

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Camille ROUQUIER

Le 18 février 2014

**Etude qualitative des relations entre les médecins généralistes et
les pédiatres dans trois bassins de santé aveyronnais**

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Patrick MAVIEL

JURY

Madame le Professeur M. TAUBER	Président
Monsieur le Professeur M. VIDAL	Assesseur
Monsieur le Professeur P. MESTHE	Assesseur
Madame le Docteur B. ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur P. MAVIEL	Membre invité
Monsieur le Docteur JC. SEMET	Membre invité

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Camille ROUQUIER

Le 18 février 2014

**Etude qualitative des relations entre les médecins généralistes et
les pédiatres dans trois bassins de santé aveyronnais**

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Patrick MAVIEL

JURY

Madame le Professeur M. TAUBER	Président
Monsieur le Professeur M. VIDAL	Assesseur
Monsieur le Professeur P. MESTHE	Assesseur
Madame le Docteur B. ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur P. MAVIEL	Membre invité
Monsieur le Docteur JC. SEMET	Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTNES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTNES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTNES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. POURRAT. J	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
P.U.	
M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. POUTRAIN J.Ch
Dr. MESTHÉ P.
Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDJ S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTROYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

A Madame le Professeur Maïthé TAUBER

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie pour votre grande disponibilité et votre écoute. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre aide à toutes les étapes, vos conseils justes et bienvenus. Soyez assurée de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Claude SEMET

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury.

Je vous remercie pour votre soutien et votre aide dans ce projet, en espérant qu'il soit une pierre à l'édifice de la collaboration généraliste-pédiatre. Merci pour ce tout que vous m'avez apporté et appris au cours de mon stage. Soyez assuré de mon estime et de mon profond respect.

A Monsieur de Docteur Patrick MAVIEL

Merci de ton soutien sans faille et de ton ouverture d'esprit tout au long de ce travail. Une expérience partagée de plus au compteur, et peut-être pas la dernière... Trouve ici toute ma reconnaissance et ma grande affection.

Aux médecins qui ont participé à l'étude.

A mes maîtres de stage.

A ma famille, belle et forte, et qui m'a quelques fois appris la médecine à son insu. Merci à mes parents pour leur soutien et leur amour. Merci à mes frères, ma sœur, ma belle-sœur et ma nièce pour la richesse qu'ils donnent à ma vie. A tous nos moments partagés passés et à venir, à neuf ou plus !

A mes grands-parents qui m'ont élevée dans les valeurs paysannes qui me sont chères. Merci à mes mamies pour tout ce qu'elles me transmettent encore aujourd'hui.

A tous les autres membres de ma famille et à ma belle-famille.

A mes amies de toujours, Julie et Emilie. Le temps n'altère en rien les douceurs de l'enfance et de l'adolescence, j'aime nous voir grandir (ou vieillir...) ensemble ! A vos petites familles.

A mes amies de la faculté. Aude, Lulu, Céline : beaucoup de beaux moments ensemble, j'espère que l'avenir nous en réservera d'autres. Merci pour tout ce que vous m'apportez, chacune à votre façon.

A ceux que je vois moins souvent mais que j'aime toujours autant : Marielle, Cindy, Anaïs, mes amis compolibatois...

A ceux que ma moitié m'a fait rencontrés et dont je ne peux plus me passer !

A ma p'tite Vio, la plus douce des co-internes et une amie des plus précieuses. Merci à toi et Olivier pour votre générosité. A mes autres compagnons d'internat, en particulier Charlotte.

A mes amis partis trop tôt. Maxou, le premier à avoir fait confiance à mes capacités de médecin alors que je n'en étais qu'aux balbutiements de mes études. Amélie, ma Mélilot avec qui j'ai appris la médecine et tant d'autres choses, tu me manques chaque jour.

Et bien sûr à Antoine. Et à notre plus beau projet en préparation...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
MATERIEL ET METHODES	12
1 – Etude qualitative	12
2 – Population étudiée	12
3 – Guide d’entretien	13
4 – Organisation et déroulement d’une séance	13
5 – Retranscription	13
6 – Analyse	14
RESULTATS	15
1 – Le guide d’entretien	15
2 – Les entretiens	15
3 – Analyse des focus groupes de médecins généralistes	16
A – Etat des lieux	16
1. Schéma des relations	16
2. Points positifs et facilitateurs	18
3. Difficultés et freins	21
4. Sentiment d’un changement	30
B – Attentes	31
1. Moyens et organisation	31
2. Définition et répartition des rôles	33
3. Relationnel	34
C – Intérêts à améliorer	35
1. Organisation du travail	35
2. Les patients	36
4 – Analyse du focus groupe des pédiatres	36
A – Etat des lieux	36
1. Schéma des relations	36
2. Points positifs et facilitateurs	37
3. Difficultés et freins	40
B – Attentes	45

1. Définition et répartition des rôles	45
2. Relationnel	46
DISCUSSION	48
1 – De la méthode	48
2 – Des résultats	50
a) Des relations faibles et un lien ville-hôpital ambivalent	50
b) Les vecteurs de communication	51
c) La communication en elle-même	52
d) La place de chacun dans le parcours de soin de l'enfant	54
e) Peu de propositions concrètes d'amélioration	56
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXES	63
Annexe 1 – Bassins de santé Midi Pyrénées	63
Annexe 2 – Guide d'entretien	64
Annexe 3 – Focus groupe 1	66
Annexe 4 – Focus groupe 2	73
Annexe 5 – Focus groupe 3	86
Annexe 6 – Exemple d'analyse thématique	94

Introduction

Les relations entre soignants sont au cœur de la médecine sous toutes ses formes d'exercice. La définition européenne de la médecine générale par la WONCA attribue au médecin généraliste un rôle de coordonnateur et de gestion du recours aux autres spécialités [1], il a un rôle primordial d'articulation dans le soin. Les relations qu'il noue avec ses pairs s'inscrivent souvent dans des réseaux informels. Elles sont considérées comme une expérience stimulante et positive de partage par l'ensemble des professionnels. De plus, elles permettent de faire face aux difficultés de la décision solitaire parfois rencontrées dans les cabinets[2]. Toutefois, leur élaboration peut être difficile pour de multiples raisons (pratiques, organisationnelles, personnelles), des modes d'exercice différents peuvent créer un fossé entre praticiens [3] [4].

Le Professeur Sommelet dans son rapport de 2006 considérait l'articulation des professionnels de santé comme un des enjeux de la santé de l'enfant et de l'adolescent [5]. Des textes officiels donnent un cadre à cette coordination. Par exemple, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de 2009 a défini l'orientation des patients et la coordination des soins comme des missions du médecin généraliste de premier recours [6]. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins 2012-2017 souhaite structurer le secteur ambulatoire par une meilleure coordination entre professionnels de santé à l'échelle des bassins de santé, avec pour objectif d'améliorer le service médical rendu aux patients et les conditions d'exercice des professionnels [7].

Par ailleurs, on dénombre au 1^{er} janvier 2013 en France métropolitaine 6649 pédiatres soit une densité de 42,8 pour 100 000 enfants de moins de 20 ans, 26% exercent en libéral exclusif et 63,2% sont salariés [8]. Le compte rendu de l'audition des pédiatres de 2009 [9] fait état d'une diminution constante depuis 1995 de 1,3% par an du nombre de pédiatres libéraux. En Midi-Pyrénées, la densité des pédiatres s'approche de la densité nationale avec une projection d'évolution de 3% en 2018. Mais il existe des inégalités interdépartementales. Par exemple en Aveyron, on dénombre treize pédiatres soit une densité de 22,1 pour 100 000 enfants de moins de 20 ans, avec une projection d'évolution nulle pour 2018. Il y a 378 médecins généralistes soit une densité de 134,3 pour 100 000 habitants, proche mais en deçà de la densité nationale, avec une projection de -4% en 2018. Un travail de thèse portant sur le suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans a montré que le suivi exclusif par le pédiatre passe de 36% à Toulouse à 6% à Rodez [10]. Dans ce contexte, le médecin généraliste assure une

grande part des prises en charge pédiatriques, le pédiatre se positionnant souvent en second recours avec une réelle volonté de complémentarité [9].

Bien que leurs exercices en matière de suivi standard, de pathologies aiguës ou chroniques soient intriqués et qu'il y ait une superposition de leurs périmètres d'action, il existe peu d'études en France portant spécifiquement sur la relation entre le médecin généraliste et le pédiatre. Ce type d'étude est plus souvent rencontré dans les domaines de la cancérologie, de la psychiatrie ou des spécialités de manière générale.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier de manière qualitative les relations entre les médecins généralistes et les pédiatres dans trois bassins de santé aveyronnais (Rodez, Decazeville, Villefranche de Rouergue) afin de faire un état des lieux des inter-relations existantes et des attentes, aussi bien du côté des médecins généralistes que de celui des pédiatres. L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration.

Matériel et méthodes

1 – Etude qualitative

Le choix de la méthode s'est rapidement porté sur une recherche qualitative. Cette technique issue des sciences sociales a pour but d'explicitier et de comprendre des phénomènes humains ou sociaux [11]. Elle permet d'explorer les ressentis, les comportements et les expériences des sujets de manière plus nuancée qu'en étude quantitative. Des entretiens collectifs ou focus groups semblaient adaptés à l'étude des relations professionnelles car les interactions du groupe peuvent générer une grande richesse d'informations [12]. Ils permettent à la fois l'analyse des significations partagées et du désaccord au cours du même entretien [13]. Le partage d'idées et l'échange entre professionnels nous semblaient importants dans cette étude.

2 – Population étudiée

Afin d'étudier les relations entre les médecins généralistes et les pédiatres, nous avons organisé trois focus groups impliquant ces deux professions. Deux d'entre eux réunissaient des médecins généralistes des trois bassins de santé concernés par l'étude (Rodez, Villefranche de Rouergue, Decazeville) et le troisième réunissait des pédiatres (voir en annexe 1 les bassins de santé).

Lors de la constitution des groupes de médecins généralistes, nous avons privilégié une grande diversité en terme d'âge, de sexe, de mode d'exercice (rural, urbain, en cabinet de groupe ou seul). En effet, la composition de chaque groupe doit rechercher une certaine homogénéité mais la logique d'échantillonnage de l'ensemble doit tendre vers la diversification [13]. Des médecins maîtres de stage furent contactés en premier car plus sensibles et plus impliqués dans le travail universitaire. Des médecins non maîtres de stage furent invités ensuite. Dix à douze médecins étaient invités afin que chaque groupe comporte cinq à dix participants.

La constitution du groupe de pédiatres fut plus simple car ils sont peu nombreux : les pédiatres hospitaliers de Rodez et Villefranche de Rouergue furent invités ainsi que le pédiatre libéral de Rodez.

3 – Guide d’entretien

Le guide d’entretien a été élaboré afin d’explorer plusieurs grands thèmes prédéfinis lors de la recherche bibliographique. Il constitue une trame de questions ouvertes et neutres permettant d’explorer, de conforter ou d’infirmier les thèmes de la bibliographie.

Après son élaboration, il a été testé sur un praticien seul afin de vérifier la compréhension, la fluidité des questions et la production effective de données.

4 – Organisation et déroulement d’une séance

Les médecins ont été contactés par téléphone ou par mail. Le thème général de l’étude était abordé mais sans trop de précisions afin que les participants n’aient pas d’idée préconçue lors des entretiens et soient le plus spontanés possible. Le principe du focus group était également expliqué, la durée prévisible annoncée était d’une heure. Les participants étaient recontactés quelques jours avant la réunion afin d’éviter les oublis. Les entretiens étaient réalisés dans des salles de réunion faciles d’accès pour les participants et neutres, avec une configuration favorisant les échanges, autour d’une table ronde avec deux dictaphones placés au centre pour l’enregistrement. L’animation était assurée par le Docteur Maviel pour les trois groupes. J’avais le rôle d’observateur chargé de la gestion des dictaphones et de l’observation des interactions et réactions non verbales. Après un premier temps de présentation des participants et de l’étude, l’entretien s’articulait autour des questions du guide d’entretien.

5 – Retranscription

Les focus groupes ont été retranscrits mot à mot et sont disponibles dans leur intégralité en annexe. Les propos de l’animateur sont en gras, ceux de l’observateur sont soulignés, les manifestations non verbales sont en italique. Les noms propres et les lieux ont été anonymisés. Les noms de lieux sont représentés par une lettre majuscule choisie au hasard et différente dans chaque focus groupe. Les noms de médecins sont représentés par un P suivi d’un chiffre, là aussi différent entre les groupes même lorsqu’il s’agit du même nom afin que l’analyse reste neutre.

6 – Analyse

L'analyse permet de dégager un sens des témoignages verbaux retranscrits afin de comprendre le phénomène investigué. Une première analyse de type longitudinal a été réalisée afin de faire émerger les points remarquables de chaque entretien et les éléments nouveaux inattendus du guide d'entretien. Ensuite, une analyse transversale thématique a été réalisée à l'aide d'un tableau Excel. La première étape consiste à coder les données, c'est-à-dire identifier et réorganiser des unités de sens (mots, phrases, paragraphes, échanges), à transformer des données brutes en une première formulation signifiante. Pour cela, on s'aide des thèmes de la bibliographie que l'on enrichit de nouveaux thèmes émergents. Il arrive qu'un même élément soit codé sous plusieurs codes. La seconde étape consiste à catégoriser, c'est-à-dire établir une relation entre plusieurs codes. Les catégories constituent alors des matrices de signification. Par la suite, l'analyse peut conduire à la théorisation ou généralisation, au moins partielle, du phénomène à l'étude [14].

Résultats

1 – Le guide d’entretien

Il s’articulait autour de six questions principales permettant d’explorer les principaux thèmes retrouvés dans la bibliographie :

- 1) Pour commencer, pouvez vous donner entre un et trois mots (positif, négatif ou neutre) qui décrivent vos relations avec les pédiatres/généralistes ?
- 2) Qu’appréciez vous dans ces relations et qu’est-ce qui les facilite ? Vous pouvez vous aider d’exemples précis.
- 3) Quelles sont les difficultés rencontrées ou ressenties dans l’élaboration de ces relations ? Vous pouvez vous aider d’exemples précis.
- 4) En partant de l’hypothèse qu’il sera dénoncé des difficultés de communication : selon vous, à quoi sont dues ces difficultés de communication ?
- 5) Selon vous, quel(s) intérêt(s) y aurait-il à améliorer les relations que vous entretenez avec les pédiatres/généralistes ?
- 6) Concrètement, que souhaiteriez-vous voir améliorer et comment ?

Au cours de l’étude la trame a peu changé, l’animation du second groupe a permis d’insister sur certains points peu abordés dans le premier. La version complète du guide (questions et thèmes bibliographiques en rapport) est disponible en annexe.

2 – Les entretiens

Le premier focus groupe a eu lieu le 13.04.13 à l’hôpital de Villefranche de Rouergue et a regroupé sept médecins généralistes du bassin de Villefranche : cinq hommes et deux femmes d’âges divers ; tous travaillant en cabinets de groupe en milieu urbain ou rural ; un praticien installé depuis moins d’un an ; quatre maîtres de stage ; un médecin coordonnateur d’HAD. Il a duré une heure.

Le second focus groupe a eu lieu le 22.05.13 au centre médical de Rignac et a regroupé huit médecins généralistes des trois bassins de santé à l’étude : six femmes et deux hommes travaillant en milieu urbain, rural ou semi-rural ; deux médecins exerçant seuls ; cinq maîtres

de stage ; un médecin membre du Conseil de l'Ordre de l'Aveyron. Il a duré une heure et vingt minutes.

Le troisième focus groupe a eu lieu le 13.06.13 à l'hôpital de Rodez et a regroupé cinq pédiatres hospitaliers travaillant en Aveyron depuis plus ou moins longtemps (de un an à plus de vingt ans). Il a duré une heure.

3 – Analyse des focus groupes de médecins généralistes

Pour chaque catégorie, thème et sous-thème, seuls les verbatim (unités de sens) les plus représentatifs ont été retranscrits. Un exemple d'analyse sous Excel est présenté en annexe.

A – Etat des lieux

1. Schéma des relations

En terme quantitatif, les relations avec les pédiatres sont faibles voire nulles :

« *Alors, peu... Pour pas dire aucune.* »,

« *des relations très très rares* »,

« *J'ai quasiment zéro contact avec aucun pédiatre.* ».

Les médecins généralistes décrivent un mode relationnel soit cloisonné, soit fonctionnant en collaboration :

« *Y a les pédiatres qui travaillent de leur côté, la PMI de son côté et puis moi* »,

« *parfois je vois son écriture sur le carnet de santé et parfois il voit la mienne* »,

« *collaboration* ».

Les relations sont de type spécialisées, avec des compétences spécifiques reconnues aux pédiatres :

« *Spécialisé ça veut dire moi par exemple je travaille avec le CAMPS* »,

« *ça doit être fait par des pédiatres allergologues, je crois qu'ils ont des spécificités* ».

Elles sont uniquement hospitalières :

« *en libéral je ne vois pas la place de la pédiatrie, je la vois qu'hospitalière* »,

« *comme c'est un libéral, je ne fais pas appel à lui en tant que second avis.* ».

En effet, la présence d'un plateau technique est primordiale :

« quel est l'intérêt pour nous de pédiatres dans un hôpital de cette taille s'il n'y a pas d'hospitalisation? »,

« Il pourra rien faire de plus pour le problème que j'aurai parce qu'il faudra une structure hospitalière type CHU ou service hospitalier donc ça m'apporte... Rien. ».

Elles peuvent également être mixtes :

« j'ai de très bonnes relations avec les pédiatres libéraux de L et du coup je travaille beaucoup avec eux »,

« je fais régulièrement appel en tant que second avis et je suis ravie. Vraiment c'est super bien. ».

Enfin, elles peuvent être réduites aux urgences :

« quand j'ai besoin d'eux c'est pour un problème d'urgence (...) il passe par les urgences et c'est fini ».

On note une grande dispersion des correspondants :

« ceux de X, du tout, Y, pas plus et W, encore moins »,

« Depuis que je suis ici, j'appelle Z »,

« Avec ceux de M : quasiment pas de relations. Et j'ai d'excellentes relations avec les pédiatres d'O. ».

Cela s'explique par une équidistance fréquente avec d'autres centres hospitaliers permettant une comparaison :

« Si j'ai besoin d'un avis, je le prends pas ici, je le prends ailleurs. »,

« Nous on a la comparaison, et c'est incomparable quoi ! Quand t'as la comparaison, tu te dis " c'est incomparable !" »,

« Les autres le font, pour être au carrefour de trois départements, les autres le font très bien ! ».

