité médicale qui étudie le développement normal et pathologique des enfants de 0 à 18 ans ainsi que leurs problèmes de santé aigus ou chroniques (4).

Il existe peu de données concernant la prise en charge médicale des enfants, moins de la moitié seulement des certificats du 9^{ème} et du 24^{ème} mois sont complétés. Si les médecins généralistes et pédiatres exercent une activité de pédiatrie, les pédiatres ont une activité qui se concentre sur les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 2 ans principalement issus de milieu favorisés en territoire urbain. En 2019 les pédiatres assuraient 33% des consultations des enfants de moins de 12 ans (5).

En 2004 la médecine libérale représentait 82 à 93% des consultations pédiatriques non programmées (6). En 2006 les consultations de pédiatrie représentaient 43% des consultations non programmées des médecins généralistes (7). Plus récemment, selon un communiqué de presse des différents syndicats de médecins généralistes 85% des consultations des enfants de moins de 16 ans seraient réalisées par des médecins généralistes (8). En 2021 Marion Chouvin retrouve dans sa thèse que pour les pathologies aiguës les enfants de moins de 6 ans consultent majoritairement un médecin généraliste (59 à 75%), moins souvent un pédiatre (25 à 40%) et rarement un service de PMI (Protection Maternelle et Infantile) (0 à 1%) (9).

Qu'il soit généraliste ou pédiatre, les missions du médecin traitant sont définies dans l'article 15 de la convention nationale de 2016 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (10), remplacée aujourd'hui par le règlement arbitral du 28 avril 2023. Ainsi le médecin traitant des patients de moins de seize ans a pour rôles de veiller au bon développement de l'enfant, d'assurer le dépistage des troubles du développement par la réalisation des examens obligatoires, de réaliser les vaccinations recommandées, de soigner les pathologies aiguës ou chroniques, de conseiller les parents sur les soins à apporter aux nourrissons, et d'assurer la prévention des risques selon l'âge.

Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2021 portant sur la pédiatrie et l'organisation de soins de santé en France fait le constat d'une diminution du nombre de pédiatres libéraux qui entraîne un glissement du rôle du pédiatre libéral vers le généraliste (11). Dans un contexte de diminution également du nombre de médecins généralistes installés en ville (12), ce même rapport préconise

de positionner les médecins généralistes dans un rôle de premier recours et de favoriser l'exercice coordonné avec les autres professionnels paramédicaux de la petite enfance.

La déclaration du médecin traitant n'est pas obligatoire pour les enfants (13). Le parcours de soins est donc moins lisible que pour les adultes. Les enfants sont amenés à consulter différents médecins autres que celui qui suit le développement de l'enfant, notamment dans le cadre de situations urgentes. Le but de ce travail est donc d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant le parcours de soins des enfants consultant en situation d'urgence.

II. Matériel et méthodes

A. Schéma de l'étude

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'étudier les représentations des médecins généralistes concernant le parcours de soins des enfants consultant en situation d'urgence. Le choix de s'intéresser aux enfants consultant un médecin généraliste en urgence permet de s'intéresser tant aux enfants suivis par un médecin généraliste que par un pédiatre ou un médecin de PMI.

2. Type d'étude

Cette recherche a été menée en utilisant une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés qui permet la description et l'analyse des comportements, des représentations et des idées.

3. Population étudiée

Les entretiens ont été menés auprès de médecins généralistes installés exerçant en région centre. Tous les médecins interrogés avaient une part d'activité de pédiatrie.

Les médecins généralistes n'ayant pas d'activité de pédiatrie ont été exclus de cette étude ainsi que les médecins généralistes remplaçants car ils ont été considérés comme moins intégrés dans les réseaux de soins pédiatriques.

Notre étude s'est limitée aux médecins exerçant en région Centre-Val de Loire.

B. Entretiens semi-dirigés

1. Conception du guide d'entretien

Un guide d'entretien (annexe 1) a été réalisé avant de commencer les premiers entretiens. Un entretien préliminaire a permis à l'investigateur d'appréhender et de juger de la pertinence de cette première trame. Cet entretien a également permis à l'investigateur de se familiariser avec la manière de conduire un entretien semi-directif.

Le guide d'entretien a été ensuite modifié à plusieurs reprises pour prendre en compte les hypothèses intermédiaires qui sont ressorties des différents entretiens.

2. Réalisation des entretiens

Les entretiens qui ont été réalisés sont des entretiens semi-dirigés. Il s'agit d'entretiens ouverts au cours desquels le conducteur de l'entretien suit une trame prédéfinie en posant des questions ouvertes, tout en gardant la liberté d'aborder d'autres questions non prévues à l'avance pour aborder d'autres éléments soulevés par le participant interrogé.

La réalisation d'entretiens de groupe était possible au vu du thème traité qui n'implique pas de sujet intime ou sensible. En pratique des entretiens individuels et des entretiens de groupe ont été menés selon les disponibilités des médecins interrogés.

Les médecins participants ont été recrutés par un échantillonnage raisonné théorique au sein de différents territoires de santé de la région Centre-Val de Loire. Après chaque entretien le médecin suivant a été choisi de manière à faire varier le profil des médecins interrogés suivant les hypothèses émergeant des entretiens précédents.

C. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés en privilégiant la présence de l'investigateur et des médecins interrogés. Le choix de ne pas réaliser d'entretien en visioconférence permet d'établir un climat plus propice à l'échange avec les personnes interrogées. Cela permet également de pouvoir analyser plus facilement le comportement et le langage non verbal des participants.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal Olympus VN-540PC® puis entièrement retranscrits sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Les enregistrements ont ensuite été détruits pour garantir l'anonymat des participants.

D. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par une méthode inductive inspirée par la théorisation ancrée. Cette approche permet d'explorer les relations entre individus et d'en proposer un modèle explicatif (14).

Cette analyse a été menée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. C'est l'analyse effectuée qui permet de déterminer les caractéristiques à rechercher pour le participant de l'entretien suivant.

La première étape d'analyse a été l'encodage des verbatim retranscrits en étiquettes expérientielles. Ces étiquettes qui décrivent les expériences rapportées par les participants ont ensuite été reportées dans un tableur Microsoft Excel®. Elles ont permis d'en retirer des propriétés qui correspondent aux phénomènes décrits par ces étiquettes. Enfin les propriétés ont été organisées et regroupées au sein de différentes catégories.

Un double codage a été réalisé par un autre médecin sans lien avec l'étude pour améliorer l'objectivité de l'analyse.

La suffisance des données a été obtenue lors de l'entretien du neuvième médecin. La réalisation d'un entretien avec un dixième médecin n'a pas modifié les catégories construites lors de l'analyse des entretiens précédents.

E. Cadre légal

Le guide d'entretien étant anonyme et ne contenant aucune donnée susceptible de remonter jusqu'à l'identité des médecins interrogés, aucune déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) n'était nécessaire pour ce travail sous réserve de détruire les enregistrements audios une fois la retranscription effectuée.

Cette recherche n'implique pas de travaux sur la personne humaine. Elle se situe donc hors loi Jardé et ne nécessite pas d'avis du CPP (Comité de Protection des Personnes).

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 25 mai 2018 tous les participants à cette étude ont reçu avant chaque entretien une information orale concernant le but de l'étude, l'enregistrement des entretiens et l'anonymisation des données. Leur accord pour participer à cette étude a été recueilli oralement au début de chaque entretien.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon

Au cours de cette étude 10 médecins généralistes ont été interrogés au cours de 7 entretiens. Les entretiens ont été réalisés entre les mois de juin 2023 et février 2024. 5 entretiens individuels ont été réalisés ainsi que 2 entretiens de groupe. Les entretiens ont duré entre 29 et 65 minutes pour une durée moyenne de 43 minutes. Un seul entretien a été réalisé par téléphone à la demande du médecin interrogé.

Les caractéristiques des participants ont été résumées dans le tableau 1. Le lieu d'exercice a été retenu selon la définition donnée par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) (15). Les médecins interrogés ont estimé leur activité de pédiatrie, qui a ensuite été classée en 3 groupes en la comparant à la moyenne des médecins généralistes français (16).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Médecin	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Modalités d'exercice	Département	Activité de pédiatrie	Durée de l'entretien
1	43 ans	Féminin	Rural	MSP	37	Moyenne	38 min
2	43 ans	Féminin	Rural	Cabinet individuel	41	Faible	31 min
3	63 ans	Féminin	Rural	Cabinet de groupe	36	Importante	29 min
4	42 ans	Féminin	Urbain	Cabinet de groupe	37	Moyenne	39 min
5	56 ans	Masculin	Rural	MSP	37	Moyenne	42 min
6	35 ans	Masculin	Rural	MSP	37	Faible	42 min
7	32 ans	Masculin	Rural	MSP	37	Moyenne	42 min
8	36 ans	Féminin	Urbain	Cabinet de groupe	37	Moyenne	65 min
9	36 ans	Masculin	Rural	MSP	37	Moyenne	65 min
10	28 ans	Féminin	Semi-rural	MSP	45	Importante	36 min

B. Les enjeux de la consultation

1. Eliminer l'urgence

Le premier objectif de la consultation non programmée est partagé par l'ensemble des médecins généralistes. Il s'agit de **réaliser un diagnostic** à partir des symptômes présentés par l'enfant et décrit par les parents « *finalement que ce soit un enfant ou un adulte c'est, enfin il y a des spécificités chez les bébés mais ça reste*

quand-même on examine, on interroge le parent plutôt d'ailleurs, l'enfant quand il est grand, on examine et on fait un diagnostic et on voit en fonction la conduite à tenir » (M4).