Le CHU est positionné en recours pour des pathologies complexes ou graves :

« Après, t'as des trucs compliqués : CHU ! C'est fait pour ça ! »,

« Les grosses pathologies ou les choses bien spécifiques, j'envoie direct sur Toulouse. »

2. Points positifs et facilitateurs des relations

2.1 Les moyens de communication

Le téléphone est plébiscité par la disponibilité qu'il offre :

« avis téléphonique parce que W est franchement disponible »,

« l'avis spé, quand t'es en galère, tu l'as quand même au moins au téléphone »,

Le retour par téléphone est également apprécié :

« ils m'ont téléphoné personnellement pour me dire : "voilà, je fais rentrer à la maison, dans le cadre de l'HAD, tel patient". »,

« elles décrochent leur téléphone pour nous dire "oui j'ai vu ton patient". »,

Le CHU a une accessibilité téléphonique nuancée :

« On arrive à les joindre directement par téléphone. »,

« ça dépend des services. »,

Le courrier systématique est apprécié :

« J'ai parfois du courrier de gosses que je n'ai pas envoyés. J'apprends que le gamin a été hospitalisé pour une gastro. »,

Le mail est un moyen rapide et efficace :

« j'ai reçu un mail dix minutes après qu'il ait été vu. Donc j'envoie le gamin à deux heures de l'après midi, à trois heures j'ai un mail, "je l'ai vu, il a ça, j'ai fait ça". »,

2.2 L'offre de soins

Les consultations décentrées créent un sentiment de proximité :

« la consultation de type avancé sur N qui est très appréciable. »,

La mise en place d'une Hospitalisation A Domicile en gynécologie et pédiatrie est appréciée :

« Ca c'est une ouverture. »,

« Ca c'est très bien. »,

La connaissance de l'organisation hospitalière, notamment du service des urgences, est facilitatrice :

« si on connaît comment fonctionne l'hôpital et les dysfonctionnements possibles, c'est pas qu'on pardonne beaucoup de choses, c'est qu'on explique des choses. »,

« c'est en train de ressembler un peu, ça se structure un peu comme un petit CHU. »,

« il y a maintenant à M un service d'urgences pédiatriques. (...) Ils ont tendance un petit peu à singulariser cette filière là. ».

2.3 Les internes en stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire

Ils ont un rôle de médiateur entre la ville et l'hôpital :

« j'ai des relations que je n'avais pas avec Y, par l'intermédiaire de mon interne »,

« quand on avait un truc urgent, on le disait à K, qui le disait et qui nous répondait, cet espèce de lien est quand même fabuleux quoi ! ».

2.4 Concernant la communication avec les pédiatres

Les médecins généralistes recherchent la simplicité :

« il y a des gens (...) qui peuvent donner un avis simple et pour nous facile à suivre ».

Ils apprécient quand leur parole de médecin est valorisée et qu'elle permet des entrées directes :

« si nous on envoie, ça va peut-être être plus pris en considération que ce que c'était. »,

« les fois où j'ai voulu une consultation assez rapide mais pas dans l'urgence, j'ai parlé directement au pédiatre, et là il arrive à te trouver un créneau. »,

« j'ai réussi à hospitaliser quelques enfants de manière directe, sans passer par les urgences. ».

La connaissance personnelle des correspondants est décrite comme facilitatrice :

« j'ai de bonnes relations parce que j'y ai travaillé »,

« Ce qui facilite c'est de connaître les gens. Dans un sens comme dans un autre. Nous vers les pédiatres, eux vers nous. »,

« ça dépend si on a des relations avec les pédiatres en dehors des soins purs. ».

La connaissance mutuelle des compétences de l'autre permet aussi un meilleur relationnel. Les médecins généralistes reconnaissent des compétences spécifiques aux pédiatres, ce qui leur permet un contact éclairé, aussi bien dans le suivi standard que pour des pathologies particulières :

*« ça doit être fait par des pédiatres allergologues (...) je sais que moi je travaille avec Q »,
« Après dans le suivi normal, de l'enfant qui est sensé bien aller, les pédiatres disent que eux ont quand même une compétence un petit peu particulière dans le dépistage de problèmes. (...) Donc moi je reste relativement humble vis-à-vis de ça, et pourtant j'en fais beaucoup de la pédiatrie. »,*

« Le pédiatre il va peut-être tilter avant. Donc c'est là où je trouve qu'ils ont des compétences certaines. ».

Ils pensent également que la connaissance de leurs compétences de généralistes par les pédiatres est importante :

« à partir du moment où ils savent que tu fais pas mal de pédiatrie, ils sont capables de te déléguer tout un tas de choses. (...) je pense que ça c'est facilitant. »,

« les hospitaliers, ils ont besoin de mettre un visage sur les compétences. ».

Un autre point positif est la propre reconnaissance de lacunes par les médecins généralistes, explicité essentiellement dans le second focus groupe :

« le suivi du développement psychomoteur, tout ça, le langage moi j'avoue j'ai des lacunes. »,

« il y a des domaines pour lesquels on n'est pas assez sensibilisé je pense, on n'a pas forcément l'idée de regarder systématiquement certaines petites choses. »,

« nous, sur certains plans, il faut qu'on se forme davantage. ».

Enfin, les médecins généralistes s'interrogent sur l'opinion des pédiatres et ont un désir d'échanges sur leurs pratiques respectives :

« il faut aussi savoir ce qu'ils attendent de nous. Parce ce que s'ils n'attendent rien de nous, la situation n'avancera jamais. »,

« C'est intéressant d'avoir leur point de vue aussi. »,

« Est-ce que le désir est réciproque d'améliorer les choses ? ».

3. Difficultés rencontrées et freins des relations

Un verbatim du second focus groupe résume les principales difficultés décrites par les médecins généralistes : *« Il y a plusieurs problèmes en fait. Il y a le problème du suivi et du rôle de chacun, le problème de la gestion de l'urgence et le problème de l'avis spécialisé non urgent mais emmerdant. Il y a ces trois lieux d'interface et dans les trois lieux, on n'est pas au clair. »*

3.1 De la part de l'hôpital

Concernant les moyens de communications, les généralistes regrettent l'arrêt de la diffusion de l'annuaire interne :

« on n'a plus eu les numéros de bip. Alors que ça c'était super ! »,

« C'était une super idée. Tu les as direct sur leur numéro. ».

L'hôpital est décrit comme une structure barrière, avec un défaut d'information concernant les prestations et l'organisation des soins :

« Ce qui rend difficile c'est l'hôpital, c'est la structure... »,

« C'est un hôpital qui fonctionne en sous régime par rapport à ce qu'il pourrait être parce qu'il y a un défaut d'information majeur. »,

« y a un manque de communication quand même, parce que moi j'étais pas au courant... »,

« c'est qui joindre, quand, comment et à quel moment ? C'est ça les questions qu'on se pose en fait. ».

Une barrière administrative est dénoncée :

« Ca c'est le côté fonctionnaire sans doute... »,

« c'est pas leur priorité. C'est des administratifs, ils ne comprennent pas l'intérêt de ça je pense. ».

Le désir d'amélioration leur semble non réciproque avec la notion que l'hôpital n'a pas besoin des médecins généralistes :

« c'est pas à mon avis l'hôpital qui demande à améliorer les relations. C'est les libéraux qui demandent à améliorer les relations avec l'hôpital, je pense que c'est ça la différence. C'est que le jour où l'hôpital aura vraiment besoin de nous, ils viendront nous chercher. ».

3.2 De la part des pédiatres

a) moyens de communication

Le délai d'arrivée des courriers est jugé trop long, le rendant parfois inutile :

« j'ai par exemple une petite de quatre mois qui a été hospitalisée, j'ai eu le compte rendu quand elle avait huit mois, j'étais contente. Ca n'avait aucun intérêt en fait. »

L'accès téléphonique est parfois difficile :

« il faut arriver à le joindre, tu passes trois appels quoi... »,

« J'avais pas trente minutes pour qu'elle me passe quatre standards pour avoir un mec, je les avais pas les trente minutes. ».

Ce phénomène est généralisé :

« Est-ce que c'est pas pareil quand on appelle d'autres spécialistes ? ».

b) organisation interne

Les médecins généralistes ressentent un manque d'harmonie interne au service de pédiatrie :

« Ce problème de relationnel interne, il est prégnant, tu peux pas t'imaginer, il pourrit autant les relations en interne que les relations vers l'extérieur. »,

« s'ils ne peuvent pas se mettre d'accord entre eux, comment ils veulent que nous on s'y retrouve dans leur organisation ? ».

c) communication avec les médecins généralistes

- manque d'échanges au sujet des modalités d'exercice :

« Après c'est vrai qu'on ne sait pas aussi ce qu'ils attendent de nous. ».

Egalement manque d'échanges dans le soin pouvant générer un sentiment de rejet :

« y a même pas cette envie de collaborer, de discuter, de donner un avis, d'échanger quoi, moi j'appelle pas ça de la pédiatrie! »,

« je pense que le service de pédiatrie tourne sur lui-même quoi. Et pas avec l'extérieur. »,

« il m'a dit aussi « mais il habite où ? (...) A ben non, c'est pas pour nous, c'est pour O. ». Alors j'ai abandonné. ».

- manque de disponibilité :

« *c'est deux fantômes* »,

« *il faudrait que quand on a besoin de quelqu'un, on puisse nous répondre, parce que là c'est quand même embêtant.* ».

- manque de simplicité, de fluidité :

« *C'est un problème de fluence... A aucun moment on a eu des rapports simples et sains avec les pédiatres hospitaliers, aucun.* »,

« *Moi j'estime qu'on devrait avoir des relations plus simples.* ».

- absence de connaissance personnelle :

« *toi, ça va pour toi parce tu connais personnellement P1, moi c'est pas mon cas et bon...* ».

- dévalorisation de la parole du généraliste, à l'origine d'une exaspération et d'une frustration :

« *Quand ils disent « oui, on va l'hospitaliser c'est sûr, faites le passer par les urgences », ça c'est énervant à entendre, ça c'est pas normal...* »,

« *La non prise en compte de la valeur de ta parole, c'est quand même relativement fréquent.* »,

« *Tu parlais du respect de notre rôle et de notre position, c'est vrai que parfois c'est un petit peu frustrant.* »,

« *J'estime que quand je fais un courrier, quand j'appelle et quand je dis que la situation nécessite une hospitalisation et qu'on tient pas compte de ce que je dis, je considère que c'est pas bien et ça m'encourage pas à recommencer les choses.* »,

« *T'as souvent les boules. Si tu regardes le nombre de fois dans l'année où t'as eu les boules concernant la pédiatrie, c'est relativement fréquent !* ».

La non prise en compte de la demande spécifique du généraliste crée un sentiment de fossé entre la ville et l'hôpital, retrouvé par exemple dans les situations sociales complexes ou simplement dans les examens de routine :

« *quand tu vois des gens qui savent à peine lire, qui ont un bébé de quatre mois, qui frissonne, qui est bactériémique et qui est mal et qu'on te le renvoie à la maison, non, non, non ! Je ne suis pas d'accord !* »,

« *quand t'avais ton gamin avec une pneumopathie, il était bleu, il était mal comme tout, on lui dit « vous avez fait la CRP ? ». Evidemment j'ai pas fait la CRP...* ».

Ce sentiment est retrouvé dans la relation avec les secrétaires :

« tu dis « je suis médecin, (...) je voudrais un rendez vous dans un délai normal » et bien ça, tu as l'impression de demander un truc extraordinaire. ».

Le ressenti peut aller jusqu'au mépris et au sentiment d'infériorité :

« moi ce qui me gêne, c'est la valeur de notre parole. Qui est souvent, quand même, méprisée. (...) Parce que tu es généraliste, tu as cru la maman, tu es con. Mais les bras t'en tombent ! Je veux dire, on est formé, alors on n'est pas spécialiste de pédiatrie, mais enfin notre parole de médecin, si elle est pas prise en compte, on ne pourra jamais avancer. »,

« je pense que la secrétaire n'a pas à juger de ton jugement de médecin. Si tu es médecin et que tu dis « il me faut un rendez vous urgent », tu dois être pris au sérieux parce que sinon c'est du mépris. ».

Là aussi, ce phénomène est décrit comme plus général :

« C'est en toute chose, et pas plus en pédiatrie je pense, honnêtement. »,

« C'est pas qu'avec les pédiatres mais je trouve ça gênant. ».

- réponses variables des correspondants, phénomène global :

« c'est au petit bonheur la chance ! »,

« Un des problèmes aussi c'est ça, c'est la variabilité de la réponse à laquelle on s'expose quand on appelle le service, pour dire les choses clairement. C'est ça qui nous rebute. Il peut y avoir le meilleur et le pire. »,

« c'est en fonction du médecin qui est sur place, mais c'est pas la seule spécialité qui est comme ça ! ».

d) compétences

Les compétences des correspondants peuvent être inconnues :

« je crois que c'est un problème de connaissance des compétences de l'autre »,

« on n'a pas la notion des compétences qu'ils ont... ».

Ou non reconnues :

« je trouve pas que la pédiatrie soit compliquée, je trouve que c'est la même que la médecine adulte, à part le tout petit bébé, après c'est pas différent quand même, moi j'ai ce ressenti là. Donc c'est pour ça qu'il y a pas tellement besoin de pédiatres. »

Elles peuvent être jugées insuffisantes :

« ce qui manque à Y, c'est les compétences, il les ont pas tous donc l'avis au téléphone il sera valable que lorsqu'il y aura des compétences au bout du fil, sinon ça nous sert à rien. ».

Cette situation génère un manque de confiance et une angoisse:

« il y avait une énorme méfiance »,

« cette personne-là elle a plombé le relationnel et la confiance de l'ensemble des médecins généralistes du secteur d'activité »,

« C'est vrai que quand on est tombé plusieurs fois et qu'il y a eu plusieurs cagades, après on est quand même angoissé d'envoyer... ».

Les généralistes ressentent alors une perte d'efficacité :

« j'ai eu une réponse si tu veux, je n'ai pas pu en tenir compte. »,

« il m'a laissé dans la panade, il m'a dit « envoyez le » mais il n'a rien fait quoi. (...) Je ne sais pas à quoi il a servi, à part retarder les choses. ».

Cette gêne est ressentie surtout en situation d'urgence :

« on peut pas envoyer non plus les enfants au casse-pipe, je continue à me méfier de qui est de garde »,

« dans le cadre de l'urgence, c'est là que tu es gêné »,

« il y en a une mais sauf que comme elle fait des gardes et ben... ».

Cela conduit les médecins mais aussi les parents à un évitement :

« en fonction de qui est de garde, je n'envoie pas. »,

« j'ai des patientes qui m'on dit « mais c'est P2 qui est de garde, très bien, je descend à V ». ».

Ce phénomène est généralisé, plus globalement le manque de confiance envers un praticien gêne le relationnel avec l'ensemble de l'équipe :

« Il y a d'autres spécialités où ça existe dans cet hôpital. (...) des praticiens, il y en a un, celui qui est pas bien quoi, qui pourrit l'ensemble des relations et du coup personne n'y envoie plus personne. Ca existe dans d'autres spécialités, le jour où on a retiré cette personne de ses gardes, à nouveau il y avait un certain relationnel qui s'établissait. »

3.3 De la part des médecins généralistes

a) moyens de communication

Les généralistes reconnaissent l'inconstance de leurs courriers d'adressage :

« c'est pas si fréquent que ça tu vois ! L'interne qui y est, elle te dit que plus de 50% des enfants qui arrivent et qui ont été envoyés, ils arrivent comme ça, « le docteur m'a dit de venir ». »

b) exercice de la profession

Certains généralistes refusent les suivis et les consultations pédiatriques :

« Il y a aussi des généralistes qui ne veulent pas faire de pédiatrie. »,

« Parce qu'elle s'était faite envoyer bouler par un collègue ! ».

Leurs compétences sont souvent inconnues des pédiatres :

« ils sont un peu à cheval parce qu'ils ne savent pas jusqu'à quel point ils peuvent nous laisser la main et dans quels domaines. ».

Elles sont parfois insuffisantes :

« si on se met à leur place, si ça se trouve ils ont des tas d'histoires de chasse avec des généralistes qui ont envoyé trop tard, mal orienté, mal traité, fait n'importe quoi. »

Les généralistes peuvent ne pas avoir conscience de leur manque de compétences s'il n'y a pas d'échange :

« si ce problème là tu l'as dépisté, c'est que tu es compétent. Mais si tu ne l'as pas dépisté, tu ne sais pas forcément que tu n'es pas compétent. »

Les demandes qu'ils effectuent sont parfois inappropriées :

« Il y a des médecins qui certainement appellent, je dirais pas de manière abusive, mais qui ont besoin d'un rendez vous dit rapide... »

Lors des formations et réunions, ils invitent peu les pédiatres :

« Ils ne sont pas invités. On les invite pas donc ils ne peuvent pas venir ! »

D'un autre côté, ils montrent une certaine inertie à participer aux animations d'autres spécialistes :

« j'ai été remarqué comme étant le seul médecin à être venu. »,

« si on fait pas l'effort quand ils nous invitent ! »,

« C'est ça le problème aussi, de volonté... ».

D'où un sentiment de résignation :

« *tu seras là, je serai là, et voilà...* ».

3.4 De la part d'autres structures prenant en charge des enfants : exemple du Centre Médico Psycho Pédagogique et du Centre d'Action Médico Sociale Précoce

Les délais de rendez-vous sont jugés trop longs :

« *C'est indécent, c'est indécent ! Avec la demande des gens, la souffrance dans laquelle ils sont, tu leur dis « le rendez vous, il l'a dans six mois », un jour par mois quoi !* »,

« *le CAMSP j'ai jamais de consultation dans des délais normaux* ».

Les généralistes se retrouvent dans des situations paradoxales, avec un renvoi de culpabilité de la part de ces structures :

« *alors toi on te dit de dépister tôt mais quand tu appelles les gens qui sont censés faire le diagnostic, t'en as pour six mois !* »,

« *Et après on t'envoie le compte rendu te confirmant le diagnostic d'autisme et disant que tu aurais dû l'adresser plus tôt, t'es là pfff...* ».

Ils ont parfois un sentiment de rejet :

« *il m'a été répondu « y a assez de monde à Y, vous avez X pour les faire recevoir* ». »

Ou d'abandon :

« *t'as une ado en face de toi qui veut se suicider donc t'appelles Y, ils te disent « non mais on est débordé »...* ».

3.5 Dans la triangulation généraliste-pédiatre-famille

La pédiatrie est ressentie par les généralistes comme une discipline particulière :

« *on prend un sujet aussi, la pédiatrie, les mamans avec les petits c'est quand même un peu particulier. C'est quand même autre chose malgré tout que des adultes...* »

Ils décrivent une évolution du comportement de la patientèle, qui a plus d'attentes :

« *elles n'ont pas la même attente de soins et de prise en charge médicale.* »

Et qui est plus anxieuse :

« elles sont plus anxieuses et plus stressées que probablement il y a une dizaine d'années, elles n'ont pas le même comportement. »,

Ils ont le sentiment d'hériter d'un ancien fonctionnement :

« j'ai l'impression que c'est l'inconscient collectif qui dit « le suivi gynéco c'est le gynécologue, en pédiatrie c'est le pédiatre »... »,

« Et c'est vrai que c'était ça, il y a vingt ans les pédiatres ils étaient médecins généralistes de l'enfant... »,

« si tu veux pour être un bon parent il faut que son enfant soit suivi par le pédiatre. ».

En décalage avec l'évolution démographique actuelle :

« on est encore entourés de spécialistes, et de fait ils font de la médecine générale dans leur spécialité. Mais bon tout ça c'est terminé. »,

« quand on est en situation de pénurie, il faudrait quand même que la pédiatrie soit tournée vers les enfants très malades. »,

« A un moment donné, que nous réserve l'avenir, comment ça va se passer ? Là, on parle de situations actuelles, je ne suis pas sûre que dans cinq ou dix ans on se pose ce genre de question. Et on aura intérêt à être fort en pédiatrie de toute façon. »

Les généralistes ont des difficultés à définir et répartir le rôle de chacun dans le suivi de l'enfant :

« Y a quand même un problème de définition des rôles qui est quand même moins, moi je trouve moins palpable que dans d'autres domaines. On est quand même sur un truc un peu flou où on a du mal à se situer les uns par rapport aux autres. »,

« Ce qui me trouble c'est effectivement la confusion des rôles. »,

« Comment on se situe les uns par rapport aux autres ? »,

« La PMI c'est pas moins confusiogène que les pédiatres... ».

Ils estiment que c'est aussi une difficulté pour les parents, notamment à cause de signaux contradictoires émis par les pédiatres :

« Ils envoient un peu des signaux contradictoires. Il y a une consultation de suivi normal qui s'est ouverte à l'hôpital, en mi-temps, c'est une interne de médecine générale. Ça n'aide pas à déterminer le rôle de chacun. »,

« Certains spécialistes (...) ont des consultations privées. (...) je vois pas très bien pourquoi ils iraient dire « retournez vers votre généraliste, il sait faire pareil que moi ». ».

Le généraliste a du mal à trouver sa place, avec des compétences qui sont peu reconnues des parents :

« ils me le demandent, " est ce que vous suivez les enfants ? ", très régulièrement. »,

« J'ai une patiente qui m'avait demandé " docteur est ce que vous faites les enfants ? ", je lui ai dit " ça dépend avec qui ! " ».

Le rôle et les compétences de chacun sont peu communiqués aux parents par les professionnels :

« il y a également toute la communication, d'un côté entre nous et eux et également envers les patients. On a des patients qui nous disent " mais vous pouvez faire des frottis ? Vous pouvez suivre même les tous petits ? " »,

« (au sujet de la PMI) Je pense que les parents pensent que ce sont des pédiatres... ».

Les généralistes revendiquent une vision globale du patient, mais qui peut être source d'incompréhension :

« Je pense que nous généralistes, on a l'habitude de voir la totalité de la famille et les gens dans leur cadre de vie. Et les spécialistes (...), je pense que parfois ils ont une vision, pas élargie mais peut-être un petit plus ciblée, c'est leur boulot d'ailleurs, que la nôtre. Et parfois ils ont du mal à accepter qu'on puisse avoir un avis différent ou quoi. »

Ils se positionnent en première ligne, avec des difficultés de terrain propres à leur exercice :

« nous les familles précaires je veux dire c'est notre lot quotidien »,

« c'est nous qui la subissons la pression des patients . ».

Mais surtout, ils se placent en premier recours pour les suivis pédiatriques :

« le suivi de l'enfant non pathologique je pense que ça devrait être nous. »,

« il me semble que nous on est en première ligne pour suivre les enfants qui vont bien, globalement c'est à peu près notre rôle. ».

Les généralistes ont un sentiment de double emploi des consultations pédiatriques de suivi standard :

« leurs consultations c'est le suivi des enfants qu'on peut faire. »,

« Est-ce que c'est une consultation pour suivre des enfants normaux ? Moi j'en vois pas l'intérêt. »,

« A côté de ça tu sais que les pédiatres passent leur temps à voir des enfants de deux mois qui vont super bien, ça fait râler ! »,

« Ils ont oublié qu'ils sont un peu les spécialistes auxquels on pourrait faire référence et ils sont des pédiatres qui soignent des enfants comme médecin généraliste de l'enfant. ».

Cette situation est parfois entretenue par les parents :

« Il y a des mamans que ça stresse, le suivi normal, même normal, et elles ont besoin d'aller voir un pédiatre. ».

Ils se sentent parfois dépossédés de leurs patients, avec un sentiment de frustration :

« y en a quelques uns qui te ressortent « Oui elle est suivie par le pédiatre ». »,

« parfois on t'appelle mais tu dis « moi je l'ai pas vu ce gamin, c'est pas moi qui l'ai vu, c'est la PMI ». ».

Ils décrivent un phénomène de "captation" des patients à la maternité :

« ils font l'examen du huitième jour, la filière est engagée. »,

« ça se passe à la maternité, le recrutement. Donc moi j'ai des patientes qui ont du affirmer trois ou quatre fois " non, je veux que mon enfant soit suivi par tel médecin ", alors qu'on leur imposait quasiment la consultation de pédiatrie. Je ne suis pas sûre que ça vienne des pédiatres mais en tout cas, dès la maternité, il y avait un recrutement. ».

Ils se sentent alors comme des "bouche-trous" ponctuels pour les pathologies aiguës :

« le généraliste il est relégué à la gestion des bronchiolites, des gastro, des phénomènes infectieux... ».

Ils se sentent abandonnés dans la prise en charge de pathologies complexes :

« quand on a vraiment besoin pour un enfant qui présente des pathologies qui relèvent de la pédiatrie pure, et ben on n'a pas la place pour cet enfant-là. »,

« on s'est retrouvées avec des enfants très malades, gravement malades et on s'est retrouvées vraiment seules au monde. »,

« Ce qui est gênant, c'est quand tu es en face d'un enfant qui a besoin d'un pédiatre et de ne pas trouver de pédiatre. Moi c'est ça qui me gonfle ! ».

4. Sentiment d'un changement

Les médecins généralistes ressentent une évolution positive :

« on a l'impression qu'il y a quand même un désir. »,

« *Je dirais pas que c'est parfait, je pense qu'il y a du progrès.* ».

Ces changements sont progressifs car certaines difficultés sont anciennes et ancrées :

« *on ne peut pas leur demander aussi d'absorber les difficultés relationnelles de vingt ans d'exercice en deux ans...* ».

Ils espèrent un impact positif des focus groupes :

« *Le fait que quand même un certain nombre de dysfonctionnements soit pointé du doigt et qu'à un moment donné ça leur arrive aux oreilles, c'est déjà pas mal !* »,

« *on leur fait parvenir le résultat de la thèse, déjà.* »

B – Attentes

1. Moyens et organisation

1.1 De la part de l'hôpital

Les généralistes souhaitent un Centre Hospitalier départemental référént :

« *Sur le département, le plus simple c'est d'avoir une structure hospitalière qui tienne la route.* »,

« *y a besoin d'un seul service de pédiatrie départemental.* »

Les moyens de communication doivent être multiples :

« *Ca passe peut-être aussi par une communication variée, type bulletin ou via d'autres supports.* »,

« *Y a le mail, c'est quand même pas cher le mail !* »,

« *qu'ils contactent le président de chaque FMC.* »,

« *A la fin de chaque courrier, ça peut être inscrit de façon automatique.* ».

L'information des médecins généralistes doit être une priorité :

« *une structure hospitalière qui informe, enfin qui puisse d'abord être en relation avec les médecins, qui devienne un interlocuteur de choix.* »,

« *dire que tel médecin s'est installé dans l'enceinte de l'hôpital, du moins les PH, il devrait y avoir une information envers les libéraux, toutes spécialités confondues.* ».

1.2 De la part des pédiatres

Les généralistes souhaitent être prévenus par téléphone lors de la sortie d'un enfant et avoir un courrier rapidement, ils proposent un résumé d'hospitalisation dans l'attente du courrier :

« *Quand t'as un bébé qui sors, tu prends ton téléphone, t'appelles son médecin.* »,

« *courriers post hospit rapides. Ou au moins une petite lettre résumée.* ».

La formation semble être un moyen d'améliorer le relationnel, notamment si l'organisation est conjointe. Elle peut permettre de créer un réseau informel :

« *ils peuvent aussi organiser des formations sur des thèmes, y a quand même des thèmes de pédiatrie qui nous intéressent en permanence.* »,

« *Ca passe forcément par la formation.* »,

« *Une ou deux fois par an une journée pédiatrique, ils nous proposent des cas, et que de la pédiatrie.* »,

« *faite par les généralistes avec les pédiatres.* »,

« *la journée de pédiatrie peut leur permettre à eux d'avoir, je prends des pincettes, un pool de médecins généralistes dits compétents en pédiatrie et d'avoir un carnet d'adresse un petit peu dans tous les bassins de santé qui sont autour d'eux, d'avoir des correspondants.* ».

Il a été proposé dans le second focus groupe d'élaborer conjointement des protocoles ou au moins d'échanger sur des conduites à tenir :

« *Une des façons de travailler ensemble et de s'ouvrir les uns aux autres, c'est la protocolisation. Je suis désolée, je ne veux pas paraître psychorigide mais je pense que ça fait partie des choses qui vont faciliter les relations parce que si c'est selon l'avis de chacun, non, on n'aura jamais de choses...* »,

« *Il y a des choses qui n'ont pas besoin de protocoles, mais les situations qui méritent un avis spécialisé. (...) Je ne sais pas, essayer de travailler ensemble sur des choses qui donnent des repères aux uns et aux autres.* »,

« *Est ce qu'il ne pourrait pas y avoir des petits protocoles, qui nous guideraient nous ?* »,

« *Est ce qu'on peut pas travailler sur des choses ? Quelles infections urinaires fébriles veulent-ils qu'on leur envoie strictement et dans ce cas là si on se met d'accord ça veut dire qu'ils les gardent, qu'ils arrêtent de les virer.* ».

Ils souhaitent que les pédiatres les informent de leur organisation interne :

« Faire connaître leur fonctionnement »,

« S'il y a un truc à protocoliser c'est peut-être le circuit, le traitement de l'information. (...)Peut-être les informer d'un truc plus systématique, de dire « voilà comment ça marche à l'hôpital en pédiatrie, et voilà comment si vous avez un doute vous pouvez nous joindre plus facilement ». ».

1.3 De la part des généralistes

Prévenir systématiquement lors de l'adressage d'un patient :

« Faire un courrier déjà. »,

« Systématique ! »,

« Qu'on appelle aussi... ».

2. Définition et répartition des rôles

Les généralistes considèrent les pédiatres comme des spécialistes de second recours :

« Pas de consultation de médecine générale. »,

« C'est une consultation de spécialiste. »,

« Ils sont dans le domaine de la spécialité... Qu'on resitue les choses ! »,

« Nous ce qu'on voudrait c'est pas qu'ils soient les médecins généralistes de l'enfant, c'est qu'ils soient notre recours quand on est en limite de choses. »,

« Utiliser les pédiatres hospitaliers ou libéraux comme spécialistes d'organes, comme recours de seconde ligne. Moi c'est comme ça que je le vois. ».

Ils expriment une certaine dualité, souhaitant à la fois une polyvalence :

« Le minimum, des pédiatres généralistes compétents, avec un service d'urgence et un minimum de types qui savent faire un peu de réanimation, de réhydrat, de trucs comme ça, ça suffit. »,

« Sans aller se dissiper dans des tas de spécialités. »

Mais aussi l'envie de sur spécialités :

« À l'intérieur de la pédiatrie il faut qu'il puisse dominer certaines spécialités c'est-à-dire un pneumopédiatre, heu... »

« Tu veux des référents pédiatres spécialistes. ».

Le fonctionnement en équipe est important :

« *Il faut qu'on ait une équipe.* »,

« *Oui c'est pas une personne, c'est un groupe* »,

« *Quelqu'un qui gère et qui ait envie de motiver ses troupes de pédiatres.* »

Ils souhaitent une démarche de ciblage des consultations afin d'obtenir une meilleure répartition des rôles :

« *Qu'on tente de répartir un petit peu les rôles. Si eux sont surbookés, encombrés par des gamins qui ne nécessitent pas l'avis d'un spécialiste, qu'ils le laissent aux généralistes.* »,

« *Il faut qu'il cible.* ».

Le suivi alterné est considéré comme une organisation potentiellement enrichissante :

« *Il faut éviter de travailler en parallèle et essayer de se croiser !* »,

« *Après de partager le suivi, très bien. Au contraire, on apprendra les uns des autres et ça sera sûrement une vision un tout petit peu différente, ça c'est sûr, et c'est très bien.* »,

« *Je veux bien partager avec lui, au contraire ça peut être riche.* ».

Ce fonctionnement est parfois initié par les pédiatres :

« *J'ai vu revenir des mamans qui me disent « j'ai vu le pédiatre à la sortie de mater, il me propose un suivi mixte, un mois sur deux chez vous, un mois sur deux chez lui », et ça c'est nouveau. C'est la première fois que les mamans expriment que, de façon active, le pédiatre a renvoyé vers le médecin traitant.* ».

Mais aussi par les généralistes :

« *Quand les mamans sont inquiètes, celles là je leur dis « allez chez le pédiatre ». Au moins elles sont vraiment cadrées, pour eux et pour moi aussi...* ».

3. Relationnel

Les généralistes souhaitent « *améliorer la communication* ». Pour cela, la disponibilité est primordiale :

« *Avoir l'interlocuteur ! Quand on envoie quelqu'un, et pas qu'on te dise... Que tu puisses pas le joindre.* »,

« *Quand on appelle, on ait quelqu'un à qui parler facilement pour nous aider.* »

Le contact direct doit être privilégié :

« *Un contact direct avec les pédiatres ! C'est le plus simple et le plus sain.* ».

Le conseil doit être adapté :

« *Il faut avoir la pratique justement du conseil. (...) si on a une réponse adaptée cinq ou six fois peut-être qu'on changera d'avis.* ».

Une démarche d'ouverture est nécessaire pour faire connaissance :

« *Il faut qu'ils se fassent connaître.* »,

« *Ce qu'il faudrait c'est qu'on se connaisse mieux.* »,

« *Il faut qu'ils rencontrent les médecins généralistes.* »,

« *S'ils veulent casser ça, il faut qu'ils s'ouvrent.* ».

Tout en gardant à l'esprit le caractère bidirectionnel de la communication :

« *C'est difficile de communiquer, il faut que ça soit dans les deux sens.* »

C – Intérêts à améliorer

1. Organisation du travail

Les généralistes insistent sur la qualité, la sécurité et l'efficacité du travail :

« *Pour tout le monde, pour notre pratique, notre confort de travail.* »,

« *qualité de l'exercice qu'on peut avoir.* »,

« *Notre sécurité en plus.* »,

« *tu perds moins de temps.* ».

Les échanges permettent aussi une amélioration des compétences :

« *Plus on a de rapport avec les spécialistes autour d'un cas, plus on devient bon.* »

Un autre intérêt est de mieux utiliser l'offre de soins :

« *C'est sûr qu'il ne faut pas non plus surcharger les urgences pédiatriques.* »

« *Eviter d'envoyer au CHU des enfants qui pourraient ne pas y aller.* ».

2. Pour les patients

« Efficacité pour les patients, sérénité pour toi. »,

« des enfants qui soient bien soignés au bon moment (avec insistance) et avec un traitement adéquat, c'est quand même le minimum qu'on peut demander en 2013. ».

4 – Analyse du focus groupe de pédiatres

A – Etat des lieux

1. Schéma des relations

Les relations sont en quantité faible :

« je n'ai pas de relations pour l'instant. »,

« Manque de relations. ».

Elles s'expriment sur un mode anonyme et impersonnel :

« C'est très anonyme finalement. »,

« C'est des noms, voire des voix, quelques courriers. »,

« Le côté anonyme, oui. ».

Mais cela n'empêche pas les pédiatres d'avoir un sentiment de rapport d'égal à égal :

« C'est convivial et c'est rapidement dans une relation horizontale, équilibrée, normale. »,

« Il est en train de se mettre en place des relations qui sont des relations normales. ».

Egalement de confraternité :

« Et ça se passe bien, ils sont très, enfin en général, il y a une... Comment on appelle ça ? Une bonne confraternité. »,

« Bonnes, confraternelles. Non, je n'ai jamais eu de souci avec les généralistes. ».

Et de simplicité :

« J'ai pas un ressenti négatif, bien au contraire, j'ai l'impression que c'est relativement simple comme relations. »,

« Pour avoir vécu ailleurs où ce n'était pas obligatoirement ça. Il y a d'autres régions ou d'autres départements où ce n'est pas si simple. ».

2. Points positifs et facilitateurs des relations

2.1 Les moyens de communication

Le téléphone reste le moyen de communication le plus plébiscité :

« *Je crois que le relationnel est en train de se mettre en place avec l'histoire du téléphone d'urgence, avec des choses comme ça.* »,

« *Le téléphone est quelque chose de très facile.* »,

« *C'est la façon la plus conviviale comme le téléphone d'avoir un contact avec les gens.* ».

Le mail également :

« *Le mail parfois peut aider. (...) Oui c'est complémentaire.* »,

« *Effectivement le mail c'est pratique.* ».

Certains adressent un double du courrier aux parents :

« *J'adresse la copie du courrier aux parents. Ce qui fait que quand ils changent de médecin ou le jour où on arrive chez eux et on n'a pas l'ordinateur à la main, ça permet de... Ils sont détenteurs du dossier médical.* ».

Enfin, le carnet de santé reste un moyen classique utile :

« *Moi j'écris, ce qui permet de dire justement en attendant qu'il y ait le courrier et les résultats en attente, si évolution vers ça ré adresser en urgence etc. Et ça, ça me paraît être un lien utile.* »

2.2 Les internes

Ils constituent un lien ville-hôpital :

« *On a plus de retour en fait par les internes qui sont passés dans les services, et du coup quand ils sont en stage chez des médecins généralistes, on a des retours et on arrive mieux à cerner.* »

Ils libèrent du temps utile aux seniors :

« *Il y a un petit truc aussi qui fait la différence, c'est d'avoir les internes. (approbation des autres) Ca permet aussi de pouvoir faire des choses...* »,

« Ça nous permet aussi, je pense, de répondre à certaines attentes auxquelles on ne peut pas répondre quand on est tout seul. ».

2.3 Communication avec les généralistes

Les rencontres physiques, lors des formations et des réunions de présentation, sont facilitatrices :

« J'ai eu la chance de faire 5 EPU en un an donc ça permet de rencontrer des gens. »,

« C'est la meilleure façon, c'est la façon la plus conviviale. »,

« Les trois premières années où je suis arrivé, j'étais à droite à gauche, à droite à gauche, c'était bien, ça permettait d'être en contact avec les généralistes. ».

La disponibilité est primordiale :

« Je pense qu'on peut toujours prendre le temps de répondre à un confrère. »,

« Le message c'est notre disponibilité, bon elle n'est pas extensible, mais chacun essaie d'être disponible au maximum, quelle que soit la manière, quel que soit le vecteur, téléphone etc. ».

Le contact direct oral est important :

« Le mieux, c'est le dialogue. Communiquer avec les généralistes. Moi j'aime beaucoup communiquer verbalement. »

Il permet des ouvertures :

« au départ on part sur un point et puis de là on peut très bien élargir. »

Il crée un sentiment de proximité :

« avoir discuté avec quelqu'un, l'intonation tout ça, d'abord on perçoit mieux ce qu'il peut penser de l'enfant. (...) Et après, en dehors de la relation autour de l'enfant, ça crée une relation entre les deux médecins qui fait que c'est plus facile « ah oui tiens vous m'aviez appelé l'autre fois »... ».

Il est particulièrement important pour les situations difficiles :

« j'appelle le médecin généraliste en disant « on a fait le diagnostic de leucémie ». »,

« le truc classique, c'est les situations sociales qui sont pas nettes ou des choses qui sont difficiles à exprimer, à modérer et à moduler dans un courrier et qu'au téléphone on peut faire passer un petit peu mieux. ».