Simultanément à l'établissement du diagnostic le médecin doit **évaluer la gravité** de la pathologie et l'urgence réelle *« faut pas rater la vraie urgence, la gastro qui va vraiment pas bien ou voilà » (M1).*

L'accès à l'histoire de la maladie et aux symptômes présentés par l'enfant est nécessaire pour établir le diagnostic et la gravité. En pédiatrie la difficulté réside dans l'accès à ces informations qui passe par l'interprétation des parents dont il faut tenir compte *« par exemple ce matin j'ai une dame qui a appelé parce que sa fille dormait pas, enfin bon, en fait elle avait une crise d'asthme » (M3).*

2. Rassurer les parents

C'est l'inquiétude ressentie par les parents qui les amène à consulter un médecin. Ils attendent d'être rassurés par la consultation. Pour le médecin cette réassurance passe par **l'éducation des parents** qui leur permet de comprendre la maladie et de connaître les signes qui doivent les rassurer ou les alerter. *« Mais sinon c'est quand-même souvent qu'ils sont inquiets et qu'ils ont besoin qu'on rassure, qu'on explique que ça va pas durer, que c'est pas grave, que voilà. Et puis qu'on leur explique comment surveiller pour qu'ils soient sûrs de pas passer à côté de quelque chose. » (M4).*

Cette inquiétude des parents diminue avec **le nombre d'enfants**. *« Alors le premier enfant on a souvent bon ils arrivent pour tout et pour rien. Le deuxième, ça se calme un peu. Et le troisième ils sont capables de laisser une pneumonie pendant 3 jours hein. » (M3).*

Lorsque l'enfant est accompagné par un autre accompagnateur comme un grand-parent ou un parent moins **impliqué dans la prise en charge** de son enfant, il est parfois impossible pour le médecin de déterminer la cause de l'inquiétude et de rassurer les parents. *« J'ai souvent des papas qui me disent, je leur dis bah pourquoi vous l'amenez ? Bah je sais pas, c'est sa mère qui m'a demandé de l'emmener. OK. Et du coup ? Bah je sais pas. [...] Je sais pas pourquoi ils viennent donc je sais pas si j'ai répondu à leur question » (M10).*

La confiance en son médecin permet aux parents d'être plus complètement et plus rapidement rassurés. *« ils sont plus facilement rassurés par moi peut-être que par quelqu'un qu'ils connaissent pas » (M1).*

Entendre **un discours habituel** est aussi un élément rassurant pour les parents. *« tu vas avoir un regard parfois, on te croit qu'à moitié quoi parce que, parce qu'on n'a pas le même discours dans un autre cabinet. » (M6).*

Certains médecins **impriment leur résumé** de la consultation pour rassurer les parents qui peuvent s'y reporter chez eux et le présenter à un autre médecin qui serait consulté pour le même problème. *« moi globalement j'imprime la consultation. En plus pour plein de raisons, parce que déjà les parents ils te connaissent pas, [...] donc*

globalement ils te font moins confiance que quand c'est tes patients. Et en plus comme c'est des gamins, ça peut, on sait très bien que plein de fois ça peut partir en vrille » (M6).

Enfin **la disponibilité** du médecin rassure les parents. Savoir qu'ils peuvent consulter en cas d'aggravation de l'état de santé de leur enfant leur permet parfois d'être suffisamment rassurés pour attendre avant de demander une consultation. *« ils savent qu'ils peuvent appeler si ça se dégrade ici et que je les verrais plutôt que de se précipiter alors qu'en fait il y a pas nécessité. » (M4).* *« les gens savent que de toutes façons, s'ils le disent dès l'appel qu'il y a plusieurs personnes à voir il y a pas de problème, ils seront calés, on les verra. Ils ont moins je trouve cette appréhension là, l'appréhension d'être laissés sur le bord de la route et qu'ils seront pas vus. » (M7).*

3. Être disponible

3.1. Être disponible, pourquoi ?

Tous les médecins interrogés se décrivent comme disponibles et répondent à la plupart des demandes de soin en urgence dans la journée. Ils considèrent que cela fait partie de **leurs missions** et se trouvent bien organisés. *« Le soin non programmé bah, moi je trouve qu'on est pas mal parce que je trouve que je sais que si moi je suis pas là je sais que mes enfants seront vus par mes collègues. » (M2).*

L'un des objectifs des médecins généralistes en assurant des consultations non programmées le jour même est de **diminuer le nombre de consultations aux urgences** hospitalières. Ainsi même sans critère d'urgence vraie les médecins généralistes préfèrent recevoir les parents qui le demandent pour éviter le recours de parents inquiets aux urgences *« Voilà, donc ceux-là, quand on sait que ils insistent et qu'il y a un risque qu'ils aillent aux urgences alors que c'est pas justifié on leur donne un rendez-vous quand-même » (M4).*

Les médecins généralistes jouent un rôle de **premier accès aux soins** pour des patients souvent issus de milieux défavorisés qui n'ont pas les ressources ou les repères suffisants pour consulter un pédiatre, généraliste ou surspécialisé. *« Quelques fois entre voir personne et voir moi je me dis que bah c'est peut-être mieux qu'ils me voient quand même » (M1).*

Les médecins généralistes assurent les consultations d'urgence pour **les nourrissons suivis par les services de PMI**, qui n'ont pas vocation à réaliser de soins aigus. *« J'ai des enfants qui sont suivis à la PMI pour leur suivis systématique et qui viennent me voir quand ils sont malades. » (M4).*

Les médecins généralistes s'estiment plus disponibles que les pédiatres de ville. Ils sont amenés à recevoir en urgence les enfants habituellement suivis par un pédiatre mais qui n'ont pas pu obtenir de rendez-vous rapidement. *« il y a aussi ceux qui sont suivis par des pédiatres mais qu'ont pas toujours une réponse suffisante aux demandes de soins non programmés donc on vient un peu colmater la brèche » (M5).* Pourtant la prise en charge des soins non programmés est l'un des rôles du pédiatre de ville attendu par les médecins généralistes. *« le pédiatre est censé aussi gérer ses*

urgences » (M8). Ainsi le médecin généraliste est souvent **le seul médecin disponible** vers lequel se tournent les parents dans l'urgence.

3.2. S'organiser pour être disponible

Les médecins généralistes **anticipent** les demandes de consultations en urgence en prévoyant des créneaux de consultation dédiés « *Donc en fait on a, euh, un certain nombre de rendez-vous urgents [...] dans la journée* » (M1).

Le nombre de créneaux de consultations réservés pour les consultations urgentes est **adapté** par les médecins pour tenir compte notamment du nombre de demandes qui varie selon les jours de la semaine et les périodes épidémiques et être en adéquation avec le nombre de demandes. « *ça dépend des périodes épidémiques, dans les épidémies de gastro, de grippe ou de trucs comme ça on voit des enfants euh sur des créneaux d'urgence tous les jours et puis dans les périodes plus calmes on en voit pas toujours.* » (M4). « *le mardi jeudi mes six créneaux suffisent. Le lundi vendredi j'en rajoute* » (M10).

Les médecins généralistes interrogés **différencient les motifs urgents** qui obtiennent un rendez-vous dans la journée ou le lendemain **et les urgences relatives** pour lesquelles ils donnent un rendez-vous sous quelques jours, le plus souvent sur un créneau de rendez-vous prévu pour les consultations non programmées. « *Sauf si tu vois c'est des douleurs qui trainent voilà, dix ans, il a mal au pied depuis 2 semaines quoi. Ça sera peut-être 2-3 jours après.* » (M2).

Lorsque les demandes de rendez-vous en urgence sont trop nombreuses les médecins généralistes peuvent recevoir les parents qui le demandent en plus des consultations déjà prévues « *Euh après il y a toujours des patients qui se rajoutent en plus de ces créneaux d'urgence là, que globalement je, euh, met du coup en plus* » (M2). Cette **surcharge du planning** semble être plus utilisée par les médecins exerçant seuls ou en période épidémique hivernale avec de nombreuses demandes.

La téléconsultation n'est peu, voire pas utilisée par les médecins généralistes pour les consultations de pédiatrie « *Comment tu diagnostiques une otite en téléconsultation ? Voilà, non* » (M8). « *La télémédecine, pour moi c'est le téléphone. La vidéo m'apporte pas plus. Un patient, si j'ai besoin de le voir, je le vois. Si je le connais, je l'appelle* » (M9).

Parmi les demandes qu'ils reçoivent, si les médecins qui exercent en zone rurale ou semi rurale acceptent de recevoir tous les enfants se situant dans leur zone géographique parce qu'ils sont souvent les seuls professionnels disponibles à proximité « *Nous, pas de distinction entre patient hors cabinet, patient pas hors cabinet.* » (M9), les médecins qui exercent en zone urbaine ont tendance à fortement privilégier les enfants qu'ils connaissent déjà, voire à ne pas recevoir en urgence les enfants qui sont suivis par un autre médecin, les **adressant à des structures d'urgence** de ville. « *Donc les patients qui sont pas du cabinet, c'est SOS médecin ou SAS 37* » (M8).

Les médecins généralistes assurent la **permanence des soins**. *« il y a une astreinte dans le canton tous les samedis il y a un médecin généraliste qui assure les soins non programmés »* (M2). A ce titre ils reçoivent en urgence des enfants suivis par d'autres médecins, pédiatres ou généralistes.

Pour un territoire donné, et lorsqu'un patient sans médecin traitant nécessite une consultation en urgence, la **coordination** des médecins généralistes est souvent assurée par la régulation du SAMU via différentes organisations (SAS (Service d'Accès aux Soins) ou PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) pour la région centre) qui répartit les différentes demandes entre les médecins généralistes disponibles. *« Donc nous on a ça, on s'engage de 8h à 20h sur cette journée à accueillir les soins non programmés du territoire et le SAMU à la liste des médecins d'astreinte »* (M2).

Toutefois les demandes de consultations restent rares par ce moyen suggérant que les parents **savent qui consulter** en cas de besoin ou qu'ils n'ont pas connaissance de cette possibilité. Pour les médecins généralistes le faible nombre de consultations réalisées par ce biais n'apporte que peu voire pas de contraintes *« J'accepte aussi les patients adressés par le SAS [...] comme il y a plein de médecins qui participent c'est très dilué. Donc une fois par mois. Et c'est pas forcément des enfants, ça peut être des adultes »* (M4)

3.3. Eduquer pour limiter les consultations

La consultation de soins non programmés est l'occasion d'éduquer les parents en **expliquant l'évolution attendue** et les consignes de surveillance pour anticiper une éventuelle aggravation. C'est aussi l'occasion d'éduquer les parents sur les symptômes qui doivent les faire consulter en urgence pour qu'ils puissent se rassurer sans avoir besoin de consulter un médecin les fois suivantes et donc diminuer le nombre de demandes de consultations. *« Et puis à force les parents ils ont un peu l'habitude des fois et n'appellent même plus. Parce que c'est des choses qu'on leur apprend en consultation aussi. »* (M4)

L'éducation des parents permet aussi de limiter le nombre de consultations aux urgences hospitalières en rassurant les parents sur l'absence de nécessité de consulter aux urgences dans la plupart des situations courantes. *« Eux ça leur donne une conduite à tenir. Ils savent, et puis ça les rassure parce qu'ils se disent bon on m'a dit d'attendre, parce que sinon ils n'ont pas de conduite à tenir si ça ne va pas bien ils filent aux urgences dans la nuit parce qu'il y a le stress. »* (M2).