De même, la discussion conjointe de la conduite à tenir est appréciée :

« les médecins appellent et disent « j'ai un gamin qui a ça, ça, ça, faudrait le voir, qu'est ce qui est le plus simple, est ce que je vous l'envoie maintenant, est ce que je l'envoie aux urgences, est ce que vous pouvez lui donner une consultation dans un délai relativement proche ? ». Et comme ça on s'organise et ça je trouve que c'est impeccable. »

« discuter des cas plutôt que d'envoyer puis après dire « c'est dommage, on aurait mieux fait de le voir en consultation plus tard, c'est ce qui était le plus efficace ». »

Cela évite des prises en charge inadaptées :

« Du coup on peut avoir une réponse adaptée à la demande du médecin et pas le laisser en galère avec le gamin ni qu'il vienne emboliser les urgences ou qu'il squatte en pédiatrie et qu'on puisse pas le prendre en charge tout de suite alors que ça pourrait attendre un délai de quarante huit heures par exemple. »

La demande du généraliste est valorisée :

« Il suffit de téléphoner, de dire « j'ai besoin que vous voyez quelqu'un rapidement » et on le voit. »,

« ce qu'on avait mis en place d'emblée c'est que s'ils sont adressés pour un avis pédiatrique, il faut que le pédiatre soit mis au courant parce que c'est quand même un médecin senior qui l'a vu, voilà. ».

Les pédiatres reconnaissent les spécificités de la médecine générale :

« le médecin il a aussi tout ce qu'on n'a pas nous. C'est-à-dire la connaissance du domicile, la connaissance de la famille, la connaissance des grands parents, il a toute l'anamnèse. »,
« son médecin traitant enfin médecin généraliste, qui est plus près de la famille, des fois aussi ils sont plus proches géographiquement. ».

Connaître les compétences des généralistes en pédiatrie et leurs capacités de communication est intéressant pour les pédiatres :

« J'arrive à en voir quelques uns, enfin à voir que quelques uns ont l'habitude de suivre des enfants. »,

« D'où l'intérêt de savoir si les gens ont une affinité particulière pour la pédiatrie ou pas. Parce que quand ils ont une expérience qui est importante en pédiatrie, on va être d'autant plus à l'affût si eux ils sont inquiétés par la situation de l'enfant. Si quelqu'un a moins l'habitude bon ben... On pourra faire prévaloir notre jugement plus facilement. ».

« si quelqu'un sort d'ici d'hospitalisation de pédiatrie, de temps en temps, on discute si on va continuer à suivre l'enfant en consultation ou si on le délègue au médecin généraliste qui va le suivre si on pense qu'il communique bien. ».

Enfin, les pédiatres ressentent un manque relationnel et s'interrogent sur l'opinion des généralistes :

« ça me manque. »,

« Toi tu le ressens horizontal, eux peut-être qu'ils ne le ressentent pas horizontal! »,

« Est-ce qu'ils ont confiance en nous ? »,

« Qu'est ce qui leur manque le plus ? ».

3. Difficultés rencontrées et freins des relations

3.1 De la part des médecins généralistes

a) moyens de communication

Les courriers sont parfois illisibles ou incomplets :

« Les courriers de temps en temps ne sont pas lisibles, ou parfois il écrit « je vous envoie l'enfant pour fièvre », soit c'est trop court soit c'est pas lisible. ».

b) exercice de la profession

Les pédiatres sont confrontés à plusieurs attitudes de la part des généralistes.

Certains refusent les suivis pédiatriques :

« je ne sais jamais s'ils ont l'habitude de voir des enfants, parce qu'il y en a qui aiment bien, il y en a qui ne sont pas à l'aise et qui le disent et qui préfèrent ne pas en voir. ».

Certains délèguent facilement aux pédiatres et se déchargent de leurs patients :

« de temps en temps, on a l'impression que le médecin qui envoie l'enfant pour un avis en consultation, il nous délègue et on prend sa responsabilité pour le suivi prochain.(...) C'est pas toujours automatique, de temps en temps ils envoient en disant « c'est bon, c'est quelqu'un d'autre qui va gérer ». ».

A l'inverse, d'autres s'approprient les patients et peuvent instrumentaliser les pédiatres :

« à partir du moment où vous nous avez confié un enfant, là il y a une relation personnelle qui s'instaure entre la famille, le médecin et l'enfant qu'on a en charge et là aller jusqu'au bout ça me semble être logique. (...) on n'est pas là comme un prestataire de service intermédiaire. »

Les pédiatres décrivent une faible participation aux formations :

« je n'ai pas forcément des bons souvenirs de formations parce que je me suis retrouvée des fois à trois pelés et deux tondus, à avoir préparé un truc et moi ça me pèse quand il y a personne qui vient. »,

« On voit même les formations de généralistes, au début ça fonctionne bien et puis après on a du mal à faire venir dix médecins, quatre médecins, c'est la galère, il n'y a plus personne. ».

c) communication en elle-même

Les pédiatres déplorent de ne pas être systématiquement informés de l'envoi d'un patient, aussi bien par les généralistes que les urgentistes :

« Mais s'il l'envoie tout de suite aux urgences... (...) On n'est pas obligatoirement prévenu dans ces cas là. »,

« C'est pas sûr que le pédiatre l'ait vu. De temps en temps, ça passe par les urgences et on n'est même pas prévenu, ce qui n'est pas normal. ».

Cela entraîne un mésusage du circuit pédiatrique et une perte d'efficacité :

« il y a le problème des médecins qui ne téléphonent pas, ils envoient l'enfant aux urgences. Par exemple après trois semaines de fièvre, ils disent « allez aux urgences tout de suite », sans mot. Mais ce serait beaucoup mieux qu'il vienne en consultation un enfant comme ça, qu'il n'aille pas aux urgences. »,

« on va se retrouver avec un gamin pour lequel le médecin est inquiet et qui a dit « faut l'emmener tout de suite » et puis il n'y a pas forcément lieu de le garder. ».

Ils regrettent également de ne pas être informés du suiti ultérieur :

« on n'a pas toujours de retour. »,

« L'autre fois l'enfant avec une protéinurie, ça n'a pas été fait et... »,

« Les courriers, moi j'ai très rarement de courriers. Pour les enfants adressés oui mais de retour sur une prise en charge conjointe non. ».

3.2 De la part des pédiatres

a) moyens de communication

Les pédiatres reconnaissent un fréquent retard des courriers et décrivent un problème similaire avec le CHU à l'origine d'un effet domino :

« les courriers, il s'en plaignent pas ? Ca détonne un petit peu ! J'en ai un qui traîne par exemple depuis un moment dans mon bureau ! »,

« Quelquefois je pense que le généraliste doit se demander un peu « mais en fin de compte, cet enfant je l'ai envoyé, qu'est ce qu'il a eu exactement ? », il doit se poser beaucoup de questions. »,

« on est dans la même situation vis-à-vis des sur-spécialités à Toulouse, Montpellier et France et Navarre. (...) Il faut aller à la pêche quoi! Le généraliste doit être un petit peu en bout de chaîne. ».

C'est expliqué en partie par l'attente de résultats, l'absence d'informatisation et la courte durée d'hospitalisation en pédiatrie :

« le spécialiste n'avait pas la moitié des résultats et donc il ne pouvait pas conclure à quelque chose. »,

« Nous on n'est pas informatisé au niveau du service hein, donc on n'a pas de possibilité de faire une lettre automatisée, qui reprend les éléments, la date de naissance, les trucs, les machins... On est obligés de tout redicter. »,

« c'est un avantage pour les familles mais ça a un inconvénient, c'est que le dossier est pas clos, l'histoire de l'enfant et de la maladie n'est pas complètement terminée et il y a ce délai là qui est induit. ».

Le mail est jugé lourd et impersonnel :

« le médecin va envoyer un truc, on va répondre mais le spécialiste risque de reposer une question donc ça va obliger... Je trouve que c'est quelque chose qui est très lourd. »,

« Electroniquement, je trouve ça tellement impersonnel. »

Le téléphone a comme limite d'offrir une accessibilité inconstante, dans un sens comme dans l'autre :

« Parfois on nous dit « le médecin a essayé de vous joindre, il n'a pas réussi, il l'a envoyé ». »,

« Quand j'ai voulu rappeler, et ben, j'ai pas réussi à avoir dans un premier temps le médecin, il a fallu que je rappelle une deuxième fois pour arriver à le joindre donc après c'est les difficultés de ce mode de communication. »,

« on dit « bon on va prévenir », et l'horaire où on veut appeler, évidemment c'est toujours entre midi et deux que j'ai un peu plus de temps mais il y a plus personne de joignable et c'est pour ça que c'est parfois un peu compliqué. »

De plus, la ligne directe est à double tranchant et crée une pression supplémentaire :

« ça crée de la demande, c'est terrible aussi. »

Il y a parfois un mésusage du carnet de santé, en particulier lorsque les praticiens ont peur d'une rupture de la confidentialité :

« dans les CHU ils sont champions pour ça, surtout on n'écrit rien des fois que ça serait délétère pour l'enfant à terme. »,

« on trouve que des choses banales, enfin que, quasiment que des choses banales dans les carnets, rhinopharyngite tout le monde s'en fout quoi... ».

b) organisation du travail

La charge de travail et le manque de temps gênent un relationnel de qualité :

« Il y en a un d'entre nous qui est, on va dire, déchargé mais ça devient de plus en plus chargé. (...) Mais plus ça va, plus on en rajoute y compris ce jour là donc ça commence à devenir difficile. »,

« quand on est pris par tout un tas d'activités ou par la surcharge de travail... ».

De plus, les pédiatres se plaignent d'un faible effectif :

« même si on a presque doublé, on n'est pas très nombreux ».

Par ailleurs, l'organisation de la prestation pédiatrique aux urgences semble floue, avec un retour en arrière :

« *Ouai, alors urgences pédiatriques, personnellement, autant au départ... (...) C'est vrai qu'on avait dit et j'étais la première à dire OK, « oui on passe le matin, on passe l'après midi, le soir »... »*,

« *Y a urgences enfants, voilà, c'est-à-dire qu'il y a un secteur avec des jouets... »*,

« *c'est pas tellement comme on l'avait prévu. »*.

Les pratiques au sein de l'équipe ne sont pas uniformes, que ce soit pour le suivi régulier des enfants ou pour la ligne téléphonique directe :

« *je ne me rendrai pas disponible comme P1, s'ils m'appellent juste pour un rhume, je dirai « allez voir votre médecin traitant, y a pas de souci ». Donc voilà, on n'a pas tous tout à fait la même façon de faire mais bon... »*,

« *y a un téléphone sauf pour P1 ! (rires) (...) Et le lendemain on efface les cinquante messages qui sont restés sur le portable. »*.

Cela n'est pas perçu comme un problème pour les pédiatres :

« *Chacun a aussi ses façons de faire mais je pense qu'on n'est pas obligés d'être calqués tous sur un même modèle pour que ça fonctionne. »*.

c) communication avec les généralistes

Il existe un fossé symbolique entre la ville et l'hôpital :

« *de l'autre côté* ».

Les pédiatres reconnaissent parfois un manque de disponibilité, que ce soit pour un avis ou lors du retour à domicile d'un patient :

« *On n'y arrive pas toujours donc j'imagine que quand on est en demande de l'autre côté, ça peut être ressenti comme insuffisant notre disponibilité. »*,

« *je n'étais pas jusqu'à maintenant habitué à prendre l'initiative de téléphoner. »*.

Il y a parfois un manque d'ouverture envers les libéraux :

« *je suis restée dans les hôpitaux, dans les maternités. »*.

Par conséquent, les pédiatres décrivent une méconnaissance des généralistes, personnelle et visuelle :

« je n'ai eu aucune réunion avec tous les généralistes regroupés où je puisse les voir. Je ne connais personne personnellement. »,

« moi je ne sais pas à quoi ils ressemblent ! ».

Mais aussi de leurs compétences, alors que cela va de pair avec la confiance :

« Si au téléphone on me demande des conseils, je ne sais pas avec qui je parle, si on m'envoie un enfant je ne sais pas si je peux avoir confiance en ce médecin ou non. »,

« J'arrive pas à savoir vraiment qui fait quoi. (...) C'est le flou effectivement. ».

Enfin, ils ressentent un malaise quand l'avis du généraliste n'est pas suivi :

« Ils ne se vexent pas si on renvoie quelqu'un qu'ils envoyaient en hospice ? Après c'est vrai que c'est toujours délicat. (...) On est toujours un peu embêtés quand ils sont adressés pour un avis pédiatrique ou chirurgical, pour un diagnostic spécifique et que nous on ne va pas dans le même sens ou qu'on pense effectivement que ça pourrait être géré par l'interne. ».

B – Attentes

1. Définition et répartition des rôles

Les pédiatres donnent la place de premier recours aux médecins généralistes :

« c'est bien ce que je dis aux parents, il faut qu'ils aient un médecin qui les connaît. »,

« Que son médecin traitant, enfin médecin généraliste (...) qu'il puisse être à proximité pour des choses qui ne nécessitent pas forcément un recours pédiatrique. ».

Eux-mêmes se positionnent comme spécialistes de second recours. Le contexte démographique actuel et les politiques de santé vont d'ailleurs dans ce sens :

« notre situation de recours en tant que... On va dire spécialiste du développement. »,

« C'est dur d'être pédiatre de toutes les familles de l'Aveyron quoi ! Moi effectivement je ne le conçois pas comme ça. »,

« au niveau de la pédiatrie hospitalière et vu l'absence ou la disparition complète bientôt des pédiatres libéraux, je crois qu'il faut qu'on recentre ça sur l'enfant en difficulté, quelle qu'elle soit, en difficulté de développement quelle qu'elle soit. »,

« Après on peut aller dans l'histoire de la structure, de la politique de santé où c'est plus non plus trop reconnu comme notre fonction mais plutôt celle du premier recours. ».

Sans oublier la nécessité d'une relation directe entre les deux secteurs, à travers un travail conjoint ou un suivi alterné :

« si on veut se repositionner comme des spécialistes, si on parle de gradation niveau I, niveau II, niveau III, si on veut reprendre notre place de niveau II on ne peut le faire qu'en ayant une relation directe avec le niveau I et en même temps avec le niveau III. On est intermédiaires nous. Et donc pour moi c'est important, moi j'arrive pas à travailler tout seul. »,

« j'ai plutôt tendance à dire « on travaille conjointement ». (...) Et voilà, je verrai plus un travail à deux mais pour ça il faut une relation effectivement. Parce que si chacun fait sa tambouille de son côté mais qu'il n'y a pas de lien qui est fait, c'est pas intéressant. »,

« ils préfèrent voir l'enfant ou au moins le connaître et pour les périodes clés comme trois mois, neuf mois ils sont d'accord que l'enfant vienne ici. »

2. Relationnel

Les pédiatres souhaitent une communication bidirectionnelle, avec par exemple un appel plus systématique en sortie d'hospitalisation :

« je n'étais pas jusqu'à maintenant habitué à prendre l'initiative de téléphoner. Je n'ai jamais fait ça, mais avec P2 j'ai l'impression que... Ca m'a fait réfléchir. (...) Et maintenant je pense que je vais recommencer. »,

« Si on décide que c'est le généraliste, il faut lui téléphoner pour qu'il fasse correctement les choses. ».

Mais aussi un retour de la part des généralistes lors du suivi de pathologies complexes, pour la continuité des soins et pour un enrichissement mutuel :

« ça nous éduque aussi. Parce que si on a un enfant pour lequel on n'a pas de diagnostic et que c'est le médecin généraliste qui l'a envoyé, derrière c'est intéressant de savoir ce qu'il devient, d'avoir une information. »,

« que justement on reçoive un courrier ou même un coup de fil, moi je me formalise pas, mais savoir ce qu'a donné la surveillance qu'on a demandé chez cet enfant avant de le revoir deux ou trois mois plus tard et se dire « ah ben tiens il y a eu ça, j'étais pas au courant ». Par exemple. Dans les deux sens aussi je veux dire. ».

La démarche d'ouverture doit venir des pédiatres :

« Je pense qu'après c'est à nous aussi d'ouvrir l'hôpital pour en faire en sorte que progressivement... »,

« ça doit être à moi d'aller dire bonjour à tout le monde. ».

Les formations sont primordiales, tout en trouvant un juste équilibre :

« il en faut mais pas trop parce que c'est toujours pareil, trop de formation tue la formation, on a pas le temps, on est lassé. »,

« Qu'il y ait deux trois formations dans l'année... (...) Mais pas plus ! ».

Les rencontres permettent de faire connaissance, mais aussi de connaître les compétences des confrères :

« je pense qu'il faudrait organiser une petite réunion entre généralistes et pédiatres. »,

« On a qu'à faire une fiesta, avec des petites étiquettes « ah c'est vous docteur Machin ! » »,

« ça pourrait être intéressant de discuter les uns avec les autres, de savoir qui fait quoi, de savoir un peu les petites spécialités ou spécificités, ou affinités des uns et des autres. ».

Discussion

1 – De la méthode

- Forces de l'étude

Cette étude a pour originalité d'aborder un thème peu étudié dans la littérature en général, et encore moins en France. Elle a donc un caractère exploratoire et novateur. L'approche qualitative a permis un recueil de données riches et nuancées, allant du simple constat matériel au ressenti intime. Cette technique, peu connue de la plupart des médecins participants, a été appréciée. Le double entretien des généralistes et des pédiatres est également un aspect intéressant de cette étude en permettant une comparaison voire une confrontation des données.

Afin que l'étude soit juste et qu'elle tende à la théorisation, la méthodologie doit répondre à certains critères de qualité ou de validité.

Tout d'abord la validité interne qui concerne la correspondance entre une observation et la réalité empirique visée par cette observation. Pour que les analyses soient crédibles, le chercheur doit bien définir les rôles des différents partenaires, le principe de l'entretien et de l'étude aux groupes successifs, le codage et la catégorisation doivent être en relation étroite avec le cadre conceptuel prédéfini. L'atteinte de ce critère suppose que le chercheur est en mesure de tracer l'histoire de sa recherche [15]. La subjectivité du chercheur est balisée par la triangulation des données reposant sur la double analyse des données et le recontrôle des participants. Dans cette étude, le contrôle de l'analyse thématique a été effectué par le Docteur Maviel et un recontrôle a été demandé à quelques participants de chaque groupe. La saturation des données désigne le moment lors duquel l'ajout de données nouvelles n'occasionne pas une meilleure compréhension du phénomène étudié. Elle a été recherchée par la multiplication des entretiens.

La validité externe ou transférabilité concerne la possibilité de conserver cette observation pour la comparaison avec d'autres groupes que ceux étudiés. Ici, elle est assurée par la rigueur et la diversité de l'échantillonnage des participants, le croisement des données

des différents entretiens et la confrontation aux données bibliographiques. Elle permet d'avancer qu'au-delà de l'unicité de la situation, les résultats obtenus pourraient être ressemblants dans des contextes similaires [14].

- Limites et biais

Concernant la population de l'étude, nous pouvons regretter que malgré nos invitations, il n'y ait pas de pédiatre libéral qui ait participé à l'étude.

Pour des raisons pratiques, il y a eu un regroupement géographique des médecins généralistes sélectionnés, surtout pour le premier focus group. De fait, la plupart des médecins se connaissaient et connaissaient l'animateur, ce qui a pu avoir une influence sur la dynamique du groupe. On voit notamment dans le premier focus que les médecins se coupent beaucoup la parole, ne s'écoutent pas parler et s'éloignent souvent du sujet. De plus, il s'agissait d'une première expérience qualitative pour l'animateur et moi-même, et pour la plupart des médecins participants. Il y a donc des erreurs ou du moins des tâtonnements inévitables.

Concernant l'interaction des groupes, il y a eu un effet de leader d'opinion surtout dans le deuxième focus où deux participants occupaient beaucoup le temps de parole. D'autres étaient très peu présents dans la discussion, probablement par réserve mais aussi peut-être par manque d'intérêt pour le sujet. Cela peut biaiser les résultats.

Concernant l'analyse des données, mes propres représentations ont pu influencer les résultats. En pratique, ce biais est limité par la triangulation des données et le contrôle de l'analyse par le Dr Maviel. Par contre, on ne peut pas assurer que la saturation ait été atteinte. En effet, le second focus groupe a enrichi beaucoup de données du premier focus mais a apporté également de nouvelles données. La réalisation d'un troisième focus groupe de médecins généralistes aurait été nécessaire pour atteindre la saturation. Cela n'a pu être fait pour des raisons pratiques. Il est en effet difficile de regrouper des médecins en dehors de leurs horaires et lieux de travail pour participer à des entretiens peu connus et dont le thème est peu explicité. Cette faiblesse est à pondérer par le nombre tout à fait correct de participants et la richesse des données obtenues.

2 – Des résultats

a) **Des relations faibles et un lien ville-hôpital ambivalent**

Ce point est soulevé aussi bien par les généralistes que par les pédiatres : les relations sont faibles entre les deux spécialités. Cette notion est retrouvée dans une étude ethnographique de 2008 [2] où les pédiatres ne sont pas cités comme partenaires par les généralistes alors que les interactions sont fréquentes.

Le partenariat existant se fait essentiellement avec les pédiatres hospitaliers, exclusivement pour la plupart des généralistes. Ceci s'explique par la très faible démographie des pédiatres libéraux en Aveyron mais aussi par le plateau technique offert par l'hôpital. La structure hospitalière est donc un passage obligé pour beaucoup de médecins. A tel point que dans les verbatim des généralistes les termes "médecins hospitaliers" et "hôpital" se confondent parfois, il devient alors difficile de distinguer ce qui dépend de la structure de ce qui dépend de la personne. L'hôpital est décrit comme une structure barrière peu consciente des besoins des libéraux. On peut donc comprendre le ressenti des deux spécialités d'un fossé entre la ville et l'hôpital, à l'origine d'une incompréhension mutuelle. Dans une étude transversale menée en région parisienne en 2009, 18% des généralistes interrogés qualifient de « distantes » leurs relations avec l'hôpital, 84% ont le sentiment de ne pas exercer le même métier que leurs collègues hospitaliers [3].

Dans notre étude, un point original est soulevé : la notion de besoin. Le mot besoin est souvent retrouvé dans les verbatim des généralistes : « *si j'ai besoin d'un pédiatre* », « *t'as besoin d'un truc* », « *on a besoin d'un conseil* », « *quand j'ai besoin d'eux* », « *quand on a vraiment besoin pour un enfant* », « *quand on a besoin de quelqu'un* », « *c'est là que tu as besoin d'eux* ». Il est normal que les généralistes ressentent ce besoin des spécialistes dans le schéma premier-second recours. Mais ils sont gênés par le ressenti d'un besoin unilatéral, d'une relation à sens unique avec l'hôpital qui contribue à pérenniser les difficultés relationnelles et de communication : « *c'est pas à mon avis l'hôpital qui demande à améliorer les relations. (...) le jour où l'hôpital aura vraiment besoin de nous, ils viendront nous chercher.* ».

b) Les vecteurs de communication

La majorité des moyens de communication retrouvés dans les résultats était attendue. Le téléphone est le vecteur le plus plébiscité. Bien qu'à double tranchant, sa simplicité et le sentiment de proximité qu'il crée sont appréciés et recherchés. Ces éléments sont largement retrouvés dans la bibliographie [16][17][18]. On retrouve également la notion selon laquelle le bon partenaire est celui qui respecte la règle de la "disponibilité" [2], d'un côté comme de l'autre. Ce désir de disponibilité est revendiqué par les pédiatres, notamment à travers la mise en place d'une ligne téléphonique directe. Cependant, la diffusion du numéro n'est pas optimale et l'utilisation de cette ligne par les pédiatres non uniforme. En pratique, une clarification de l'utilisation de cet outil pourrait permettre une amélioration de la communication et surtout du parcours de soins de l'enfant.

Concernant les courriers, les deux spécialités font preuve d'autocritique : les généralistes pour l'absence fréquente de courrier d'adressage, les pédiatres pour les retards. De plus, les courriers d'adressage sont parfois jugés incomplets par les pédiatres. Ces résultats sont similaires à ceux d'une étude transversale menée aux Pays-Bas en 2009 sur 491 généralistes et spécialistes : moins d'un tiers des spécialistes trouvaient que les courriers étaient de bonne qualité, moins d'un quart des généralistes recevaient le courrier dans un délai correct [4]. Une revue de la littérature américaine de 2007 déclare que les médecins ambulatoires étaient affectés négativement dans leur suivi dans 24% des cas par des courriers tardifs ou incomplets [19]. Il y a peu de propositions concrètes sur ce point de la part des pédiatres. Les généralistes proposent un résumé d'hospitalisation dans l'attente d'un courrier plus complet et plus formalisé.

L'email semble avoir un intérêt mitigé peu développé dans les focus. Considéré comme pratique et complémentaire des autres vecteurs par ses utilisateurs, il est sûrement une piste à explorer. Là aussi, une codification de son rôle et de son utilisation serait souhaitable. Dans la littérature, la place de l'email est aussi très variable selon les études. Il est souvent décrit comme une méthode facile, facilitatrice et prometteuse [16][20]. Une étude canadienne de 2005 montrait que 61% des 150 médecins interrogés étaient intéressés par le fait de recevoir un email après l'envoi d'un enfant aux urgences pédiatriques [21]. Des résultats similaires sont retrouvés dans une étude américaine comprenant 412 médecins, les spécialistes le trouvant plus pratique que les généralistes [17].

La question du carnet de santé a été soulevée dans le focus groupe des pédiatres, notamment de son mésusage afin de préserver la confidentialité. Cette thématique est retrouvée dans un article de Dommergues reprenant plusieurs études françaises sur le carnet de santé [22]. Effectivement, les médecins étaient souvent réticents à inscrire des informations susceptibles d'être préjudiciables pour l'enfant et omettaient volontairement certaines données (par exemple 41% d'informations relatives au VIH). Cette méfiance était parfois justifiée car les parents étaient prêts à montrer le carnet de santé dans de nombreuses circonstances (85% l'ont présenté ou le présenteraient sans problème à la mairie ou à l'école) [23]. Une étude en région parisienne a montré que 50 à 75% des familles n'avaient pas souvenir d'explications lors de la remise du carnet en maternité [24]. Les propositions faites dans ces articles rejoignent celles du focus groupe, à savoir sensibiliser les parents sur le rôle, l'utilisation et la notion de confidentialité du carnet de santé [25] plutôt que de ne pas l'utiliser.

c) Au cœur de la relation entre professionnels : la communication en elle-même

Au-delà de la qualité de l'exercice, un bon relationnel a pour principal intérêt le patient lui-même selon les praticiens. C'est souvent ce qui les motive à améliorer les systèmes de communication [26]. Dans l'étude transversale américaine citée plus haut, 98% des spécialistes et des généralistes estiment que la communication est importante pour prodiguer de bons soins. Pour autant, 40% des généralistes trouvent la communication problématique, et 28% des spécialistes [17]. Concernant les coûts, une meilleure communication pourrait permettre une meilleure coordination et moins de gaspillage [27]. Ces différentes notions concordent avec les résultats des focus.

Les médecins souhaitent un mode de communication bidirectionnel, avec une implication égale des généralistes et des spécialistes. Les projets doivent être développés pour un besoin commun, avec de réels échanges et l'intégration des intérêts de chacun [26] [28]. Cet objectif, souvent difficile à atteindre, est reconnu par les deux spécialités de l'étude. Les pédiatres souhaiteraient par exemple avoir un retour sur les prises en charge et les suivis réalisés par les généralistes dans le cas de situations complexes.

Les résultats montrent que les déterminants d'une communication réussie sont le contact direct d'une part, la connaissance personnelle et des compétences d'autre part. Le contact

auditif et visuel crée une proximité entre praticiens, la rencontre physique est facilitatrice. Les relations personnelles permettent la création de réseaux d'affinités et d'alliances [2] [26] [29].

Une donnée nouvelle de l'étude est la place de la connaissance des compétences de l'autre. Cette notion à double tranchant a été soulevée par les deux spécialités. Le premier point positif est la "re"connaissance des compétences et spécificités de l'autre de manière générale, l'affirmation d'une complémentarité mutuelle par l'apport de capacités différentes. Ensuite, de manière plus personnelle, la connaissance des compétences de ses confrères facilite les relations car elle va de pair avec la confiance. Quand les compétences sont inconnues ou jugées insuffisantes, cette relation de confiance ne peut s'établir et cela fait échouer la communication. On voit dans les verbatim des généralistes que cela peut conduire à un évitement. Mais surtout, au-delà de l'attaque personnelle envers un praticien, le manque de confiance envers un confrère gêne le relationnel envers l'ensemble de l'équipe, particulièrement en situation d'urgence. Le décroisement des spécialités pourrait contribuer à diminuer cette méfiance. Sans incriminer ni diminuer un confrère, la transparence et le partage des doutes pourraient améliorer le système relationnel, la qualité de l'exercice et des soins fournis aux patients.

Un autre déterminant des échecs de communication est représenté par le manque de temps et la charge de travail. Ce point a surtout été soulevé par les pédiatres. Effectivement, l'augmentation de la charge de travail peut diminuer les contacts personnels [30] et représenter également une résistance à de nouveaux modèles de coordination et de collaboration [29]. En cas de surcharge de travail, les interactions peuvent être dévalorisées car non considérées comme directement soignantes [2]. C'est l'entrée dans un cercle vicieux, la dégradation de la qualité des relations pouvant mener à une dégradation de la qualité des soins.

La place de la parole du médecin généraliste est aussi soulevée, particulièrement dans le second focus groupe. Elle est parfois valorisée, mais les généralistes insistent plus sur la dévalorisation de leur parole, avec des sentiments allant crescendo de l'exaspération, à la frustration puis à l'impression de mépris. Ceci est exprimé avec les hospitaliers et plus généralement avec l'hôpital puisque même les secrétaires sont citées. Pourtant, les pédiatres insistent sur la considération qu'ils ont de la position et de la parole des généralistes, il y a donc une discordance des ressentis qui peut perpétuer les problèmes de communication. Dans

la littérature, ce positionnement hiérarchique est fréquemment retrouvé dans les propos des généralistes [16]. Parfois, il n'est pas conscient mais retrouvé de manière implicite dans les propos car ancré de manière historique [26]. Il n'est pas l'exclusivité des généralistes, car les spécialistes peuvent aussi le ressentir entre spécialités [29]. Il n'est pas non plus réservé à la pédiatrie, le phénomène de généralisation du second focus groupe témoigne d'un problème plus global entre spécialités. Ces barrières symboliques sont certainement inhérentes à l'exercice de la médecine mais sûrement franchissables grâce à l'ouverture mutuelle des spécialités.

d) La place de chacun dans le parcours de soin de l'enfant

Un point nouveau et original est soulevé dans cette étude : la difficulté de positionnement du médecin généraliste dans le parcours pédiatrique. Ils lui donnent trois déterminants principaux :

- les familles qui ne connaissent et ne reconnaissent pas nécessairement les compétences du généraliste,
- les généralistes eux-mêmes qui refusent parfois les suivis pédiatriques et qui communiquent peu leurs compétences et leur rôle aux familles,
- les pédiatres qui perpétuent un fonctionnement ancien de suivi régulier de l'enfant.

La difficulté est représentée par la superposition des territoires professionnels et l'absence de définition officielle du rôle de chacun. Les généralistes revendiquent leur savoir spécifique sur le patient et leur position de premier recours, de pivot au sein du système de santé. Mais à l'extrême, le sentiment de "possession" du patient peut isoler le généraliste alors seul décideur du parcours de soin [2]. D'ailleurs dans l'étude, les pédiatres affirment leur refus d'être considérés comme de simples "prestataires de service intermédiaires" par les généralistes. A l'inverse, les généralistes se sentent parfois "dépossédés" de leurs patients, relégués à la gestion des pathologies intercurrentes à cause d'une captation de leur patientèle. La thèse de Marie Michel montre qu'à Rodez, le médecin généraliste a un rôle prépondérant dans la gestion des pathologies aiguës, y compris pour 69% des enfants suivis habituellement par le pédiatre. Par ailleurs, les parents ne recherchent pas les mêmes choses selon le professionnel. La disponibilité et la proximité géographique sont les critères majoritaires de choix du généraliste pour le suivi régulier tandis que la compétence professionnelle et la réputation le

sont pour le pédiatre [10]. Il y a donc un juste équilibre à trouver dans le rapport des spécialités, tout en gardant à l'esprit les attentes des familles.

Etrangement, cette difficulté ressentie contraste avec l'accord des deux spécialités retrouvé dans les focus concernant la répartition des rôles : le généraliste en premier recours et le pédiatre aussi appelé "spécialiste du développement" en second recours. Ils se rejoignent sur l'intérêt d'un suivi alterné pour s'enrichir mutuellement et couper l'isolement. Il semble donc y avoir un terrain d'entente inconnu entre les deux spécialités, probablement à cause de l'absence de relation et d'une inertie au changement de fonctionnement. L'articulation des acteurs et la valorisation des compétences de chacun auprès des familles devraient permettre de clarifier le parcours de soin.

Il n'y a donc pas lieu de stigmatiser l'une ou l'autre spécialité, comme cela a pu être fait dans une étude franc comtoise de 2005 comparant la prise en charge des enfants (nombre d'actes, nombre et type de prescriptions) selon le suivi par le pédiatre ou par le généraliste [31]. Un article réponse remettait en question la qualité scientifique de cette étude mais surtout insistait sur l'importance de ne plus opposer ces deux spécialités qui peuvent travailler en complémentarité [32]. Un autre article de Bocquet en 2006 reprenant plusieurs études affirmait également que la prise en charge par les pédiatres est plus pertinente sur le plan curatif et préventif [33]. Il proposait une délégation des consultations intermédiaires au médecin généraliste après supervision par le pédiatre des consultations aux âges clés. Cette vision est en opposition avec la situation démographique actuelle d'une part et le positionnement des deux populations de notre étude d'autre part.

L'importance de la coordination des acteurs de santé et de la lisibilité de l'offre de soins a été ciblée en région lyonnaise dans un domaine différent mais proche, celui des urgences pédiatriques [34]. Deux enquêtes un jour donné en 2001 ont retrouvé un fort volume de consultations non programmées (non prévues 24 heures à l'avance), avec un rôle prépondérant de la médecine générale. Une des explications reposait sur un dysfonctionnement au niveau de l'offre de soins et de son utilisation par les parents. Effectivement, la démarche des parents est parfois inadaptée (recours aux urgences injustifié), mais l'offre de soins n'est pas toujours clairement lisible pour ces derniers. Les pistes d'amélioration reposaient sur :

- l'information-éducation des parents par les acteurs médicaux afin d'intervenir sur la compétences des parents à gérer les pathologies courantes,
- la mise en réseau des acteurs de l'urgence et l'amélioration de la lisibilité du système, en informant là aussi les familles.

Ces travaux ont contribué à la création de l'association Courlygones mettant à disposition du grand public des plaquettes d'information sur les pathologies courantes de l'enfant, afin de mieux utiliser le système de soins. C'est un projet concret de collaboration des spécialités pour des besoins communs.

Le Professeur Sommelet dans son rapport de 2006 invitait les pédiatres, notamment libéraux, à se positionner comme spécialiste et non comme généraliste de l'enfant, à être un véritable recours. Elle considérait l'articulation des professionnels comme un des enjeux de la santé de l'enfant, insistait sur la complémentarité du pédiatre et du généraliste sans entretenir de rivalité [5]. Ces objectifs semblent acquis par les deux populations à l'étude, mais il reste encore du chemin à parcourir pour leur application pratique.

e) Peu de propositions concrètes d'amélioration

Tout au long des focus, les médecins se sont plus attardés à cibler les dysfonctionnements qu'à proposer des pistes concrètes et pratiques d'amélioration. On le voit notamment dans le focus des pédiatres :

« Dans ces moyens de communication qu'est ce que vous pensez que vous allez pouvoir améliorer parce que là il y a des lacunes quand même qu'on ressent de l'extérieur, qu'on entend en réunion? »

Silence »,

« Qu'est ce qu'on doit améliorer et comment ? Autant vous que nous. »

C : Nous ça va ! (rires) ».

On peut tenter de l'expliquer par la pauvreté des échanges actuellement entre les deux spécialités.

Malgré cela, il y a une réelle remise en question des deux spécialités et une introspection des pratiques. Chaque spécialité reconnaît ses défauts et ses manques et s'interroge sur l'opinion de l'autre, il y a un désir d'échanges qui semble positif.

Au-delà des vecteurs de communication et de la répartition des rôles, les pédiatres et les généralistes se rejoignent sur l'importance de la rencontre directe physique pour faire

connaissance dans la convivialité. La formation semble primordiale, les généralistes proposent une journée annuelle de pédiatrie dont l'organisation serait conjointe avec les pédiatres. La règle du "ni trop, ni trop peu" est à respecter, les généralistes reconnaissant leur difficulté à se mobiliser. Une étude URML de 2008 en Midi Pyrénées menée auprès de 200 médecins généralistes retrouvait des taux élevés de demande de formations en matière de dépistage (76%), de prises en charge courantes (73.5%), de prise en charge en période périnatale (66%) et de prévention (59.5%) [35].

Certains généralistes du second focus souhaiteraient élaborer des protocoles de prise en charge de certaines pathologies courantes et de dépistage, afin d'avoir un support lors de la consultation et d'établir une forme de consensus. D'autres jugent cela trop difficile à mettre en place et souhaiteraient des protocoles organisationnels dans un premier temps. Il est vrai que les généralistes ressentent un manque d'harmonie dans les pratiques des pédiatres (utilisation de la ligne téléphonique directe, organisation des urgences pédiatriques). Ce point est reconnu par les pédiatres eux-mêmes mais non perçu comme une difficulté ou un problème, ce qui peut pérenniser les difficultés de communication. La clarification du circuit pédiatrique nous semble être un point d'amélioration important, premier temps d'une collaboration réussie. La création d'un groupe de travail mêlant généralistes et pédiatres autour de ces thématiques pourrait être une première proposition.

Conclusion

De la prise en charge de pathologies d'allure banale au dépistage et à la gestion de pathologies plus complexes, le médecin généraliste a un rôle important en pédiatrie, d'autant plus dans un contexte démographique difficile.