La **non-prescription** est un des principaux outils utilisés pour éduquer les parents. *« j'ai l'impression que vous aviez besoin d'être rassuré, moi je vous ai rassuré mais en effet, je n'ai pas de médicament magique à vous prescrire »* (M8).

La **réassurance par téléphone** de certains parents en leur demandant de rappeler le lendemain permet d'éviter certaines consultations demandées dès l'apparition de symptômes bénins qui cèdent spontanément. *« les enfants plus grands, qui ont peu de fièvre et qui vont pas si mal, on essaie de temporiser un peu [...] au*

final des fois les parents surveillent et nous rappellent pas parce que finalement ça va beaucoup mieux le lendemain. » (M4).

Certains parents **consultent directement aux urgences** sans consulter de médecin généraliste. Ils semblent être motivés par la peur plus que par un manque de disponibilité des médecins libéraux. *« Et est-ce qu'ils consultent à Clocheville parce qu'ils sont stressés, qu'ils ne peuvent pas attendre le rendez-vous de l'après-midi ? » (M1).*

Certains médecins généralistes considèrent que **leur éducation des parents est différente** de celle des pédiatres, surtout concernant les consignes de consultation en urgence. *« Après je pense que l'éducation des patients [...] les parents dont les gamins sont suivis par les pédiatres sont plus demandeurs de consultations non justifiées que les gamins qu'on suit globalement » (M6).*

4. Evaluer la demande

4.1. Le rôle du secrétariat

Les parents qui recherchent un rendez-vous en urgence sont généralement confrontés au secrétariat du médecin qui effectue un tri parmi toutes les demandes.

Pour certains médecins les secrétaires n'ont pas de rôle d'évaluation de l'urgence et **transmettent seulement les demandes** lorsqu'il n'y a plus de place disponible et c'est le médecin qui évalue l'urgence des demandes. *« premier à appeler bien sûr premier servi et après elle me fait une liste en fonction des demandes qu'elle a » (M10).*

D'autres médecins forment régulièrement les secrétaires à **l'évaluation téléphonique de l'urgence** en leur donnant des consignes de tri précises. *« la régulation et le filtrage par les secrétaires, qu'ont été formées à ça, qui savent le faire et qui ont des guides » (M5).* En cas de doute les secrétaires transmettent tout de même la demande au médecin qui évalue l'urgence de la demande. *« et avec le médecin responsable des soins non programmés qui est disponible pour répondre aux questions en cas de besoin » (M7)*

La majorité des médecins interrogés jugent les secrétaires **compétentes** et leur font confiance pour trier les demandes urgentes. *« elle a plus besoin de consigne parce qu'elle fait ça depuis 20 ans [...] Elle connaît vraiment son travail et on n'a jamais eu de couac en fait. » (M2).* Leur expérience et leur connaissance des patients les rendent **autonomes**. *« Comment elles font pour trier tu veux dire, les secrétaires ? En fait j'en sais trop rien » (M1).* Les secrétaires peuvent adapter leurs critères de tri selon le nombre de demandes et de places disponibles. *« quand il y a plein de créneaux de libre, il y a des urgences qui n'en sont moins que quand il y a moins de créneaux de dispo où là elles font beaucoup plus de tri quoi » (M8).*

Pour les médecins interrogés, les parents savent comment **adapter leur discours pour obtenir un rendez-vous** en urgence. *« Ça arrive où les patients des fois tu sens qu'ils ont intégré les mots clefs, pour être vus dans la journée. » (M8).* Pour la plupart des médecins lorsque les parents insistent et rappellent une deuxième fois,

ils obtiennent un rendez-vous sur un créneau d'urgence. « *si on dit non ils vont insister, insister, insister [...] Là il faut, oui il faut mettre un rendez-vous.* » (M3).

Certains médecins laissent même la possibilité aux parents de réserver directement un rendez-vous en urgence le jour même par internet estimant que **les parents savent reconnaître** quand ils ont besoin d'une consultation en urgence. « *il y a des créneaux d'urgence qui sont en ligne et des créneaux d'urgence qui sont dédiés à la secrétaire* » (M9).

4.2. Les critères d'urgence

L'âge est un critère d'urgence pour tous les médecins interrogés qui déclarent recevoir plus rapidement en urgence un enfant qu'un adulte. Quand certains demandent d'autres critères, pour d'autres c'est un critère suffisant « *quand ils appellent pour les enfants, c'est dans la journée hein* » (M2).

Les autres critères de tri utilisés pour hiérarchiser les demandes de rendez-vous en urgence varient selon les médecins. Ce sont la présence de **fièvre**, la **durée** d'évolution des symptômes et tout critère d'urgence évident selon l'**appréciation des secrétaires**. « *quand il y a pas de place sur les grosses périodes d'hiver euh bin on va prendre ceux qui ont de la fièvre enfin des symptômes depuis plus de 48h* » (M1). « *Elles décident toutes seules quand ça leur semble évident que oui, en effet, c'est bien du soin non programmé* » (M4).

En cas de critère **d'urgence grave**, les parents sont parfois redirigés directement ou par la régulation du SAMU aux urgences pédiatriques. « *elles ont eu quand-même une formation, ce qu'il faut orienter vers le 15 et qui ne relève pas de la médecine générale* » (M6).

Connaître les parents permet de mieux **évaluer l'urgence ressentie** et l'urgence réelle lors de l'appel. « *Oui le fait de connaître les gens, ce qui fait que il y a des gens on sait qu'ils appellent pas pour rien en fait. On sait que s'ils appellent c'est grave.* » (M3). Lorsqu'il y a peu de créneaux urgents disponibles les parents habituellement inquiets sont interrogés davantage afin de d'évaluer l'urgence réelle avant d'être rassurés par téléphone et de voir leur demande reportée au lendemain. « *quand il y a un parent qu'appelle là je me dit lui s'il appelle c'est qu'il faut que je le voie, d'autres où j'arrive à temporiser et où je les ai au téléphone pour un peu, voilà faire le degré d'urgence* » (M10).

5. Les autres attentes

5.1. Les autres attentes des parents

Il arrive que les parents ne soient pas inquiets pour leur enfant. La consultation est alors motivée par un besoin de **certificat médical** demandé pour justifier à l'école de l'absence de l'enfant ou au travail de l'absence de l'adulte qui doit le garder. « *ce sempiternel certificat enfant malade qu'il faut faire, bah on est obligé de répondre à ça aussi* » (M7).

Les parents ont confiance en leur médecin traitant. Ceux qui consultent habituellement un médecin généraliste attendent de ce dernier les mêmes **compétences** que d'un pédiatre de ville *« je vais directement au pédiatre spécialisé en fait ouais. Parce que, en fait les gens comprennent pas trop non plus. Comment ça se fait que vous pouvez pas vous en sortir de ça ? »* (M1)

5.2. Les autres attentes des médecins

Les consultations de SNP sont plus **fréquentes** pour les enfants que pour les adultes. *« parce qu'il y a beaucoup de soins non programmés chez les enfants. Faut pas se leurrer, on les voit, enfin il y a des âges où tu les vois en soins non programmés »* (M6).

Pour tous les médecins interrogés la consultation de soins non programmés est une consultation plus **rapide** qu'une consultation classique. *« Tu es dans une consultation de soins non programmés qui, par essence, doit être rapide. Faut que t'ailles droit au but quoi. »* (M7).

La durée prévue varie selon les médecins mais elle est toujours plus courte que la durée prévue pour les consultations de suivi qui sont généralement plus longues pour les enfants et notamment les nourrissons. Même si tous les problèmes sont recherchés lors de la consultation non programmée, cette rapidité s'explique par la gestion d'un **seul motif** de consultation. *« on a les programmés qui sont plus longs et puis les rapides qui sont plus courtes en essayant d'être bah au motif près quoi. Au motif près pour les non programmés »* (M9). Les demandes non urgentes sont reportées à un rendez-vous programmé sur un créneau de consultation classique *« je réponds à ce qui est du non programmé et si ça déborde un peu trop et que je vois que ça prend du temps je reprogramme un rendez-vous »* (M4).

Il s'agit d'une consultation jugée également plus **facile** qu'une consultation classique. *« c'est plus facile, quand même de prendre en soin non programmé un enfant qui a de la fièvre, plutôt que madame machin, 75 ans greffée rénale »* (M8). La majorité des consultations de SNP sont liées à des viroses et ne présentent pas de difficulté pour les médecins interrogés. *« en pathologies euh aiguës on voit surtout, on voit de la rhinopharyngite, des toux enfin des choses comme ça »* (M3).

La communication est particulière en pédiatrie par son caractère triangulaire avec une demande qui vient des parents qui interprètent les symptômes de leur enfant *« Les plaintes ou les demandes elles viennent des parents, plus que de l'enfant »* (M2). Le médecin écoute et répond aux parents en s'adressant à l'enfant selon son âge. Lorsque l'enfant ne peut pas encore répondre, l'examen clinique tient une place d'autant plus importante dans la consultation. *« on examine l'enfant, on s'adresse à l'enfant, on lui explique ce qu'on fait mais la prise en charge c'est au parent en fait qu'on s'adresse »* (M10).

La consultation de soins non programmés impose une **communication rapide**. Certains médecins expliquent moins bien communiquer avec les parents dans l'urgence, notamment avec les parents avec lesquels ils n'ont pas déjà établi une communication efficace. *« tu as pas trop ce luxe là d'avoir le temps de, bah de*

repandre l'éducation, est-ce qu'ils ont bien compris le diagnostic, reformuler. Bah non. Bah là je suis en soins non programmés, je suis pas là pour ça » (M7).