De cette notion, nous avons voulu comprendre par une étude qualitative les relations qu'il entretient avec les pédiatres.

Pour cela, nous avons réalisé trois focus groupes de médecins généralistes et de pédiatres en Aveyron.

L'originalité de ce travail repose sur l'absence d'étude similaire en France.

Les relations entre ces professionnels sont faibles et se font majoritairement à travers le prisme hospitalier. Au-delà des moyens de communication classiques, les généralistes et les pédiatres recherchent avant tout la simplicité et la disponibilité. La connaissance personnelle mais surtout des compétences, élément nouveau de l'étude, sont également des facilitateurs.

Pour les généralistes, les freins majeurs sont représentés par la structure hospitalière en elle-même, le manque de confiance envers certains praticiens, la difficulté de définition des rôles et le sentiment de dévalorisation qu'ils peuvent ressentir.

Les pédiatres, eux, doivent faire face à des exercices très divers des généralistes et regrettent de ne pas suffisamment échanger avec eux pour le patient, de ne pas les connaître personnellement et techniquement.

Un élément positif de l'étude a été la remise en question et l'introspection des médecins. Conceptuellement, ils se rejoignent sur beaucoup de points mais ils l'ignorent à cause de la faiblesse des relations, ce qui peut perpétuer les difficultés de communication. Aussi, peu de propositions concrètes d'amélioration ont été émises car il manque ce lien essentiel. Mais le désir d'échanges et de rencontres est présent.

On voit donc que l'amélioration de la relation et de la communication ne passe pas que par la désignation d'un acteur pivot. Le décroisement et le ré équilibre des hiérarchies symboliques entre spécialités sont nécessaires pour que chacun prenne possession de sa juste place.

L'échange des professionnels est indispensable à la constitution des réseaux informels premier-second recours ; d'autant plus dans un domaine où les territoires d'action peuvent se chevaucher et ayant hérité d'un fonctionnement ancestral voué au changement. La mise en place de moyens techniques est utile mais avant tout la rencontre des spécialités est nécessaire.

Vu par le Président du jury .
Pr. N. TAUBER



Prof. M. TAUBER
Endocrinologie
Hôpital des enfants
C.H.U. TOULOUSE

Toulouse le 14.01.13

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Rangueil



D. ROUGE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] La définition européenne de la médecine générale. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org>
- [2] A. Sarradon-Eck, A. Vega, M. Faure et al. « Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, juill. 2008, vol. 56, n° 4, p. S197-S206.
- [3] G. Hubert, M. Galinski, M. Ruscev et al. « Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? », *Presse Médicale*, oct 2009, vol. 38, n° 10, p. 1404-1409.
- [4] A. J. Berendsen, A. Kuiken, W. H. Benneker et al. « How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey », *BMC Health Serv. Res.*, 2009, vol. 9, n° 1, p. 143.
- [5] Le rapport Sommelet disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
- [6] « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr> [Consulté le: 17-mars-2013].
- [7] SROS ambulatoire disponible sur : <http://www.ars-midipyrenees.fr>
- [8] « Atlas de la démographie médicale française 2013 | Conseil National de l'Ordre des Médecins ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr> [Consulté le: 19-oct-2013].
- [9] Compte rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009 disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>
- [10] M. Michel, « Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi Pyrénées : généraliste, pédiatre ou PMI? », Thèse d'exercice, Toulouse, France, 2013.
- [11] C. Baribeau, « L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques », *Recherches qualitatives* - Vol 29 (1), 2010, pp. 28-49.
- [12] L. Côté, J. Turgeon, « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine », *Pédagogie médicale*, 2002, pp. 81-90.
- [13] S. Duchesne, F. Haegel, et F. de Singly, *L'entretien collectif*, 2008, 1 vol. Paris, France: A. Colin.
- [14] C. Baribeau, « Analyse des données des entretiens de groupe », *Recherches qualitatives* - Vol 28 (1), 2010, pp. 133-148.
- [15] A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* - 3^e ed., Armand Colin, 2009, 296p.

- [16] M. N. Marshall, « Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists », *BMJ*, 1998, vol. 316, n° 7129, p. 442-445.
- [17] C. J. Stille, W. A. Primack, et J. A. Savageau, « Generalist-Subspecialist Communication for Children With Chronic Conditions: A Regional Physician Survey », *Pediatrics*, 2003, vol. 112, n° 6, p. 1314-1320.
- [18] S. Z. Pantilat, P. K. Lindenauer, P. P. Katz et al. « Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists », *Dis.-Mon. DM*, 2002, vol. 48, n° 4, p. 218-229.
- [19] S. Kripalani, F. LeFevre, C. O. Phillips et al. « Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care », *JAMA J. Am. Med. Assoc.*, 2007, vol. 297, n° 8, p. 831-841.
- [20] C. J. Stille, N. Korobov, et W. A. Primack, « Generalist-Subspecialist Communication About Children With Chronic Conditions: An Analysis of Physician Focus Groups », *Ambul. Pediatr.*, 2003, vol. 3, n° 3, p. 147-153.
- [21] R. D. Goldman, « Community Physicians' Attitudes Toward Electronic Follow-up After an Emergency Department Visit », *Clin. Pediatr. (Phila.)*, 2005, vol. 44, n° 4, p. 305-309.
- [22] J.P. Dommergues, « Carnet de santé : informativité et confidentialité », *Arch. Pédiatrie Paris*, 2004, vol. 11, n° 2, p. 42s-45s.
- [23] B. Welniarz, S. Letrait, P. Suesser, « Carnet de santé de l'enfant, troubles psychopathologiques et confidentialité », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 2001, vol. 49, n° 2, p. 147-151.
- [24] B. Welniarz, S. Letrait, P. Suesser, « Carnet de santé de l'enfant, VIH et confidentialité : pratiques et attitudes des médecins et des familles », *Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy*, 2001, vol. 13, n° 4, p. 389-401.
- [25] C. Vincelet, M.D. Tabone, M. Berthier et al. « Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Evaluation dans différentes structures de prévention et de soins », *Arch. Pédiatrie Paris*, 2003, vol. 10, n° 5, p. 403-409.
- [26] A. J. Berendsen, W. H. Benneker, B. M. Jong et al. « Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study », *BMC Health Serv. Res.*, 2007, vol. 7, n° 1, p. 4.
- [27] O. J. Kvalme, F. Olesen, M. Samuelsson, « Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP) », *Qual. Health Care*, 2001, vol. 10, n° 1, p. 33-39.
- [28] C. J. Stille, K. M. Mazor, V. Meterko, « Development and validation of a tool to improve paediatric referral/consultation communication », *BMJ Qual. Saf.*, 2011, vol. 20, n° 8, p. 692-697.

- [29] A. J. Berendsen, W. H. Benneker, J. Schuling et al. « Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists – a qualitative study », *BMC Health Serv. Res.*, 2006, vol. 6, n° 1, p. 155.
- [30] M. N. Marshall, « How well do general practitioners and hospital consultants work together? A qualitative study of cooperation and conflict within the medical profession. », *Br. J. Gen. Pract.*, 1998, vol. 48, n° 432, p. 1379.
- [31] A. Bocquet, M. Chalumeau, D. Bollotte et al. « Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie », *Arch. Pédiatrie Paris*, 2005, vol. 12, n° 12, p. 1688-1696.
- [32] J.-M. Boivin, « Réponse à l'article : Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie de Bocquet A, Chalumeau M, Bollotte D, Escano G, Langue J, Virey B. Arch Pediatr 2005 », *Arch. Pédiatrie Paris*, 2008, vol. 15, n° 7, p. 1238-1241.
- [33] A. Bocquet, R. Assathiany, F. M. Caron et al. « Proposition pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants et pour l'avenir de la pédiatrie française », 2006.
- [34] J. Stagnara, J. Vermont, A. Duquesne et al. « Urgences pédiatriques et consultations non programmées — enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise », *Arch. Pédiatrie*, 2004, vol. 11, n° 2, p. 108-114.
- [35] B. Bros, P. Boyer, M. Bismuth et al. « Enquête sur la pratique des médecins des enfants et en gynécologie obstétrique », *URML infos Midi Pyrénées*, 2009, 34, p. 4-5.

ANNEXE 2 – Guide d’entretien

Guide d’entretien

Dans le contexte démographique actuel, les médecins généralistes assurent une part importante des prises en charge pédiatriques aiguës et chroniques. Les interactions avec les pédiatres hospitaliers sont fréquentes.

L’objectif de cette étude est de mieux comprendre les inter relations entre les médecins généralistes et les pédiatres en Aveyron (bassins de santé de Decazeville, Rodez et Villefranche de Rouergue).

Il s’agit d’un entretien collectif qui sera enregistré. Les propos sont confidentiels et ne seront jamais cités nommément. La parole est libre sans auto censure ni censure envers les autres. Chacun peut s’exprimer à tour de rôle sans avoir peur de répéter, confirmer ou infirmer les propos d’un autre. L’échange est primordial, régulé par l’animateur. Il y a également un observateur chargé de repérer les réactions non verbales.

Présentation des participants avant le début de la séance.

1 – Pour commencer, pouvez vous donner entre 1 et 3 mots (positif, négatif ou neutre) qui décrivent vos relations avec les pédiatres/généralistes aveyronnais?

Permet de faire un état des lieux, voir l’importance attribuée, partenariat reconnu ou non.

2 – Qu’appréciez vous dans ces relations et qu’est-ce qui les facilite ? Vous pouvez vous aider d’exemples précis.

Effets positifs :

- décharge des émotions
- partage des doutes et de la responsabilité
- gratifiant, inspiration réciproque, expérience stimulante et positive

Facilitateurs :

- relations personnelles entre professionnels
- disponibilité
- confiance

3 – Quelles sont les difficultés rencontrées ou ressenties dans l’élaboration de ces relations ? Vous pouvez vous aider d’exemples précis.

Difficultés de communication

4 – En partant de l’hypothèse qu’il sera dénoncé des difficultés de communication : selon vous à quoi sont dus ces difficultés de communication ?

- ressenti (sentiment de hiérarchie, incompréhension mutuelle), à développer à partir d’exemples concrets

- méthodes de communication

- contenu de communication

- organisation du travail

5 – Selon vous, quel(s) intérêt(s) y aurait-il à améliorer les relations que vous entretenez avec les pédiatres/généralistes ?

- intérêt et place du patient
- amélioration des soins
- régulation du flux de patients et minimisation des coûts

6 – Concrètement, que souhaiteriez vous voir améliorer et comment ?

- modèle bidirectionnel
- formation continue
- moyens : simples, courrier électronique, courriers pédagogiques
 - └ *connaissance et utilisation du numéro de téléphone direct 24h/24 ?*
- mise en réseau pour une meilleure lisibilité de l'offre de soins
 - └ *organisation de la permanence des soins, connaissance de l'organisation des urgences pédiatriques ?*
- place du patient : information et éducation
 - └ *messages communs à développer ?*

ANNEXE 3 – FOCUS GROUPE 1

Si on parle de la pédiatrie comme ça, si on met de 1 à 3 mots, qu'est ce que vous pouvez dire de vos relations, votre ressenti par rapport à la pédiatrie actuellement ? qui peuvent être positifs, négatifs ou neutres.

A : Peu de relations je dirais

B : Moi je n'ai quasi aucune relation avec les pédiatres de la région, aucune... C'est-à-dire que, ceux de X, du tout... Y, pas plus... Et W, encore moins... Je dirais nulles...

C : Alors, peu... Pour pas dire aucune... Heu, si, avis téléphonique parce que X est franchement disponible, P1 aussi l'est, au téléphone. Donc l'avis spé, quand t'es en galère, tu l'as quand même au moins au téléphone. Voilà en 2 mots parce qu'après les changements sont récents au niveau de Y. Et jusque là il n'y en avait aucune, il y avait une énorme méfiance par rapport à Y et c'est vrai qu'on envoyait les enfants ailleurs et donc W... (*interrompu*)

A : Méfiance justifiée !

C : Voilà... Mais qui reste encore actuelle parce que... P2 peut être de garde encore de temps en temps. La confiance ne sera pas absolue, ça dépendra qui sera de garde aussi.

D : Alors moi je dirais, 3 mots : hospitalière, pour moi ça ne peut être que hospitalier, spécialisé... Spécialisé ça veut dire moi par exemple je travaille avec le CAMPS quand j'ai un trouble envahissant du développement. Et le troisième... (*interrompu*)

B : Exceptionnel...

D : Oui en libéral je ne vois pas la place de la pédiatrie, je la vois qu'hospitalière.

C : Oui.

E : Tu veux dire qu'il y des spécialistes qui sont pas forcément pédiatres quoi ?

D : Alors quand je disais spécialisé par exemple, l'allergologie pédiatrique je crois que c'est, que ça doit être fait par des pédiatres allergologues. Je crois qu'ils ont des spécificités sur les allergies alimentaires, c'est pas la même prise en charge... Je sais que moi je travaille avec Q.

B : C'est un problème de fluence... Y a pas de (brouhaha)... A aucun moment on a eu des rapports de... simples et sains avec les pédiatres hospitaliers, aucun. Moi j'en ai jamais eu, à aucun moment. Si j'ai besoin d'un avis, je le prends pas ici, je le prends ailleurs. Pourquoi ? Parce qu'il y a des gens qui ont l'habitude de travailler par téléphone et qui peuvent donner un avis simple et pour nous facile à suivre.

F : Ouai... Heu... Incompétence... Enfin, j'ai, ça peut paraître... Ca n'a rien de prétentieux mais j'ai rarement besoin de pédiatres locaux. C'est-à-dire si j'ai besoin d'un pédiatre avec un enfant pour un problème particulier, j'ai pas besoin d'un pédiatre local qui va rien m'apporter de plus. Même quand c'était P3 à l'époque qui avait

certaines compétences, on en avait discuté, heu... Il pourra rien faire de plus pour le problème que j'aurai parce qu'il faudra une structure hospitalière type CHU ou service hospitalier donc ça m'apporte... Rien. C'est pour ça que j'ai quasiment zéro contact avec aucun pédiatre.

C : Même maintenant ?

F : Oui parce que j'ai pas de problème ou si j'ai des problèmes ça va pas rester à Y.

Alors comme c'est en train un petit peu d'évoluer à Y, c'est intéressant... (*interrompu*)

F : Alors oui, j'ai des relations que je n'avais pas avec Y, par l'intermédiaire de mon interne qui est en stage à Y et pas à X. Donc c'est vrai qu'on a été amenés à discuter, c'est vrai que c'est des gens compétents, intéressés aussi et intéressants, qui ont envie... Autant au niveau formation que ce que tu disais, tu appelles, t'as besoin d'un truc, on va te répondre au téléphone, on va pas commencer à t'endormir pendant une demi-heure, voilà. Donc ça c'est intéressant pour la qualité du travail mais c'est vrai, heu, que j'ai pas eu, même sur les dernières années, besoin localement... Voilà.

D : Tu te sers pas du CAMPS ? Tu sais qu'il y a une antenne du CAMPS à X...

C : Ouai mais là les rendez vous c'est pareil...

D : Les rendez vous effectivement... La pédopsychiatre vient une fois par mois...

F : Après à titre purement local, j'ai vraiment zéro relation parce que ça m'apporte rien du tout et les familles y vont une fois ou deux mais n'ont même pas envie d'y revenir... Un problème de compétence, un, heu... Ca c'est le premier point, et de collaboration. A Y tu téléphones, on va pouvoir discuter, à X y a même pas cette envie de collaborer, de discuter, de donner un avis, d'échanger quoi... (*brouhaha*) Voilà moi j'appelle pas ça de la pédiatrie !

A : De toute façon à X on sait même pas combien ils sont..., y en a un ou deux maintenant ?

D : Deux.

B : Y a deux pédiatres, mais c'est deux fantômes (*exaspéré*). Deux fantômes puisque de toute façon, ça sert à rien, y a pas de service de pédiatrie...

D : C'est pour maintenir la maternité. C'est légal.

Brouhaha

G : C'est le problème de X... Il faut des pédiatres pour maintenir la maternité sauf que du coup il faut qu'ils soient deux sinon c'est la même qui est de garde H24, sept jours sur sept. Du coup pour les faire travailler, il faut leur faire faire des consultations donc leurs consultations c'est le suivi des enfants qu'on peut faire et sauf que du coup, si on supprime les postes de pédiatrie, il faut supprimer la maternité parce qu'une maternité sans pédiatre... (*brouhaha*)

A : Légalement, ils ne peuvent pas.

G : C'est ça qui est compliqué, c'est ma vision... C'est plus complexe que de dire y a pas d'intérêt.

B : La relation médecin généraliste – pédiatre sur X ne peut pas exister. Parce que de toute façon à chaque coup de téléphone que tu vas avoir, t'auras pas de réponse adaptée à ton coup de téléphone, c'est pas possible.

C : Voilà, y a ni les compétences ni l'hospitalisation possible derrière. On n'a aucun intérêt à adresser à X.

F : Même si tu voulais les faire travailler pour rejoindre ton avis (*s'adresse à G*), ça va pas apporter...

G : Non c'est pas vouloir les faire travailler, c'est juste que c'est du coup plus complexe que le fait de dire en effet les consultations... (*interrompu*)

E : En fait ils s'occupent du suivi des enfants qui sont nés là bas ?

D : Dans la mesure où ils font l'examen du huitième jour, la filière est engagée et donc... (*brouhaha*) Vous peut-être qu'en périphérie vous n'avez pas ce problème... (*interrompu*)

A : Ils les suivent quand ils vont bien et quand...

C : C'est le premier mois après...

F : Pour les trois ou quatre internes qui y sont passés, ils jouent sur le quiproquo de « les parents savent pas », c'est-à-dire qu'ils ont le huitième jour, ils ont le premier mois, les mamans discutent, disent « ah mais on peut aller ailleurs ? » et après trois mois y a plus d'enfant. Ça s'arrête là.

D : Et alors après y en a quelques uns qui te ressortent « Oui elle est suivie par le pédiatre » parce que si tu veux pour être un bon parent il faut que son enfant soit suivi par le pédiatre mais bon...

A : Quand tu connais l'équipe, tu rigoles cinq minutes. (*rires*)

F : Après, on peut se poser la question pour élargir. Il y a des besoins pour une maternité mais quel est l'intérêt pour nous de pédiatres à X dans un hôpital de cette taille s'il n'y a pas d'hospitalisation ?

A : Mais c'est légal, c'est un problème de légalité.

F : Non mais pour nous !

C : Oui pour nous !

E : De toute façon moi dès que j'ai un problème, un gamin en garde par exemple je dis « allez sur Y ». Même si tu as une suspicion d'appendicite, tu vas pas l'envoyer sur X.

Donc le but, c'est un peu qu'il y ait un service départemental, c'est de voir comment on peut le faire fonctionner, est ce qu'on attend quelque chose, est ce qu'on les connaît ?

C : Ah ben au niveau du département oui, de Y oui, j'attends quelque chose de Y, ce qu'y avait pas avant. Parce qu'on est pas obligé d'envoyer à Toulouse !

E : Ah oui exactement, moi je veux bien Toulouse d'accord mais bon, enfin je sais pas, une diarrhée qui dure longtemps, faut le réhydrater tout ça, tu vas pas l'envoyer sur Toulouse !

C : Oui mais tu l'envoyais pas sur Y avant P1, maintenant moi depuis qu'il est là...