C. Limiter les intervenants

1. Multiplier les intervenants, multiplier les discours

Généralistes ou pédiatres, des médecins différents tiennent **des discours différents** même lorsqu'ils parlent d'un même sujet. Lors d'une consultation d'urgence avec un médecin consulté ponctuellement, ces différences de discours diminuent la confiance des parents. Cela **rallonge la consultation** par le temps et les explications nécessaires pour rassurer les parents. *« tu vas avoir un regard parfois, on te croit qu'à moitié quoi, parce que, parce qu'on n'a pas le même discours dans un autre cabinet » (M6).*

Le fait d'entendre **un discours habituel est plus rassurant** pour les parents que d'entendre un autre médecin tenir un discours différent, qui devra prendre plus de temps pour trouver les mots pour rassurer les parents. *« si t'as un médecin qu'à dit un truc et que toi tu dis quelque chose de différent, effectivement tu vas avoir une réticence de la part des parents tu sais bien que l'observance elle va pas être géniale et qu'en plus la façon dont ils vont prendre la consultation elle va pas être géniale » (M7).*

Les médecins ne sont pas les seuls professionnels à intervenir dans le parcours de soins des enfants. Les **professionnels paramédicaux** ont des rôles bien établis concernant la prise en charge des enfants, comme le rôle des sage-femmes auprès des nouveaux-nés *« il y a la sage-femme en effet qui vient à leur domicile pour faire le poids, et donc il y a un suivi » (M8)* *« les sage-femmes elles vont accompagner les parents justement dans la parentalité » (M7).* D'autres intervenants sont consultés par certains parents en dehors de tout parcours de soins prévu. Il s'agit des naturopathes, étioopathes et autres qui peuvent être regroupés dans le terme de **pseudo-thérapeutes** *« Alors tu as des professionnels de santé et puis tu as des tas de gens qui sont des espèces de gourous, des ostéopathes, des chiropracteurs, des je ne sais quoi » (M6).*

La multiplication des intervenants dans le parcours de soins des enfants, qu'ils soient pseudo-thérapeutes ou professionnels paramédicaux, engendre de **fausses croyances** qui ne reposent sur aucune preuve scientifique. *« Et donc avec des tas de discours qui s'entrechoquent et qui racontent des tas de conneries, qui sont pris pour des vérités par les parents là » (M6).*

Cette multiplication d'intervenants et de discours est **source d'inquiétude** pour les parents ce qui motive des consultations inutiles. *« 99% des enfants vont bien [...] Et sur ces 99% t'en as la moitié à qui des gens ont dit qu'ils ont un truc grave quoi » (M5).*

Les médecins généralistes sont souvent consultés après ces pseudo-thérapeutes. Ils tentent de **lutter contre les fausses croyances** mais ils sont parfois découragés de ne pas réussir à faire entendre leur discours. *« Quand j'entends*

pendant une consultation dix conneries, je vais pas me battre contre dix conneries tu vois. » (M6).

2. Indissociabilité du suivi et de l'urgence

2.1. Sur le plan médical

La réalisation des consultations non programmées et du suivi est indissociable pour la plupart des médecins interrogés *« on peut croire que le non programmé de l'enfant c'est vraiment que des trucs très ponctuels et que, et que bah voilà c'est, c'est complètement sorti de tout contexte. Bah non pas tant que ça en fait. » (M7).* Ils estiment que la **prise en charge globale** de l'enfant comprenant son développement et son environnement familial et social revêt une importance plus grande que chez l'adulte. *« un enfant en pédiatrie on fait beaucoup plus la phase de développement, d'environnement, social, école » (M2).*

La répétition des consultations de SNP est importante pour réaliser le suivi de l'enfant. Ce sont parfois les seules consultations possibles pour réaliser le suivi de certains enfants quand les parents n'ont pas l'habitude de consulter systématiquement pour le suivi. *« il y a des enfants qu'on voit que en non programmés hein. Parce que ils ont du mal à programmer quelque chose alors qu'il sera pas malade et donc du coup ils anticipent pas trop » (M9).*

La consultation de SNP permet aussi de **prévoir les consultations de suivi à réaliser**. *« quand c'est mes patients où je vais aller un petit peu plus loin, en prévoyant éventuellement les examens systématiques, en demandant au fait bah tiens comment ça se passe à l'école ? T'es en quelle classe maintenant ? Etc. etc. C'est des questions que je vais pas du tout poser à un enfant que je connais pas. » (M4).*

Certaines **problématiques non urgentes sont découvertes** lors des consultations non programmées. Elles sont généralement reportées à une autre consultation programmée. *« ça permet des fois, c'est tu, tu, tu détectes des choses. Mais moi en général, je leur demande de revenir » (M8).*

La réalisation du suivi facilite les consultations de SNP. Connaître l'enfant et ses parents permet au médecin d'évaluer rapidement la gravité de la situation et d'être alerté par un comportement ou une inquiétude inhabituelle. *« De les voir pour un certificat, de les voir pour un vaccin, pour une pathologie bénigne, on se rend plus compte quand ils vont mal en fait. Si vraiment ils vont mal on s'en rend compte plus facilement quoi » (M3).*

Les informations collectées lors d'autres consultations peuvent **expliquer certains symptômes aigus** *« Un enfant qui te lâche un jour oui bah l'école machin, la douleur abdo là qui est en train d'être explorée par le pédiatre, et puis toi, bah t'as l'info du gamin, tu sais que ça va pas sur tel truc. » (M8).*

Certains médecins rapportent **traiter différemment** les enfants selon leurs antécédents. *« des gamins qui bah qui consultent tous les trois quatre matins pour des otites et on sait que quelque part si on les mets pas sous antibio euh ça revient. » (M1).*

La répétition de consultations en urgence pour un même motif peut **alerter** le médecin sur une éventuelle pathologie sous-jacente à rechercher « *Quand tu es le quatrième à voir le gamin qui vomit. Tu dis encore énième gastro et puis en fait bah non tumeur cérébrale. Si c'est toi qui le vois quatre fois dans le mois parce qu'il vomit [...] tu te dis non mais il y a autre chose quoi* » (M8).

2.2. Sur le plan relationnel

La consultation de SNP est perçue comme une part intégrante du suivi de l'enfant. La répétition de ces consultations permet de **tisser un lien de confiance** avec l'enfant. « *on se connaît, il y a une confiance qui s'installe* » (M4).

La relation de confiance construite avec l'enfant permet de **réaliser l'examen plus rapidement**. « *les enfants que moi je connais où on a déjà une relation de confiance entre nous [...] on prend moins le temps enfin clairement quand je leur demande de se déshabiller à peine entrés dans le cabinet ils sont déjà déshabillés* » (M10).

Consulter son médecin traitant habituel en urgence permet une **meilleure communication** « *c'est pas la même durée de consult' parce que ceux que je suis pas, je vais des fois répéter plusieurs fois la même chose pour être sûre qu'ils soient, pour les sentir OK, rassurés, c'est bon, j'ai bien compris* » (M4). Des parents qui ont l'habitude de consulter un même médecin connaissent sa façon de communiquer. Ils s'attendent au type de discours qu'ils entendent et sont **plus facilement et rapidement rassurés**. « *ils sont plus facilement rassurés par moi peut être que par quelqu'un qu'ils connaissent pas* » (M1).

Le médecin qui connaît ses patients sait s'il est compris ou pas, notamment lors de consultations avec des patients allophones. « *j'ai une patientèle avec beaucoup de gens qui parlent pas très bien français donc c'est pas toujours facile. Donc quand je les connais je sais mieux en fait comprendre ce qu'ils veulent me dire ou je sais mieux si je peux, si je peux me fier à la compréhension, enfin à l'échange ou si l'échange est vraiment très perturbé par la barrière de la langue* » (M4). **Être sûr d'être bien compris** permet au médecin de **prescrire moins**. « *Je vais peut-être lui prescrire plus facilement des antibiotiques en disant bah OK tant pis allez il prend ses antibiotiques parce que j'arrive pas à lui expliquer correctement* » (M8).

D. Travailler ensemble

Les médecins généralistes qui reçoivent ponctuellement un enfant en consultation non programmée ne traitent que la pathologie aiguë et **réadressent l'enfant à son médecin traitant** pour la suite de la prise en charge. « *On élimine la, les choses qui peuvent nous inquiéter et puis basta quoi.* » (M9). Certains médecins formalisent cet adressage au médecin traitant par la remise d'un courrier comprenant le compte rendu de la consultation. Ce courrier poursuit plusieurs objectifs. En plus d'informer le médecin traitant elle permet de rappeler aux parents la nécessité de revoir le médecin traitant et de valoriser la consultation réalisée. « *Moi je*

le fais aussi imprimer la consultation parce que ça, je leur dit voilà si vous avez besoin de revoir votre médecin vous aurez les données de la consultation, ça insiste un peu sur le fait que eh le gars qui vous a rendu service c'est moi aujourd'hui » (M7).

1. Imaginer une structure traitante

Pour assurer une disponibilité suffisante, les médecins généralistes se **partagent la prise en charge des soins non programmés** au sein des cabinets de groupe ou des MSP. Ainsi si un enfant ne peut voir son médecin habituel en urgence, il lui est proposé de pouvoir consulter un autre médecin du cabinet *« Si jamais il y a un médecin qui n'est pas là, qui finit plus tôt pour une raison ou pour une autre, on essaie de se débrouiller pour qu'il y ait quelqu'un qui puisse répondre aux urgences quoi » (M3).*

Les parents sont libres de consulter le médecin de leur choix pour leur enfant sans que cela impacte leur taux de remboursement par la sécurité sociale. Ils se dirigent souvent spontanément vers **leur médecin habituel** en urgence, que la déclaration de médecin traitant soit effectuée ou non. *« généralement quand même ils reviennent un peu toujours au même endroit » (M1).*

Certains médecins considèrent donc la **déclaration de médecin traitant** comme une **charge administrative inutile** pour les enfants. *« Je ne déclare pas les enfants [...] on le fait déjà chez les adultes et c'est très contraignant alors qu'on essaie de le faire un maximum. Je me suis pas sentie le courage de faire ça » (M2).*

Les autres médecins, qui dans cette étude exercent à plusieurs, voient la déclaration de médecin traitant comme un outil pour **formaliser le rôle non seulement du médecin mais également du cabinet de groupe** ou de la MSP dans la prise en charge complète de l'enfant comprenant le suivi et la réponse aux demandes de soins non programmés. *« le fait de le faire c'était surtout pour que nous généralistes on ait ici ce rôle sur la maison de santé, c'est pas tellement moi en tant qu'individu [...] dans la logique des parents aussi pour leur dire ok mais on fait pas n'importe quoi, c'est à dire qu'il y a un suivi, il y a quand-même un médecin ou une équipe de médecins qui suit » (M5).* Cette officialisation pour les parents d'un rôle de structure traitante a pour but de centraliser la prise en charge par une même équipe et de **limiter le nomadisme médical**.

Réaliser les consultations de suivi et d'urgence dans une même structure permet **d'avoir un discours commun** entre les différents professionnels. *« Et il y a déjà, pas forcément à 100% mais un peu des discours communs, des prises en charges un peu communes » (M5).*

Cela permet aussi une meilleure communication entre le médecin vu ponctuellement et le médecin traitant. **Certaines informations utiles au suivi de l'enfant sont transmises de façon informelle** à l'oral, alors qu'elles ne sont pas transmises à des médecins extérieurs même lorsqu'un courrier est échangé. *« J'ai eu dernièrement un parent séparé qui, "c'est ma femme qui me dit de venir parce qu'y tousse" et la consultation d'après, c'est une de mes collègues qui la voit. C'était sa mère qui dit "bah je viens vous voir parce que c'est son père qui me dit" donc le*

discours, enfin ça on note pas dans le carnet de santé en fait que tout va bien, cliniquement dans le carnet de santé. Mais dans l'observation, on note des choses qui sont importantes et qui sont intéressantes. Donc et ça, on va pas le transmettre au pédiatre, s'il est suivi » (M8).

2. Le pédiatre, un deuxième recours

2.1. Le médecin généraliste, autonome

Les médecins généralistes **se sentent responsables** de la santé des enfants qu'ils suivent. *« je pense que c'est important, en tous cas qu'il y ait un médecin qui se sente responsable du suivi de la croissance, du développement psychomot' et des vaccinations de l'enfant » (M4).* Ils ont confiance en eux et pensent être les mieux placés pour assurer la meilleure prise en charge possible à leurs patients. *« je mets pas mal de créneaux d'urgence pour moi parce que je préfère les voir moi » (M1).*

Les médecins généralistes exerçant en milieu rural se sentent **isolés** par l'éloignement géographique *« je suis à la campagne loin de tout donc c'est un petit peu plus difficile » (M2)* et le manque de pédiatre à proximité *« le premier pédiatre libéral est à 60km de chez nous » (M3).*

Mais beaucoup se sentent isolés par le **manque de connaissance et de lien avec les pédiatres** *« je n'ai pas trop de lien avec des pédiatres extérieurs et j'en connais pas personnellement en plus sur la région » (M10)* et par le **manque de disponibilité des pédiatres** *« les pédiatres de ville ils sont pas forcément faciles à avoir » (M4).* Ils ignorent souvent le discours tenu par les pédiatres à leurs patients.

Cette méconnaissance des pédiatres est causée par une **absence de besoin** ressenti des médecins généralistes d'échanger avec les pédiatres. *« je communique pas du tout avec la pédiatre. Après j'ai pas la sensation qu'il y ait vraiment forcément besoin de communiquer finalement » (M1).* Ils ne ressentent pas le besoin de communiquer avec les autres professionnels paramédicaux non plus *« le relais sage-femme médecin, en tous cas moi il y a pas de relation qui font dire que ... enfin de contact » (M2).*

A cela s'ajoute un manque de formation avec les pédiatres qui permettrait de rencontrer les médecins du territoire ainsi que **l'habitude de travailler seul**. *« tu as quelques médecins qui ont tu vois cinquante, soixante ans. Ils sont peut-être même plus en cercle fermé que moi je pense. » (M2).*

Les **retards dans la communication** des informations et des comptes-rendus aux médecins généralistes renforce la sensation d'isolement de certains médecins généralistes, particulièrement quand ils reçoivent un enfant avant d'avoir reçu la conduite à tenir conseillée par son pédiatre. *« on a les courriers trois mois après donc on sait pas trop si l'enfant il est normal ou si enfin voilà ce qu'il faut faire » (M1).*

2.2. Echanger avec le pédiatre

Les médecins généralistes ont **des rôles et des compétences similaires** aux pédiatres de ville généralistes concernant le suivi et l'urgence chez les enfants avec un développement normal. *« c'est toujours un peu bon si c'est pas moi qui l'envoie chez l'ORL ça va être elle et enfin en fait on arrive au même résultat »* (M1).

Pour les médecins interrogés, les pédiatres ont tendance à **réaliser majoritairement les examens systématiques** des enfants, jugés comme plus importants, et à laisser les consultations d'urgences ainsi que certaines consultations de suivi jugées moins importantes aux médecins généralistes. Cela contribue à un ressenti des médecins généralistes de dévalorisation de leur rôle par les parents et les pédiatres. *« Là elle m'a dit que ce serait avec vous parce que c'est juste pour le peser et la prochaine fois c'est plus important donc ça serait avec elle. »* (M5).

Les médecins généralistes travaillent peu avec les pédiatres de ville. Ils considèrent les pédiatres comme des médecins jouant **un rôle de second recours** qu'ils sollicitent lorsque qu'ils atteignent la limite de leurs compétences. *« Dans le système de santé français la place de la pédiatrie pour moi ça devrait être ça, ça devrait être du second recours »* (M6). Ils connaissent les domaines de compétences particulières des pédiatres environnants ce qui leur permet d'adresser les enfants au professionnel le plus adapté pour le prendre en charge. *« si tu as des bons rapports avec des pédiatres de ville et que tu sais que dans tels domaines ils sont compétents, tu vois ici par exemple C. qui est super compétente en neurodéveloppement, tous les troubles du neurodéveloppement moi je lui envoie. »* (M6).

Les médecins généralistes trouvent un intérêt à réaliser **un suivi conjoint** avec un pédiatre dans les situations complexes pour des enfants présentant des maladies rares ou un trouble du développement. *« j'ai des enfants qui sont suivis par les pédiatres pour des suivis spécialisés, moi je les vois quand ils sont malades entre deux, mais de façon prolongée et au final si je vois un truc je vais me mettre en contact avec le pédiatre pour voir comment on gère »* (M4)

Les médecins interrogés décrivent un **manque d'orientation** vers les pédiatres des enfants ayant des problématiques particulières qui nécessiteraient un suivi plus spécialisé. *« les gens qui ont des grands préma ou des enfants en difficulté c'est souvent des gens qui n'ont pas un accès aux soins facile [...] c'est vrai qu'ils sont pas guidés je trouve à la naissance vers les pédiatres donc ils arrivent quand-même chez nous quoi. »* (M1). Au contraire, des enfants dont le développement est parfaitement normal n'ont pas de bénéfice à être suivi par un pédiatre. *« En fait 99% des enfants ont pas besoin de docteur déjà hein on rappelle [...] Dans les 1% qu'ont besoin d'un docteur bah on va repérer les petits trucs et puis dans ces petits 1% il y en a peut-être 5% qui ont besoin d'un pédiatre. »* (M6).

Dans les situations d'urgences **les pédiatres hospitaliers sont les interlocuteurs privilégiés** des médecins généralistes, qu'il s'agisse de pédiatres urgentistes ou d'autres pédiatres spécialisés *« j'appelle facilement Clocheville pour avis »* (M2). Le CHU de Tours reste la référence pour la plupart des médecins généralistes qui adressent souvent leurs patients aux urgences pédiatriques même s'ils travaillent également avec les services de pédiatrie parfois plus proches des

centres hospitaliers périphériques. « *Et sinon il y a les hôpitaux de Vierzon ou de Châteauroux quoi, les services de pédiatrie.* » (M3).

Les grandes situations nécessitant une hospitalisation des enfants en urgence pour les médecins généralistes sont l'établissement d'un **diagnostic** nécessitant des examens complémentaires rapides, le **traitement** d'une pathologie grave et la **protection** d'enfant en danger. « *quand on a un enfant qui va pas bien et qu'on veut l'envoyer en hospitalisation [...] des douleurs abdominales qui font pas leur preuve ou des choses comme ça [...] ou pour faire un bilan ... Et puis après il y a tous les problèmes de gastro-entérite, de déshydratation sur une gastro-entérite, de choses où, voilà, des enfants qui vont pas bien* » (M3) « *par exemple un gamin qui est tombé ou suspicion de maltraitance* » (M1).

2.3. Les supports de l'information

Les échanges se font principalement par le **carnet de santé** de l'enfant qui est très utilisé par les pédiatres. « *la pédiatre elle détaille vachement ses examens* » (M1).

Les généralistes utilisent également le carnet de santé « *Je mets un mot dans le carnet de santé quand je vois les enfants, quand ils l'ont* » (M4) mais **leur utilisation est différente** de celle des pédiatres. Ils n'accordent pas la même importance aux mêmes informations « *Des fois ils te tendent un carnet de santé parfaitement illisible alors tu fais semblant de t'intéresser [...] t'es noyé dans plein d'informations, vraiment on s'en fout. Toi tu cherches à compter les otites dans l'hiver, et tu sais que, il y a eu 4 laits différents et que c'était 180ml et pas 200ml et gnagnagna* » (M7).

Des **échanges téléphoniques** ont lieu dans certaines situations complexes concernant des enfants déjà suivis par le pédiatre ou la PMI et par le généraliste afin de se coordonner pour assurer une prise en charge commune. « *ça m'est arrivé d'échanger avec la PMI sur des, des enfants, des situations complexes où on met en place des choses* » (M8).

L'appel téléphonique est privilégié pour **demandeur un conseil** spécialisé et tenter d'éviter une hospitalisation. « *généralement je les appelle avant de toute façon et après ils me disent quelquefois qu'il y a pas besoin que je les envoie* » (M1).

Lorsque l'adressage aux urgences est jugé nécessaire par les médecins généralistes il est réalisé le plus souvent par **courrier**. « *faut éliminer une pyélo, j'adresse aux urgences, je fais un courrier* » (M8).

Les médecins généralistes échangent facilement par courrier avec les autres professionnels « *moi je fais un courrier hein pour le médecin, pour le pédiatre* » (M6). Ils s'attendent à **recevoir un courrier en retour** « *Quand je fais un petit mot, j'ai quand-même des réponses. Régulièrement* » (M4). Même lorsqu'ils adressent aux urgences un enfant vu ponctuellement, ils aimeraient recevoir un retour écrit « *ce serait intéressant en tous cas d'avoir un petit courrier en doublon avec le médecin quoi de traitant quoi* » (M1).

Les généralistes semblent préférer remettre un courrier papier et utilisent peu leur **messagerie professionnelle sécurisée** pour l'envoi de courrier « *je communique pas du tout avec MSSanté ou quoi* » (M1).

Le dossier médical est presque toujours informatisé actuellement. Les médecins généralistes l'utilisent pour y conserver les informations qu'ils renseignent également dans le carnet de santé « *Moi je mets souvent la synthèse dans mon logiciel : rhinopharyngite, pas de signes de gravité, cf. carnet de santé* » (M8). Le **dossier informatique** permet aussi aux médecins de conserver et d'échanger certaines informations utiles mais qui ne sont pas transmises par d'autres supports « *entre ce qu'est noté dans ton observation, c'est ton ressenti, tu as du subjectif. Alors que dans le carnet de santé, ça reste très objectif* » (M9).