E : Mais tu faisais quoi alors ?

C : Ben sur W.

F : Non je pense qu'il y a besoin d'un seul service de pédiatrie départemental, y a pas besoin de plus.

D : Même si légalement les maternités doivent avoir des pédiatres, je me demande s'il faudrait pas mieux avoir des anesthésistes orientés vers la pédiatrie parce que...

A : On avait proposé, ils ont refusé !

Brouhaha

D : On a un titre mais on a pas les compétences.

B : Si t'as besoin d'un geste technique, c'est vrai que c'est limite pour certains anesthésistes, à la limite du danger public quand même. Mais c'est parce que tu fais pas bien ce que tu fais pas souvent. A partir de ce moment là, tu peux pas t'inventer réanimateur sur un nourrisson si tu le fais pas souvent.

Partant de là, qu'est qu'il faudrait faire, qu'est ce que vous voudriez ?

A : Sur X ?

Non sur le département.

B : Sur le département, le plus simple c'est d'avoir une structure hospitalière qui tienne la route et qui informe, enfin qui puisse d'abord être en relation avec les médecins, qui devienne un interlocuteur de choix. Pour ça il faut qu'ils se fassent connaître, un... (*interrompu*)

A : Je crois que c'est en train de changer ça.

B : Et deux, heu, après il faut avoir la pratique justement du conseil. On a besoin d'un conseil pédiatrique spécifique dix fois par an, pas plus, une fois par mois, vraiment un truc très précis, ben si on a une réponse adaptée cinq ou six fois peut-être qu'on changera d'avis. Pour l'instant c'est vrai que c'est un petit peu... (*grimace*)

A : Il faut une notion d'équipe à Y, il faut qu'on ait une équipe.

B : Oui c'est pas une personne, c'est un groupe...

A : Si tu as une équipe performante et qui est à l'écoute, bien sûr !

B : Il faut quelqu'un qui gère et qui ait envie de motiver ses troupes de pédiatres pour qu'ils puissent communiquer, heu...

C : Non mais ce qui manque à Y, c'est les compétences, il les ont pas tous donc l'avis au téléphone il sera valable que lorsqu'il y aura des compétences au bout du fil, sinon ça nous sert à rien.

B : C'est-à-dire qu'à l'intérieur de la pédiatrie il faut qu'il puisse dominer certaines spécialités c'est-à-dire un pneumopédiatre, heu... Depuis que je suis ici, j'appelle Z parce que j'ai des connaissances à Z. Quand j'ai besoin d'un pédiatre j'ai un pneumopédiatre, un cardiopédiatre, un gastropédiatre, un allergologue et quand j'ai un vrai problème... Et un neuro ou deux neuropédiatres... Ils sont sept je crois actuellement, il y a un médecin généraliste qui travaille dans le service et ... (*coupé*)

C : Oui tu veux des référents pédiatres spécialistes.

B : Voilà, tu as une question précise et tu as une référence immédiate, c'est-à-dire que le pédiatre que tu as parce que tu appelles aux urgences il te dit « ben écoute je sais pas, j'appelle mon collègue, je te rappelle tout de suite » et le problème c'est qu'il appelle son collègue et il te rappelle tout de suite !

A : C'est sûr que ça on est pas trop habitués...

F : Mais on a l'impression qu'il y a quand même un désir. Mon interne qui y est - parce qu'on a changé l'orientation, ils étaient à X, ils sont à Y maintenant - c'est autre chose quoi hein.

A : C'est sûr on a moins d'appréhension à envoyer à Y qu'il y a quelque mois...

Il faut qu'on arrive à faire marcher mais il faut que ça vienne des deux côtés.

C : Oui mais enfin on peut pas envoyer non plus les enfants au casse-pipe, ça dépend qui est de garde aussi, je suis désolée... Je continue à me méfier de qui est de garde...

E : Enfin je veux dire quand même, je sais pas, un gamin qui a une diarrhée et qu'il faut réhydrater, enfin moi je me pose pas de question, je me dis pas « est ce que c'est dangereux de l'envoyer sur Y ? », t'exagères pas un peu ?

C : Ben non...

A : Le problème c'est que souvent ils vont te le renvoyer !

B : En te disant qu'il est pas déshydraté !

A : Il va faire l'aller retour !

F : Apparemment ça a changé ça aussi parce que c'est P1 qui est responsable des urgences et pour avoir l'interne qui y est, c'est presque dans l'excès inverse, c'est qu'il y a eu tellement de problèmes de gens renvoyés, que maintenant les internes qui sont de garde, ils ont pas le droit de renvoyer seul un patient, il faut qu'il soit vu par le senior et P1 est là très souvent, on est même maximaliste... On en discute par rapport à nous, tout gosse qui va bien, qui rentre pour un problème infectieux banal, il a presque sa bio quoi ! On est parti dans l'opposé parce que... On en discute régulièrement avec l'interne parce que le même gosse qu'elle voit ici, elle aurait jamais demandé la prise de sang et là haut elle est obligée

de le demander parce que le senior dit « il faut la faire, tant pis », même si ça sert à rien, il faut le faire.

B : Enfin je suis désolé, tu dois réfléchir en pédiatre au service des urgences comme un médecin généraliste. Tu dois réfléchir pour le gosse, pas pour...

Tout dépend si c'est une entrée directe ou si c'est toi qui l'a envoyé, je crois que la différence elle est là.

G : C'est ça, si ça a été adressé par quelqu'un, tu peux pas le renvoyer sans avoir rien fait. Même si toi tu l'examines et que tu te dis « moi j'aurai rien fait », si ça t'a été adressé par quelqu'un... Personne n'adresse tous les gamins donc c'est qu'à un moment donné y a eu quelque chose qui lui a donné envie de l'adresser et... (*interrompu*)

B : Oui là je suis d'accord.

C'est un petit peu la différence qu'il va y avoir c'est que si nous on envoie, ça va peut-être être plus pris en considération que ce que c'était.

B : Dans ce cas là c'est en secondaire, c'est plus une consultation primaire.

F : Disons que voilà, ils renvoient moins facilement et il y a quand même un peu plus de sérieux...

B : Le téléphone, et le courrier aussi. Quand t'as un bébé qui sors, tu prends ton téléphone, t'appelles son médecin et tu dis « voilà je fais sortir untel que vous nous avez envoyé » et au moins t'as un contact physique ou au moins téléphonique avec le pédiatre, et tu apprends à connaître le pédiatre.

On a ça au CHU, dans les petits hôpitaux locaux on n'a pas ça.

B : Oui mais c'est ce qu'il faudrait mettre en place.

D : C'est la barrière de la langue, sûrement ! (*rires*)

Qu'est ce que vous voudriez alors, en pratique, actuellement ?

B : Un contact direct avec les pédiatres ! C'est le plus simple et le plus sain. Quand on a un problème cardio, on prend le téléphone, on appelle le cardio, on lui dit ce qu'il a et ça pose aucun problème, c'est fluide.

D : Et il l'appareille pour l'apnée du sommeil ! (*rires*)

B : Non ça c'est quand tu l'appelles pas ! (*rires*)

D : Non mais par contre, des consultations décentrées ça vous semble pas intéressant ? Cette présence une fois par mois d'une pédopsychiatre à X, ça vous paraît sans intérêt ?

C : Mais si c'est très bien, c'est pas ça, c'est les délais !

D : Non mais je pose la question...

A : Non mais c'est indécent, c'est indécent ! Avec la demande des gens, la souffrance dans laquelle ils sont, tu leur dis « le rendez vous, il l'a dans six mois », un jour par mois quoi !

D : Apparemment si tu appelles directement les médecins, tu peux avoir un avis rapidement.

B : Moi j'ai déjà appelé et ça a été très long quand même.

C : Et après on t'envoie le compte rendu te confirmant le diagnostic d'autisme et disant que tu aurais dû l'adresser plus tôt, t'es là pfff...

D : Y a eu l'inauguration du CAMPS à X, parmi nous combien y sont allés ?

C : On y est allés mais à contre temps.

A : On y est allés un peu plus tard, en s'excusant, on a rencontré toute l'équipe.

D : C'est très bien. Parce que j'ai été remarqué comme étant le seul médecin à être venu donc bon... Tous les médecins ont reçu l'invitation nominative du président de l'ADAPEI... Non mais bon c'est pour dire que c'est difficile de communiquer, il faut que ça soit dans les deux sens, parce que si on fait pas l'effort quand ils nous invitent !

A : Alors petit problème, j'ai eu le cas cette semaine, je voulais envoyer un enfant en pédopsychiatrie à Y, il m'a été répondu « y a assez de monde à Y, vous avez X pour les faire recevoir »... Là c'est le CMPP.

Brouhaha

C : Ils sont complètement débordés pendant six mois, donc toi t'as une ado en face de toi qui veut se suicider donc t'appelles Y, ils te disent « non mais on est débordés »... (*interrompu*)

E : Non mais ça c'est le problème de la psychiatrie en règle générale !

B : Non... Non, en psychiatrie normale, t'as une urgence, t'appelles, t'as une réponse.

A : T'as l'UADO !

B : Oui ! T'as une réponse.

E : Oui il faut passer par les urgences. Si t'as quelqu'un qui est pas bien, vraiment pas bien mais qui va peut-être pas tout de suite se suicider, heu... Ouai tu fais ta petite lettre et tout mais bon, bonne chance quoi !

D : Et là ils ont pas pu te le prendre pour consultation ?

A : Oui... Parce qu'il y a une pédopsy sur X une fois par mois, ou un mercredi sur deux. C'est-à-dire rien du tout quoi.

Et par rapport aux urgences pédiatriques qu'est ce qu'on voudrait, nous en médecine générale ?

A : Avoir l'interlocuteur ! Quand on envoie quelqu'un, et pas qu'on te dise... Que tu puisses pas le joindre.

F : Ouai mais ça marche pas mal à Y quand tu as besoin, tu appelles tu as quelqu'un, non ?

A. ébahi

D : Alors moi un point que je voudrais clarifier, est ce que le service des urgences de X a la compétence pour accueillir des enfants ?

A : Non, non, non...

C : Bien sûr que si, une urgence... (*interrompu*)

F : Y a des urgentistes qui veulent même pas qu'ils entrent, y a des urgentistes qui les voient.

D : Parce que moi j'ai eu un conflit un soir avec le service d'urgence qui me disait « vous vous débrouillez pour l'envoyer », attend, qu'est-ce que ça veut dire, eux ils sont quand même capables d'accueillir...

C : Ah c'était le cas du traumatisme crânien ?

D : Ouai je vous avais raconté cette histoire de ce gamin qui avait vomi, j'en avais jusqu'au plafond dans le bureau, et il me dit heu... « Tu as qu'à l'envoyer », tu vois c'était quand même étonnant comme réponse alors que je pense qu'ils sont quand même capables d'accueillir, conditionner et faire appel au VSAB.

C : La vraie urgence, elle va à X. L'urgence pédiatrique qui peut attendre un peu... Y oui, ce qui est un peu embêtant c'est quand il faut les faire passer par les urgences, enfin... Quand ils disent « oui, on va l'hospitaliser c'est sûr, faites le passer par les urgences », ça c'est énervant à entendre, ça c'est pas normal...

D : Ah d'accord, ils ont pas de service spécifique pour les urgences pédiatriques ?

C'est en train de changer ça...

C : Non non donc voilà les gamins ils attendent... Sauf P1 la dernière fois qui l'a accepté direct dans son service mais voilà c'est des choses en train de changer.

F : Y a bien un service d'urgences pédiatriques !

C : Ah non !

C'est en train de changer.

F : Moi j'ai mon interne qui tous les lundis consulte aux urgences pédiatriques, il y a des urgences pédiatriques !

C : Mais c'est récent ?!

F : Un an à peu près. C'est un service à part entière où ils consultent... (*interrompu*)

C : Y a un manque de communication quand même parce que moi j'étais pas au courant...

F : C'est vrai y a des internes, et y a un senior tous les jours de la semaine.

C : Là on était pas au courant de ça !

F : Et il y a des gardes de week end puisque moi l'interne elle fait les gardes de week end aux urgences pédiatriques mais... (*interrompu*)

E : C'est vrai, c'est bizarre qu'ils aient pas essayé d'envoyer un petit courrier pour dire voilà il y a une restructuration...

Ils restructurent tellement qu'ils savent plus trop, c'est pour ça qu'il faut qu'on avance des deux côtés, et ça y viendra, je crois qu'il faudra des FMC, faut avancer...

F : Pour l'urgence c'est vrai que c'est en train de ressembler un peu, ça se structure un peu comme un petit CHU.

A (*s'adressant à D*) : Enfin quel est l'intérêt de le faire passer par X si tu sais qu'il faut qu'il soit hospitalisé en pédiatrie ?

G : C'est quand t'as besoin de faire un secondaire, t'as besoin qu'il soit véhiculé par... (*interrompu*)

D : Moi ça m'embêtait de l'envoyer à trois quarts d'heure, en plus par les parents je trouve ça quand même un peu limite...

E : Dans ces cas là, il faut carrément faire appel au SAMU non ?

D : Heu, l'erreur c'était ça effectivement...

A : Ou alors le 18 ?

Et le 18 de toute façon va renvoyer quand même à Villefranche la plupart du temps.

A : Et après ils vont appeler le SMUR pédiatrique s'il le nécessite.

Brouhaha

D : Ceci étant, c'est pas dans le sujet mais bon tant pis je vais le dire quand même, on a quand même un problème avec le service d'urgence. On a eu un cas d'un gamin qui a eu un syndrome méningé, j'appelle l'urgentiste de Villefranche, il avait 14 ans, on sentait quand même une petite raideur, un mal de tête terrible, il était dans le noir complet etc. J'appelle l'urgentiste en lui disant « est ce que tu peux le recevoir tout de suite parce que sa mère est là, elle peut le prendre et elle te l'amène tout de suite », et là il me répond « il passera dans l'ordre d'arrivée » !

Rires

D : Je lui dis alors « tu veux que je l'envoie par les pompiers ? » et il me dit « ah non non, ça c'est la dernière trouvaille, c'est pas parce qu'il arrive par les pompiers qu'il sera vu tout de suite ». On croit rêver quoi, si je l'appelle c'est que...

C : Sur un infarct ils vont te dire la même chose, « y a au moins deux heures d'attente » !

Brouhaha

D : Le concept du SAMU c'est quand même que l'hôpital se déplace au lit du malade.

B : Oui mais Diana est morte à cause du SAMU.

Rires

F : Oui mais dans le concept ça change. Le principe du SAMU européen c'est l'hôpital qui se déplace, la formation du PHTLS c'est l'inverse, c'est la formation à l'américaine mais ça ne peut marcher que si tout le monde a cette formation. Aux Etats-Unis, que tu sois brancardier ou neurochirurgien, tout le monde est capable de prendre en charge l'urgence de la même façon donc l'objectif c'est d'aller chercher vite les gens et de les ramener, de faire le minimum mais le plus efficacement possible. Tout le monde est capable mais ça ne peut marcher que si tout le monde dans la chaîne fait les mêmes gestes.

En revenant au sujet, quel intérêt on a à améliorer cette relation ?

F : Pour tout le monde, pour notre pratique, notre confort de travail...

B : Notre sécurité en plus, pour les patients...

A : Pour la perte de temps, tu perds moins de temps ! Efficacité pour les patients, sérénité pour toi.

F : Un seul centre hospitalier pédiatrique départemental, sans aller se dissiper dans des tas de spécialités hein ! Le minimum, des pédiatres généralistes compétents, avec un service d'urgence et un minimum de types qui savent faire un peu de réanimation, de réhydrat, de trucs comme ça, ça suffit. Après, t'as des trucs compliqués : CHU ! C'est fait pour ça !

B : CHU... Pas forcément direct, le problème que tu as...

F : Je te prends un exemple dernièrement, j'ai eu un syndrome fébrile chez un petit de trois mois qui s'est révélé être une ostéo-arthrite d'épaule. Bon ben il a été à Toulouse direct, je me suis pas emmerdé à envoyer... Je ne me suis même pas posé la question, quand j'ai commencé à voir un peu de quoi il s'agissait, après une écho, après une prise de sang, je me suis pas embêté à appeler à Y parce que je sais que le gosse n'y serait pas resté. Donc ça sert à rien qu'il y ait un rhumato ou un spécialiste des maladies infectieuses à Y.

B : Oui là d'accord.

F : Mais c'est quoi les pathologies chez les gamins, c'est ce style de truc quand ça devient un peu compliqué. Après...

C : Une pneumo allerge, les problèmes de transit...

F : Oui mais ça n'importe quel pédiatre est capable de gérer. Traiter une pyélo chez un petit, n'importe quel pédiatre peut le faire après s'il y a un reflux et qu'il faut des investigations...

Qu'est ce que nous on améliore, qu'est ce qu'on leur demande d'améliorer ?

A : Qu'est ce que nous on améliore ? Faire un courrier déjà !

C : Que nous fassions un courrier...

A : Systématique !

C : Qu'on appelle aussi...

E : C'est obligatoire.

B : On n'a jamais envoyé quelqu'un sans courrier...

F : Et bien c'est pas si fréquent que ça tu vois ! L'interne qui y est, elle te dit que plus de 50% des enfants qui arrivent et qui ont été envoyés, ils arrivent comme ça, « le docteur m'a dit de venir ». C'est tout ! Peut être on est tous là à le faire mais c'est pas la façon habituelle...

E : Moi ça me viendrait pas à l'idée de...

A : A Y, pour ne pas les citer, depuis des décennies il y a une ambiance tellement délétère, que les médecins de Y, j'en connais plusieurs, te disent « on en a tellement marre d'être mal reçus, d'être rembarrés quand on téléphone », que maintenant ils disent « vous y allez, ils assument ». C'est un climat délétère qui s'est installé.

C : C'est un peu le même problème avec les urgences de X. Tu prends le téléphone et tu dis « sur qui je vais tomber, qu'est ce que je vais me prendre encore ? »

D : Moins maintenant.

B : De toute façon tu leur demandes pas leur permission d'envoyer quelqu'un, ça veut dire quoi cette histoire ? Moi j'ai eu à six heures lundi, une patiente de 88 ans, chute sous AVK, avec trauma crânien, elle avait une rétroulsion et elle était obnubilée, j'appelle le radiologue, je lui dis « je veux un scanner », il me dit « mais pourquoi vous voulez un scanner ? ». Bon heureusement c'était pas ça, n'empêche que je me pose pas la question et s'il est pas content je m'en fous, c'est pas grave.

Donc en revenant sur la pédiatrie, on améliore la lettre, la communication, et qu'est ce qu'on leur demande à eux ?

B : D'améliorer la communication parce que c'est à mon avis la seule chose...

F : Ils ont un bon dynamisme je pense pour le moment, ils sont en train de restructurer mais il faut qu'ils... Tout le monde n'est pas au courant.

Donc comment se faire connaître ?

E : Pourquoi ils n'envoient pas un courrier ? Moi je trouve que c'est plus simple.

Il y en a eu mais peut-être que vous ne l'avez pas tous reçu ?

E : Moi j'ai pas reçu le courrier !

B : Je veux dire ils peuvent aussi organiser des formations sur des thèmes. C'est possible aussi, y a quand même des thèmes de pédiatrie qui nous intéressent en permanence.