3. Déléguer certaines tâches ?

3.1. Des craintes

La délégation de tâches est vue comme un outil pour **faciliter l'accès aux soins pour les parents**. « *Parce que pour les parents c'est plus facile. On a accès à la puer, on a accès ... mais on verra ... la puer et la sage-femme verra pas tout le reste hein.* » (M2). Cependant si tous le considèrent comme solution à étudier au cas par cas selon les besoins de chaque territoire, aucun médecin de cette étude ne pense avoir besoin de déléguer certaines tâches « *après on a notre région, on n'est pas déficitaire, on peut accueillir les patients en urgence le jour, enfin voilà on n'a pas 3 mois de délai, c'est aussi on a un confort, je pense. Si on était dans une région avec 3 mois de délai ...* » (M9). Pour eux **la délégation de tâches est inutile** en médecine générale. « *ma vision de l'IPA, c'est quand tu as une activité vraiment spécifique genre l'IPA du néphrologue, ou l'IPA oncologue, l'IPA ou ton spécialiste le forme vraiment sur le suivi des consultations de suivi néphro qui, ou même diabéto, tu vois à l'hôpital pourquoi pas ? Mais l'IPA du médecin généraliste je vois pas en fait.* » (M8).

Les consultations de pédiatrie revêtent un **caractère agréable** pour la grande majorité des médecins interrogés. « *On aime bien voir les petits quoi* » (M1). La prise en charge globale des enfants est également source d'épanouissement au travail pour les médecins. Cette **prise en charge globale** est souvent l'une des raisons principales mise en avant par les médecins dans leur choix de pratiquer la médecine générale. Certains rapportent même envisager d'arrêter la médecine générale s'il n'était plus possible pour eux d'assurer le suivi global des enfants. « *Mon avis c'est que si un moment on m'enlève tout un tas de trucs parce que du coup on veut qu'on fasse plus que du soin non programmé, du diagnostic chez des gens complexes etc. et qu'on perd tout un pan de notre profession, j'arrêterai la médecine générale* » (M4).

La crainte principale des médecins généralistes est de **perdre leur vision globale** de l'enfant « *Tu peux pas déléguer, tu vois quand t'es médecin dans la globalité. Quand t'es sage-femme, puéricultrice tu vois par bouts en fait.* » (M2).

Le **manque de formation scientifique** des professionnels paramédicaux est reproché par certains médecins « *je pense que dans certaines professions*

paramédicales il y a un niveau de formation sur certains trucs qui repose sur rien » (M5).

Ce manque de vision globale et de formation aurait pour conséquence une **diminution de la qualité des soins** fournis, une augmentation du nombre de consultations et une perte de temps en cas de consultation de plusieurs professionnels pouvant retarder la prise en charge de certains problèmes de santé. *« si t'enlèves ce côté médecin traitant tout ça ça tourne ensemble et là je pense qu'en terme de santé publique, c'est pas que j'ai envie de les voir plus que ça les gamins, mais je pense qu'en termes vraiment de santé publique c'est n'importe quoi. » (M6).*

Ils craignent également l'ajout d'une **charge de travail de coordination** supplémentaire. *« moi si je dois faire de la délégation, ça veut dire que je devrais faire de la coordination. » (M9).*

3.2. Envisager le rôle des sage-femmes

Les sage-femmes **partagent déjà le suivi** des nourrissons avec les médecins. Les médecins généralistes considèrent les rôles des paramédicaux dans leur ensemble comme complémentaires de ceux des généralistes. *« On les voit pas pour les mêmes choses. On les verra quand même mais c'est pas pour les mêmes choses. » (M3).*

Les sage-femmes sont jugées **compétentes** pour s'occuper du suivi des nourrissons *« Très souvent j'ai des enfants qui sont vus entre-temps par la sage-femme ou autre. Ça me choque pas, ça me dérange pas hein. Du moment que les personnes sont formées et savent ce qu'elles font. » (M4).* Elles sont en revanche jugées **moins compétentes pour s'occuper des parents**. *« on voit aussi la mère quelques fois sur finalement des complications gynécologiques qu'elle a pas trop osé dire, enfin les sage-femmes elles gèrent ça aussi mais des fois il y a des abcès, des trucs un peu à gérer » (M1).*

La seule délégation de tâches envisagée par les médecins de cette étude concerne le suivi des nourrissons par les sage-femmes. Certains ne reçoivent pour la première fois en consultation les nourrissons qu'à un mois de vie et laissent les sage-femmes réaliser **la consultation du quinzième jour** et réadresser les parents au généraliste en cas de signe d'alerte. *« en général je les vois pas avant 1 mois quand ils vont bien. Donc je pense qu'ils sont vus par la sage-femme. Ça c'est sûr il y a un suivi pendant 2-3 semaines par la sage-femme. » (M2).*

Certains médecins pourraient envisager que les sage-femmes réalisent **le suivi des nourrissons lors des premiers mois** *« les sage-femmes je pense qu'elles sont compétentes jusqu'aux trois quatre mois de l'enfant elles seraient capables de faire des consultations de suivi probablement » (M1).*

IV. Discussion

A. Principaux résultats

Le résultat principal de cette étude est que les médecins généralistes se sentent responsables des enfants qu'ils suivent, même sans déclaration administrative.

Ils modulent leur emploi du temps et s'organisent entre eux pour assurer une réponse aux demandes de soins non programmés concernant les enfants qu'ils suivent. Etant plus disponibles, ils reçoivent également en soins non programmés les enfants suivis par la PMI ou un pédiatre.

Cette étude retrouve que les parents consultent en urgence avant tout pour être rassurés. Ils sont mieux rassurés par un discours habituel venant d'un médecin avec qui une relation de confiance est déjà instaurée.

L'éducation des parents permet de limiter le recours non justifié aux urgences pédiatriques hospitalières.

La multiplication des intervenants, qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou pseudothérapeutes entretient de fausses croyances et elle est source d'inquiétude pour les parents.

La réalisation du suivi et des consultations non programmées est indissociable. La connaissance de l'enfant et des parents améliore la qualité de la consultation non programmée et inversement.

La prise en charge de l'enfant est réalisée au mieux par un même médecin. La déclaration de médecin traitant permet de formaliser ce rôle de la structure (cabinet de groupe ou MSP). Cela permet d'avoir un discours coordonné et de mieux partager l'information entre les différents professionnels consultés.

Le pédiatre est sollicité en deuxième recours par les médecins généralistes. Il s'agit souvent du pédiatre hospitalier, parfois du pédiatre de ville lorsque le généraliste le connaît.

Les médecins généralistes n'éprouvent pas le besoin ni l'envie de déléguer certaines tâches à d'autres professionnels.

B. Comparaison avec la littérature existante

1. Les urgences hospitalières

1.1. Les consultations aux urgences

Dans notre étude, l'un des objectifs des médecins généralistes est de limiter les consultations évitables aux urgences. Malgré cela, la sollicitation des services d'urgences augmente depuis plusieurs années, c'est principalement l'augmentation du nombre de consultations évitables qui en est responsable. Pourtant les maisons médicales de garde qui fonctionnent la nuit et le week-end aux horaires de la permanence des soins n'ont pas montré de résultat clair sur la diminution des

consultations aux urgences (17). Les enfants de moins de 2 ans consultent plus aux urgences que dans les maisons médicales de garde. Une meilleure information des parents permettrait un meilleur recours à la permanence des soins ambulatoires (18).

La principale motivation des parents qui consultent aux urgences est la demande d'un avis spécialisé. La seconde motivation est l'indisponibilité du médecin de ville. (19) Cela témoigne de l'importance de l'inquiétude des parents qui souhaitent le meilleur pour leur enfant. Ils désirent pouvoir être reçus immédiatement en consultation et espèrent être mieux rassurés en consultant à l'hôpital.

1.2. L'inquiétude des parents

Les médecins de notre étude sont conscients de cette inquiétude. Ils essaient de recevoir rapidement les enfants dont les parents sont très inquiets. L'éducation des parents en amont de la consultation non programmée est le principal levier pour rassurer les parents et limiter les recours évitables aux urgences.

La fièvre est citée avec l'âge comme le critère principal par les médecins généralistes pour accepter une demande de consultation non programmée pédiatrique. Plusieurs études montrent que la fièvre est jugée inquiétante pour les parents qui entretiennent de nombreuses fausses croyances à son propos et que les parents qui consultent en raison de la fièvre de leur enfant demandent à être formés pour avoir moins besoin de consulter (20), (21), (22).

La consultation d'autres professionnels non-médecins, qu'ils soient paramédicaux reconnus ou pseudo thérapeutes, est critiquée par les médecins généralistes pour l'inquiétude que cela engendre chez les parents. En effet micro-kinésithérapie, naturopathie et autres disciplines ne reposant sur aucune preuve scientifique sont la source de fausses croyances en exposant à de vrais risques (23).

2. Le rôle de médecin traitant

Le rôle du médecin traitant est vu par les médecins comme un contrat associé à des notions d'engagement et de responsabilité. Les médecins les plus âgés se représentent le rôle du médecin traitant comme un rôle administratif par opposition au rôle du médecin de famille centré sur le relationnel et la construction d'une relation de confiance sur un temps long. Pour les médecins les plus jeunes ces deux visions se superposent dans le rôle du médecin traitant. (24) Les médecins interrogés dans notre étude trouvent important qu'un médecin se sente responsable du suivi de la santé de l'enfant mais sont partagés sur l'utilité de la formalisation administrative de ce contrat moral.

Les médecins de notre étude s'accordent sur l'avantage de connaître l'enfant pour évaluer mieux et plus rapidement l'urgence réelle lors d'une consultation non programmée. Cela est décrit dans la littérature scientifique sous le nom de Gut Feeling ou intuition en médecine. Décrit initialement dans le cadre de la médecine générale par Stolper, ce concept a été étudié notamment dans la démarche diagnostique aux urgences pédiatriques (25), (26). La connaissance du patient semble effectivement être l'un des éléments qui participent en pratique courante à une démarche

diagnostique intuitive. Cette approche intuitive est plus rapide que la démarche diagnostique rationnelle qui est activée en cas de signes d'alerte (27).

Certains médecins expliquent avoir une attitude thérapeutique parfois différente lorsqu'ils suivent et connaissent l'enfant. Karine Bréant retrouvait en 2013 que le fait de ne pas être le médecin traitant influençait pour la moitié des médecins généralistes sur leur décision d'adresser l'enfant aux urgences (28).

3. Le parcours de soins

3.1. La disponibilité des médecins

Cette étude retrouve que les médecins généralistes accordent de l'importance au fait d'être disponibles pour recevoir les enfants en urgence bien que la région Centre Val de Loire soit l'une des zones avec l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée en médecins généralistes la plus faible de France (29).

Les médecins généralistes semblent effectivement disponibles. Ils sont 96% à s'organiser pour répondre aux demandes de soins non programmés et 28% à répondre à toutes les demandes qui leur sont faites. Lorsqu'ils ne sont pas disponibles ils sont 53% à réorienter les patients vers un confrère exerçant en ville, qu'il exerce dans le même cabinet ou dans une autre structure comme une association type SOS médecin (30). Les médecins généralistes assurent 70 à 75% des consultations pédiatriques urgentes, les pédiatres libéraux 12 à 18% et les structures hospitalières 6 à 18% (6).

Les médecins généralistes jugent les pédiatres peu disponibles en urgence, pourtant les affections récentes ou aiguës concernent 40 à 70% de leurs consultations (31).

3.2. Les échanges entre professionnels

En 2015 Sophie Thermes retrouvait que les généralistes de Gironde déclaraient avoir recours plus souvent à un pédiatre libéral qu'hospitalier et mettaient en avant une difficulté à contacter les pédiatres hospitaliers (32). Notre étude retrouve au contraire que les médecins généralistes privilégient le recours au pédiatre hospitalier plutôt qu'au pédiatre libéral lorsqu'ils souhaitent demander un avis. Cela peut être lié aux différences entre les territoires étudiés en termes de nombre de praticiens et d'organisation. La région Centre Val de Loire connaît un déficit de spécialistes libéraux de second recours avec de grandes disparités selon les CPTS (33). D'autres études montrent également que les médecins généralistes adressent préférentiellement les enfants au pédiatre hospitalier plutôt qu'au pédiatre libéral (34).

Les médecins interrogés échangent peu avec les pédiatres libéraux. Parmi les raisons évoquées figure le manque de connaissance des pédiatres. La connaissance des autres professionnels se construit avec la répétition des rencontres qui instaure progressivement une confiance commune. Participer à des formations avec des pédiatres pourrait permettre aux médecins généralistes de mieux les connaître et favoriser les échanges (34).

La réalisation des consultations de suivi et d'urgence dans une même structure est perçue comme plus efficace par les médecins que leur réalisation dans des structures différentes. Cela passe par une meilleure communication qui est favorisée par des échanges informels lors de temps de pause. Gaëlle Chauvot et Manon Benoit retrouvaient dans leur étude sur les échanges informels entre médecins et infirmières un bénéfice de ces échanges sur la transmission d'informations importantes qui n'auraient pas pu être transmises autrement et sur l'amélioration de l'efficacité de soins (35).

Le carnet de santé électronique initié en 2019 sous l'appellation Dossier Médical Partagé, puis transformé en Mon Espace Santé en 2022 reste peu utilisé par les patients. En 2024 si 95% des assurés sociaux disposent de Mon Espace Santé, seuls 11 millions ont activé leur compte (36), (37). Les médecins de notre étude n'ont pas évoqué l'utilisation du carnet de santé numérique. Malgré les avantages que représenterait cet outil pour assurer la transmission des informations médicales à tous les médecins consultés en urgence, la faible utilisation par les médecins, la complexité de ce système ainsi que probablement d'autres craintes limitent son utilisation par les médecins généralistes.

3.3. La délégation de tâches

Dans notre étude les médecins envisagent uniquement une délégation de tâches auprès des sage-femmes concernant les consultations pédiatriques. Le rapport de l'IGAS propose de conserver le rôle actuel des sage-femmes de suivi du nouveau-né jusqu'à 28 jours et de développer les compétences des infirmières puéricultrices dans le suivi du nourrisson après un mois. Leur rôle pourrait concerner la réalisation de certains examens de développement qui permettrait, la réalisation de consultations d'éducation thérapeutique et de suivi en sortie d'hospitalisation (11). Cela pourrait compléter le suivi effectué par les médecins généralistes sans leur ôter leurs missions, renforcer l'éducation à la santé des parents et permettre une meilleure réalisation des dépistages.

Le dispositif Action de Santé Libérale En Equipe (AZALEE) est un dispositif de coopération entre médecins et infirmières dans le cadre précis de certains dépistages et maladies chroniques. Une infirmière puéricultrice a expérimenté ce dispositif auprès de pédiatres. Les pédiatres ont adressé les nourrissons à l'infirmière puéricultrice principalement pour des consultations de soins aux nouveaux-nés ou aux nourrissons, ou pour du soutien parental (38). Il est possible d'imaginer à l'avenir le développement de coopérations entre puéricultrices et pédiatres ou médecins généralistes dans ce cadre.

C. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

L'une des forces de cette étude est le choix d'une méthode qualitative. Cette méthode est adaptée à la question de recherche car elle permet d'étudier les représentations des différents médecins interrogés.

Les critères de qualité de la grille COREQ (Consolidated, Critere for Reporting, Qualitative studies) ont été respectés. Ils sont détaillés dans l'annexe n°2.

Les entretiens ont été réalisés dans de bonnes conditions, au calme et sans limite de temps, au cabinet ou chez le médecin ce qui a permis un recueil des données de bonne qualité. Un seul entretien a été réalisé par téléphone à la demande du médecin. La population étudiée comporte des profils diversifiés.

La réalisation d'entretiens de groupe a permis de faire émerger une réflexion plus riche.

L'analyse des entretiens a fait l'objet d'une triangulation des données avec un double codage de la majorité des entretiens par une autre thésarde. Cela permet de renforcer la scientificité de l'étude.

2. Limites de l'étude

L'une des limites de cette étude est le manque d'expérience de l'investigateur dans les recherches qualitatives. La réalisation d'un entretien préparatoire a permis à l'investigateur de se familiariser avec la conduite d'un entretien semi dirigé et de préparer la grille d'entretien.

Le risque des entretiens de groupe est que certains participants se tiennent en retrait et n'expriment pas tout ce qu'ils auraient pu dire lors d'un entretien individuel. Ce risque a été limité par le petit nombre de participants aux groupes et la connaissance mutuelle préalable des médecins de chaque groupe.

L'un des entretiens a été réalisé par téléphone. Cela a entraîné une perte de la qualité de l'information recueillie par le manque de communication non verbale.

Il existe un biais d'auto-complaisance. Les médecins généralistes interrogés peuvent avoir tendance à s'attribuer des performances positives de manière exagérée et donc surestimer leur disponibilité et leur rôle dans le parcours de soins des enfants consultant en urgence.

D. Perspectives

Cette étude se concentre sur les représentations des médecins généralistes. Il serait intéressant de réaliser une autre étude auprès de pédiatres pour explorer et comparer leurs représentations du parcours de soins des enfants.

L'utilisation du dossier médical partagé appelé maintenant Mon espace santé n'a été abordé par aucun médecin de cette étude. Il est en cours de déploiement et probablement peu voire pas utilisé par les médecins généralistes. Il serait intéressant d'étudier le développement de l'utilisation et de l'impact du dossier médical partagé auprès des différents acteurs du parcours de soins des enfants.

Cette étude pointe le rôle des pseudos-thérapeutes mais aussi de la multiplication des intervenants paramédicaux dans l'entretien de fausses croyances auprès des parents posant ainsi la question de la nécessité d'une régulation de ces professions et de leur formation.

Les médecins exerçant en groupe développent un concept de structure traitante. Cette équipe permet une meilleure disponibilité pour répondre aux demandes de soins non programmés en améliorant le partage de l'information entre les professionnels et en tenant un discours commun. L'identification d'une telle structure par les parents pourrait leur permettre de savoir qui consulter pour une meilleure efficience du système de soins.

Enfin il est nécessaire de poursuivre l'éducation des parents sur les critères de gravité nécessitant une consultation médicale afin de limiter le nombre de consultations évitables.

V. Conclusion

Les parents consultent prioritairement leur médecin traitant en urgence. Lorsque leur médecin n'est pas accessible ils consultent ponctuellement un médecin généraliste.

Pour les médecins généralistes, les parents qui consultent aux urgences hospitalières plutôt qu'en médecine de ville le font par inquiétude plus que par manque de disponibilité. L'éducation des parents permet de les rassurer et de limiter le nombre de consultations évitables. Au contraire, la multiplication des intervenants et de messages parfois contradictoires est source d'inquiétude et de fausses croyances pour les parents et entretient les demandes de consultations évitables.

Les médecins généralistes se sentent responsables des enfants qu'ils suivent. La relation établie avec l'enfant et sa famille au cours du suivi facilite la réalisation des consultations non programmées, et à l'inverse la répétition des consultations non programmées participe à construire cette relation. Dans un parcours de soins idéal, les parents consulteraient le même médecin pour toutes les consultations, programmées ou non. En pratique, confier cette mission à une structure composée de plusieurs médecins permet d'assurer une meilleure disponibilité, tout en conservant un partage de l'information satisfaisant entre les différents professionnels consultés.

Les médecins généralistes se trouvent autonomes pour prendre en charge la plupart des consultations programmées ou non programmées des enfants. Ils ne ressentent pas le besoin d'être assistés dans cette mission en déléguant certaines tâches. Ils se représentent le rôle des pédiatres comme un rôle de second recours et ne ressentent pas la nécessité d'échanger avec les pédiatres en dehors de ces situations complexes.

VI. Bibliographie

1. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins.: La coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé. Médecine des Maladies Métaboliques. 1 févr 2017;11(1):18-21.
2. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1) [Internet]. 2007-1786 déc 19, 2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000017730769/2007-12-22#LEGIARTI000017730769>
3. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641?init=true&page=1&query=loi+sant%C3%A9+26+janvier+2016&searchField=ALL&tab_selection=all
4. Larousse É. pédiatrie - LAROUSSE [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/p%C3%A9diatrie/15223>
5. Rapport de la cour des comptes. LA SANTÉ DES ENFANTS Une politique à refonder pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé [Internet]. Cour des comptes; 2021 déc. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/283742.pdf>
6. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Archives de Pédiatrie. 1 févr 2004;11(2):108-14.
7. Gouyon M. Les professions de santé et leurs pratiques. Dossiers solidarité et santé. mars 2006;(n°1):61-8.
8. Communiqué de presse. Santé de l'enfant : les spécialistes en médecine générale doivent être respectés et entendus [Internet]. 2024. Disponible sur: https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2024/03/240326_CP_Commun_-Sante%CC%81-de-lenfant_v_presse.pdf
9. Chouvin M. Place du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique des enfants de moins de 6 ans dans le Vaucluse [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Marseille]: Université Aix Marseille; 2021 [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03370429>
10. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [Internet]. août 25, 2016. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/767727/document/texte_conventionnel_version_consolidee_avenant_9.pdf
11. FAUCHIER-MAGNAN E, FENOLL B. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France [Internet]. IGAS; 2021. Report No.: 2020-074R. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf>

12. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la drees. mars 2021;(76):1-74.
13. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. 2024 [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
14. LEBEAU JP. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. 1ère édition. France: GMSanté et CNGE productions; 2021.
15. INSEE. La grille communale de densité [Internet]. 2023 [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/6439600>
16. 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. Etudes et Résultats. Aout 2007;(N° 588):1-8.
17. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Rapport public annuel 2019 [Internet]. Cour des comptes; 2019 Fevrier [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
18. Authouart MA. Évaluation de l'impact de la diminution des secteurs de permanence des soins ambulatoires sur les admissions aux urgences et à la maison médicale de garde les soirs de semaine dans la région rouennaise [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Rouen]: UFR santé Rouen Normandie; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03016003v1/document>
19. Duchene Y. Place du médecin traitant dans le parcours de soins des enfants consultant aux urgences pédiatriques : caractéristique et motivation des patients relevant de la médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Amiens]: Université d'Amiens; 2016 [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01397816>
20. Canu M. Inquiétudes, motivations et attentes des patients lorsqu'ils consultent en médecine générale pour fièvre de l'enfant de 3 mois à 5 ans [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2015 [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01203271>
21. Hervouet C. Connaissances, croyances et habitudes des parents concernant la fièvre de l'enfant de 0 à 5 ans. 5 oct 2021;91.
22. Lesoin L. Étude des connaissances et du comportement des parents face à la fièvre de leur enfant [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. [Amiens]: Université d'Amiens; 2016 [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01325439>
23. Collectif No FakeMed. LA TRIBUNE PERINATALITE – [Internet]. 2022 [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://nofakemed.fr/la-tribune-perinatalite/>

24. Portin V. Perception du rôle de médecin traitant et évaluation des freins à la prise de nouveaux patients: une étude qualitative auprès de médecins généralistes de la CPTS Initiatives Santé [Thèse d'exercice de médecine]. [Marseille]: Aix Marseille université; 2022.
25. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract*. 18 févr 2009;10:17.
26. Pernin T, Bourrillon A, Stolper E, Baumann L. Vers un consensus sur le Gut Feeling aux urgences pédiatriques françaises Ou le développement transdisciplinaire d'un concept issu de la médecine générale. *Médecine*. mai 2017;13(5):221-7.
27. Département de médecine générale Sorbonne université. L'intuition ou guts feeling [Internet]. 2020 [cité 16 avr 2024]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/10/Guts-feeling.pdf>
28. Bréant K. Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes. 28 mai 2013;74.
29. Accessibilité potentielle localisée - DREES [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>
30. Chaput H, Monziols M. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent pour prendre en charge les soins non programmés. *Etudes et Résultats* [Internet]. 22 janv 2020;(1138). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
31. Gouyon M. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats* [Internet]. oct 2009;(704). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er704.pdf>
32. Thermes S. Déterminants influençant le recours aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux : enquête qualitative auprès des médecins généralistes de Gironde [Internet]. [Bordeaux]: université de Bordeaux; 2015 [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01112623>
33. de Fontgalland C, Lecourieux S, Ménoret F, Bidaut P, Rouzaud-Cornabas M, Rogez R. Accès aux actes et consultations de second recours en région Centre-Val de Loire. *Santé Publique*. 2023;35(3):235-50.
34. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;41(4):331-9.
35. CHAUVOT G, BENOIT M. Collaboration interprofessionnelle : étude des échanges informels et conviviaux entre médecins et infirmiers en médecine ambulatoire [Internet]. [Grenoble]: Université de Grenoble Alpes; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03864411/document>

36. Garneau-Senequier C. Regard des familles sur le carnet de santé de l'enfant: du papier au numérique [Thèse d'exercice de médecine]. [Nice]: Université de Nice; 2020.
37. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. 2024 [cité 2 mai 2024]. 2 ans de Mon espace santé : le carnet de santé numérique déjà activé par 11 millions de Français a franchi un cap auprès des professionnels de santé et des patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/2-ans-de-mon-espace-sante-le-carnet-de-sante-numerique-deja-active-par-11>
38. Leconte M. Description d'un nouveau dispositif de coopération médicale entre pédiatre et puéricultrice en pédiatrie libérale [Thèse d'exercice de médecine]. [Bordeaux]: université de Bordeaux; 2021.

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Guide d'entretien définitif

Bonjour, tout d'abord, merci d'avoir répondu à ma sollicitation pour cet entretien dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Je vous rappelle rapidement le sujet de celle-ci, avant de débiter. Elle porte sur la prise en charge des enfants consultant en médecine générale pour des soins non programmés, c'est à dire des rendez-vous demandés en urgence par les parents pour le jour même.

Ensemble, nous allons faire ce qu'on appelle un entretien semi-dirigé individuel. C'est-à-dire que je vous poserai des questions ouvertes auxquelles vous essaieriez de répondre le mieux et de manière la plus complète possible, il n'y a pas de bonnes réponses attendues, je cherche à recueillir votre pratique dans la vraie vie. Cet entretien sera enregistré pour pouvoir ensuite le retranscrire anonymement mot pour mot avant l'analyse.

Je m'engage à ce que l'ensemble des données recueillies soient traitées et analysées de manière confidentielle, ainsi qu'à détruire les enregistrements audios après avoir terminé et soutenu ma thèse. Acceptez-vous de participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse ?

Parfait, ainsi nous allons pouvoir débiter.

Organisation des SNP Comment vous organisez-vous face aux demandes de rendez-vous en urgence ? Quels critères justifient un rendez-vous en urgence ?
SNP chez les enfants Quelles sont les particularités des soins non programmés chez les enfants ? Quel temps consacrez-vous à la consultation pour les enfants ? Quelle est l'influence sur la consultation du fait de connaître ou non l'enfant ?
Rôle des parents Quelle est l'influence des parents ? Quelles consignes donnez-vous aux parents concernant les consultations en urgence ? Quelles sont les attentes des parents concernant les consultations non programmées ?
Suivi Concernant la première consultation de J8, comment vous organisez-vous ? Que pensez-vous du parcours de soins des enfants ? Que pensez-vous du rôle de médecin traitant de l'enfant ? Quelle importance accordez-vous au fait de pouvoir suivre les enfants que vous voyez en consultation non programmée ? Que pensez-vous des enfants qui consultent régulièrement différents médecins ?
Organisation des SNP sur le territoire Comment sont organisés les autres cabinets environnants ? Quelles sont les différentes ressources disponibles sur votre territoire pour la prise en charge des enfants dans le contexte des soins non programmés ?

Coordination sur le territoire Quels rapports entretenez-vous avec ces différents intervenants ? Quels outils utilisez-vous pour communiquer avec les autres professionnels ?
Perspectives Comment imaginez-vous l'exercice médical pour les prochaines années ? Notamment en termes de coordination avec les autres professionnels de santé ? Que pensez-vous du service d'accès aux soins ? Que pensez-vous de la délégation de certaines tâches à d'autres intervenants ?

B. Annexe 2 : Grille COREQ

(Consolidated, Critere for Reporting, Qualitative studies) - Liste de vérification à trente-deux éléments

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Jérôme Beaupuy
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de Médecine Générale, 6 semestres d'internat validés
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse

6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour 5 d'entre eux Non pour les 5 autres
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation par SMS envoyé aux participants et présentation orale en début d'entretien
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêts

Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu. Étude qualitative par entretiens individuels et de groupes semi-dirigés.

Sélection des participants :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Raisonné avec critère de variation maximale
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune

Contexte :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Sur le lieu de travail ou au domicile
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le tableau 1 de la partie "résultats"

Recueil des données :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui Guide d'entretien testé lors d'un entretien préparatoire
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio avec accord oral du participant
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 43 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Suffisance des données atteinte au 9 ^{ème} entretien

23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui, uniquement pour les participants le demandant
----	-----------------------------	--	--

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Thèmes déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Retranscription écrite des entretiens : Microsoft Word ® Codage : Microsoft Excel ®
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction :

Numéro de l'élément	Item	Question / description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims

30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'D' followed by several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

BEAUPUY Jérôme

55 pages – 1 tableau

Résumé :

Introduction : La diminution du nombre de pédiatres libéraux entraîne un glissement du rôle du pédiatre vers le généraliste. Cela rend le parcours de soins peu lisible pour les parents. Cette étude cherche à étudier les représentations des médecins généralistes concernant le parcours de soins des enfants consultant en situation d'urgence.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels et de groupe auprès de 10 médecins généralistes. Le recrutement a été effectué par échantillonnage raisonné théorique. Les entretiens ont été retranscrits, anonymisés puis analysés par méthode inductive inspirée par la théorisation ancrée.

Résultats : Les médecins généralistes s'organisent pour être disponible et rassurer les parents. Pour eux les pédiatres sont peu disponibles et devraient jouer un rôle de second recours. La prise en charge de l'urgence et du suivi par un seul médecin ou une équipe permet un discours unique et une meilleure efficacité.

Discussion et conclusion : Les médecins généralistes se sentent responsable des consultations non programmées. Ils craignent la pluralité des discours qui augmente avec le nombre d'intervenants. Pour eux le rôle des pédiatres devrait être restreint à un rôle de second recours.

Mots clés : Médecins généralistes – Enfant – Médecine d'urgence pédiatrique – Soins ambulatoires – Pédiatres – Soins de santé primaires

Jury :

Président du Jury : Professeur Delphine MITANCHEZ

Directeur de thèse : Docteur Laurène PROD'HOMME

Membres du Jury : Docteur Bruno LEFORT
Docteur Yves MAROT
Docteur Alice PERRAIN

Date de soutenance : 11 juin 2024