C : Oui tu seras là, je serai là, et voilà... (*exaspéré*)

A : Et faire connaître leur fonctionnement. Et aussi les courriers post hospit rapides. Parce que souvent t'as le même qui est revenu depuis quinze jours, tu reçois le

courrier au bout de quinze jours donc courrier post hospit rapide. Ou au moins une petite lettre résumée.

Tous ces dossiers informatisés, ça marche pas bien ces courriers informatisés, ça aurait dû, moi je m'étais informatisé pour ça...

D : Ah oui les compte rendus que tu reçois par la boîte mail...

C : Medimail.

Les cardio et les ORL de Y le font...

F : Pasteur aussi. T'as le courrier de suite.

Est-ce que tu vois autre chose ?

A : C'est riche ce qu'on a dit.

Oui, il va falloir décortiquer.

B : Non mais je pense que c'est surtout un problème de communication.

C : Y avait pas que ça quand même. Maintenant c'est un problème de communication.

A : Et de compétences.

B : Oui mais il faut aussi faire ses preuves, je suis désolé mais...

C : Là pour le coup il les fait, mais on ne sait pas qu'il les fait. Enfin pour l'avoir eu au téléphone plusieurs fois, il est dispo, il est carré, et tu sens qu'il a envie.

B : Il faut aussi qu'ils se fassent connaître pour ça.

A : Ca va démarrer, y a la mayonnaise qui va monter s'il y a un renouvellement d'équipe progressif.

F : C'est en train de se faire là.

Tu vois autre chose ?

Non, je ne sais pas, est ce que vous vous avez d'autres points particuliers à soulever ?

C : Qu'ils arrêtent les consultations comme X en fait.

A : Les consultations banales quoi.

B : Pas de consultation de médecine générale.

C : Banales avec un manque de disponibilité énorme parce que les quelques uns qui sont suivis, tu les as au téléphone « ouai j'ai ça et ça » et le pédiatre « ben non », ça c'est énervant au possible. Bon à X, il peuvent pas faire autre chose.

Brouhaha

Après c'est vrai que moi je participe aux consultations à V avec P1, c'est des consultations avancées comme ce qu'il y a ici à X... (*interrompu*)

G : Ah donc il y a des consultations à V ?

D : Ca on n'a pas l'équivalent à X !

Ben il pourrait y avoir l'équivalent puisqu'il y a un pédiatre à X.

A : Oui mais tous les combien il le fait ?

Il vient une fois par semaine.

D : Donc là ce sont des consultations de pédiatrie générale ?

F : Qu'est ce qu'il cible en fait ?

Il cible quand même les enfants à problème donc...
(*interrompu*)

A : Comment il fait pour les cibler ?

C'est les généralistes du secteur, qui savent qu'il vient une fois par semaine, quand ils ont un souci avec un enfant, quand ils veulent avoir un avis spécialisé, ils l'envoient... (*interrompu*)

A : Parce que c'est difficile de cibler, si c'est les parents qui prennent rendez vous, y aura le tout venant classique quoi.

Il essaie d'éviter d'avoir les suivis pédiatriques, il y en a quelques uns qui reviennent tout le temps mais... (*coupé*)

D : Ca tu vois par exemple c'est intéressant, parce que ça on le sait pas...

A : Ca c'est bien, c'est un fonctionnement qui est bien.

D : Parce que c'est quelqu'un de compétent.

A : Et il faut qu'il cible, parce que si c'est pour voir heu... (*interrompu*)

D : Mais il est en deuxième recours, voilà.

Oui, il est plutôt en deuxième recours.

B : C'est une consultation de spécialiste.

Oui, c'est ce qu'il veut.

A : Mais c'est pas ce qu'on a à X, faut être clair.

G : Et après il y a également toute la communication, d'un côté entre nous et eux et également envers les patients. On a des patients qui nous disent « mais vous pouvez faire des frottis ? vous pouvez suivre même les tous petits ? ». Un petit peu, j'ai l'impression que c'est l'inconscient collectif qui dit « le suivi gynéco c'est le gynécologue, en pédiatrie c'est le pédiatre »...

D : On verra où ça en est dans quelques années...

F : C'est en train de changer petit à petit tu vois...

D : On hérite encore d'un fonctionnement puisqu'on est encore entourés de spécialistes, et de fait ils font de la médecine générale dans leur spécialité. Mais bon tout ça c'est terminé...

Fin de l'entretien, remerciements.

ANNEXE 4 – FOCUS GROUPE 2

On a décidé de faire une étude sur la relation médecin généraliste et pédiatre, vu qu'il y a une évolution sur le département avec l'arrivée de nouveaux pédiatres et comme cela a pu se faire en gériatrie ou en cancéro. Comment le faire ? On fait un focus group. Au lieu qu'elle vienne tous vous questionner individuellement, on fait une réunion commune vous mettant en relation. Donc on reste sur la relation médecine générale et pédiatrie. C'est enregistré mais il n'y a rien de nominatif. Donc vous pouvez parler librement, c'est pas un problème. On va commencer d'emblée, vous allez essayer tous l'un et l'autre de donner de un à trois mots qui décrivent vos relations avec les pédiatres actuellement.

A : Au sens large, hospitaliers et libéraux ?

Oui oui. Mais libéraux il n'y en a pas beaucoup.

A : Oui mais... Nous on travaille beaucoup avec L.

Oui vous, vous avez L c'est vrai.

B : Alors moi je vais être très clair : il y a les pédiatres d'un côté et moi de l'autre. C'est-à-dire que j'ai pas de relations avec les pédiatres. Sauf cas très exceptionnel où on hospitalise sur M mais c'est très très rare. Y a les pédiatres qui travaillent de leur côté, la PMI de son côté et puis moi, voilà.

C : De un à trois mots... Heu, moi qui suis bavarde ! Je dirais un : collaboration. Deux : parfois double emploi.

D : C'est ce que j'allais dire aussi. Y a une confusion des rôles.

A : Oui confusion des rôles.

C : Et trois parfois une mauvaise circulation de l'info mais j'avoue que ça a tendance à s'améliorer. Depuis... Un an.

E : Moi avec les pédiatres de l'hôpital je dirais que j'ai de bonnes relations parce que j'y ai travaillé, il y a encore P1 donc j'arrive à bien me dépanner avec. Ensuite, on revoie souvent les enfants avant le courrier. C'est pas en trois mots mais c'est ce qui me dérange le plus. Et après il y a peut-être effectivement un certain double emploi.

F : Moi c'est des relations très très rares, parce que souvent quand il y a besoin ça passe par les urgences. Et après retour par courrier, pas de contact téléphonique ou très peu.

G : La même chose pour moi, quasi inexistant. Chacun travaille de son côté je suppose. J'ai pratiquement jamais besoin d'eux et quand j'ai besoin d'eux c'est pour un problème d'urgence et j'appelle dans le service, j'ai même pas un pédiatre, j'ai la surveillante, « je vous envoie tel et tel gamin », il passe par les urgences et c'est fini. Et après je reçois le courrier effectivement un petit peu plus tard. J'ai par contre parfois du courrier de gosses que je n'ai pas envoyés. J'apprends que le gamin a été hospitalisé pour une gastro.

D : Ben moi en fait ce qui me trouble c'est effectivement la confusion des rôles puisque dans le suivi de l'enfant non pathologique je pense que...

G : C'est nous.

D : Ca devrait être nous mais ce n'est pas toujours le cas et du coup quand on a vraiment besoin pour un enfant qui présente des pathologies qui relèvent de la pédiatrie pure, et ben on n'a pas la place pour cet enfant-là. Et après pour l'histoire des courriers, j'ai par exemple une petite de quatre mois qui a été hospitalisée, j'ai eu le compte rendu quand elle avait huit mois, j'étais contente.

Brouhaha

D : Ca n'avait aucun intérêt en fait.

A : Moi alors... Avec ceux de M : quasiment pas de relations, ça s'est très légèrement amélioré ces derniers temps surtout depuis qu'il y a la consultation de type avancée sur N qui est très appréciable, mais avec ce problème de confusion. Est-ce que c'est une consultation pour suivre des enfants normaux ? Moi j'en vois pas l'intérêt. Est-ce que c'est une consultation pour envoyer les problèmes pédiatriques ? Le problème c'est que quand t'envoies des problèmes on nous dit « Heu... 25 juillet. ». Voilà, comment on se situe les uns par rapport aux autres ? Après, moi j'ai de très bonnes relations avec les pédiatres libéraux de L et du coup je travaille beaucoup avec eux. Et j'ai d'excellentes relations avec les pédiatres d'O. Donc quand j'ai eu le médulloblastome de la fosse postérieure, j'ai même pas appelé à M, j'ai même pas essayé. J'ai appelé O, ça s'est réglé, très bien et voilà. Parce qu'on est à égale distance.

B : La pathologie grave pour moi elle va à Toulouse. Elle ne passe pas par M.

A : Voilà après y a ça, aller directement au CHU.

H : Moi les pédiatres de P, j'ai pas de relations. M, je trouve que quand même on arrive à les joindre. Après le problème c'est qu'effectivement c'est rare qu'ils prennent quelqu'un directement, il faut toujours passer par les urgences, ça c'est pénible. Et après les grosses pathologies ou les choses bien spécifiques, j'envoie direct sur Toulouse. On arrive à les joindre directement par téléphone.

A : Parfois c'est plus facile même le CHU.

H : À M quand même ils sont joignables, si on insiste on arrive à les joindre.

E : Le CHU, le CHU... Faut faxer, et ils te rappellent...

A : Oui ça dépend des services.

C : Après ça dépend si on a des relations avec les pédiatres en dehors des soins purs. Moi par la fac, le service de pédiatrie j'y envoie mes internes en stage annexe donc j'ai forcément des relations avec eux. Et je pense que quelque part je suis étiquetée comme ça. Ils me connaissent par ça, ils me connaissent par pleins de trucs et c'est vrai que... Indépendamment de ça, depuis qu'il y

a certains nouveaux pédiatres, il y a un numéro de téléphone d'astreinte, alors qui n'est peut-être pas assez diffusé...

A : Je l'ai appelé hier, ça répond pas.

C : Pas toujours mais bon, c'est comme la ligne directe antibiothérapie, elle ne répond pas toujours. Moi j'essaie d'abord sur cette ligne-là et puis si ça répond pas je passe par le poste classique. Mais pour les hospitalisations directes... Si, j'ai réussi à hospitaliser quelques enfants de manière directe, sans passer par les urgences.

B : Oui c'est vrai ça m'est arrivé hier, c'est la première fois depuis...

C : C'est pareil, il y a maintenant à M un service d'urgences pédiatriques. Qui au début était géré par les urgentistes et qui maintenant est moit-moit, c'est-à-dire dans la journée il y a un interne qui est dédié aux urgences pédiatriques et qui est sensé provenir du service de pédiatrie, la nuit évidemment c'est inclus dans les urgences tout court. Ils ont tendance un petit peu à singulariser cette filière là. Je dirais pas que c'est parfait, je pense qu'il y a du progrès. Après je pense que je n'ai peut-être pas un regard aussi objectif que d'autres.

A : C'est parce que tu les connais par ailleurs. C'est ce que tu disais E. aussi, toi ça va pour toi parce tu connais personnellement P1, moi c'est pas mon cas et bon...

C : Et après, on a dit plusieurs fois double emploi, je pense que la confusion ne vient pas que de nous, elle vient aussi des patients. Il y a des mamans que ça stresse, le suivi normal, même normal, et elles ont besoin d'aller voir un pédiatre.

A : C'est pas la majorité quand même.

C : Il y en a quand même quelques uns. A M c'est la ville, donc c'est un comportement que je retrouve et que j'ai trouvé beaucoup en région parisienne. Et du coup le généraliste il est relégué à la gestion des bronchiolites, des gastro, des phénomènes infectieux...

G : La gestion des enfants malades. Les généralistes voient les enfants quand ils sont malades et les pédiatres qui sont formés pour soigner les enfants malades, voient les enfants qui sont en bonne santé.

C : C'est un peu aberrant.

G : En tous cas les pédiatres de ville. J'ai rien contre les pédiatres... (*interrompu*)

C : Hospitalière aussi.

G : On voit les gosses quand ils sont malades.

A : Mais même quand ils sont très malades parce que le problème, par exemple avec D., on s'est retrouvées avec des enfants très malades, gravement malades et on s'est retrouvées vraiment seules au monde. A côté de ça tu sais que les pédiatres passent leur temps à voir des enfants de deux mois qui vont super bien, ça fait râler !

E : Après c'est vrai qu'il y a aussi, on va pas se voiler la face non plus, à M il y a un praticien en qui on n'a pas confiance. C'est malheureux mais...

B : Même les patients s'en rendent compte.

Brouhaha

E : On l'a tous compris... C'est vrai que malgré tout, il n'a pas amené un plus.

A : C'est vrai que quand on est tombés plusieurs fois et qu'il y a eu plusieurs cagades, après on est quand même angoissés d'envoyer...

B : On se dit, si je tombe sur lui...

H : Du coup moi je me rends compte, en fonction de qui est de garde, je n'envoie pas.

D : Pareil. Je demande au standard, ils ont le tableau des gardes.

Je vois sur une étude de 2002, portant sur les enfants jusqu'à deux ans, 5% étaient vus totalement par des généralistes, 45% par les pédiatres, 50% par les deux.

A : Dans la mesure où il y aurait assez de pédiatres, moi je ne veux pas ramener la couverture à moi, je m'en fous, je veux bien partager avec lui, au contraire ça peut être riche. Le problème c'est que quand on est en situation de pénurie, il faudrait quand même que la pédiatrie soit tournée vers les enfants très malades. Ils sont dans le domaine de la spécialité... Qu'on resitue les choses !

C : Après dans le suivi normal, de l'enfant qui est sensé bien aller, les pédiatres disent que eux ont quand même une compétence un petit peu particulière dans le dépistage de problèmes, que ce soit psychomoteur, langage, heu... Voilà, pleins de trucs que nous, peut-être, on passerait un petit peu à côté. Je dois quand même reconnaître, moi j'en vois pas mal des enfants, il y en a quand même quelques uns où on se disait bien qu'il y avait un truc qui était bizarre mais où j'ai pas tilté, probablement pas à temps. Donc moi je reste relativement humble vis-à-vis de ça, et pourtant j'en fais beaucoup de la pédiatrie. Je pense qu'à ce moment là ça peut nous apporter des choses. Ce que je constate quand même par contre, c'est que - ayant peut-être des relations privilégiées avec certains des pédiatres, ça se limite à deux en gros - j'ai vu revenir des mamans qui me disent « j'ai vu le pédiatre à la sortie de mater, il me propose un suivi mixte, un mois sur deux chez vous, un mois sur deux chez lui », et ça c'est nouveau. C'est la première fois que les mamans expriment que, de façon active, le pédiatre a renvoyé vers le médecin traitant.

A : Ca c'est très bien.

C : Alors je ne sais pas si c'est parce qu'ils me connaissent, et que du coup ils connaissent peut-être mes compétences, ou si c'est avec tous les généralistes. Parce que franchement, il y a aussi des généralistes qui ne veulent pas faire de pédiatrie.

A : C'est vrai, c'est vrai.

C : Est-ce que chez eux c'est une manière de dire « tel médecin traitant, il fait de la pédiatrie, on a des relations avec lui, on peut peut-être partager le suivi et puis ça se passe bien, au bout d'un moment, l'envoyer ». Ou est ce qu'il le font avec tous les généralistes, je ne sais pas.

E : Moi j'adresse la liste des visites obligatoires, tu vois quand les mamans sont inquiètes, celles là je leur dis « allez chez le pédiatre ». Au moins elles sont vraiment cadrées, pour eux et pour moi aussi...

Brouhaha

A : Non mais c'est pas gênant, c'est pas être jaloux... Ce qui est gênant, c'est quand tu es en face d'un enfant qui a besoin d'un pédiatre et de ne pas trouver de pédiatre. Moi c'est ça qui me gonfle ! Après de partager le suivi, très bien. Au contraire, on apprendra les uns des autres et ça sera sûrement une vision un tout petit peu différente, ça c'est sûr, et c'est très bien. Mais le problème c'est qu'il faudrait que quand on a besoin de quelqu'un, on puisse nous répondre, parce que là c'est quand même embêtant.

Donc on parlait de ce numéro de téléphone direct, vous l'avez tous ?

E : Non.

A : Nous on l'a eu.

Ca marche bien je trouve.

A : C'est toujours pareil, ça dépend qui répond quoi ! L'autre jour j'ai eu une réponse si tu veux, je n'ai pas pu en tenir compte.

D : Par contre c'est vrai que quand on appelle O, on a toujours la personne au moment où on en a besoin.

A : Nous on a la comparaison, et c'est incomparable quoi ! Quand t'as la comparaison tu te dis « c'est incomparable ! ».

B : Oui moi j'avais appelé sur M pour une suspicion d'agression sexuelle chez un tout-petit, franchement le praticien dont on parle il m'a laissé dans la panade, il m'a dit « envoyez le » mais il n'a rien fait quoi.

A : Alors que c'est là que tu as besoin d'eux.

B : Alors après il a fallu que je me tourne vers ailleurs, je ne sais pas à quoi il a servi, à part retarder les choses.

C : Pour revenir au numéro de téléphone, peut-être qu'ils ne savent pas très bien comment le diffuser... (*interrompu*)

Brouhaha

B : Tu peux faire une lettre généralisée.

A : A la fin de chaque courrier de chaque enfant, ça peut être inscrit de façon automatique.

C : Il y en a quelques unes qu'ils ont commencé à faire, à M on les a reçus une fois ou deux...

D : Ou simplement qu'ils contactent le président de chaque FMC, qu'il se charge de...

C : Là aux prochaines JAM, il y a un sujet qui est retenu et en principe je pense qu'ils devraient l'éditer sans doute. Et puis voilà.

A : Y a ça, y a le numéro d'urgence et puis y a, enfin pour moi c'est important, la relation avec la secrétaire du pédiatre. Ca c'est quand même extraordinaire, parce que toi tu es médecin, elle est secrétaire, tu lui expliques qu'il faut un rendez vous urgent, et elle te dit « le trente juillet ». Alors tu dis « je suis médecin, je ne veux pas déranger le médecin de garde parce qu'on n'est pas dans un délai de quelques heures, je voudrais un rendez vous dans un délai normal » et bien ça, tu as l'impression de demander un truc extraordinaire.

C : Oui mais ça c'est pas propre à la pédiatrie.

Brouhaha

A : Et non, mais c'est tuant, c'est tuant !

C : C'est pareil en gastro, c'est pareil en cardio, c'est pareil dans toutes les autres spécialités.

E : Si tu demandes de parler au médecin, moi elles me le passent. Tout le temps, elles ne m'ont jamais refusé.

A : Le problème c'est que du coup tu te retrouves à déranger quelqu'un qui est en train de faire son travail.

E : Ca fait rien, je lui explique, je suis embêtée voilà...

C : C'est un problème de gestion et d'organisation dans le service, s'il faut toujours passer directement par le pédiatre pour avoir un rendez vous rapide et bien tant pis, ça c'est leur problème, c'est pas le nôtre.

A : C'est un peu le nôtre parce que du coup tu... (*interrompu*)

C : Non, si la règle c'est : tu veux un rendez vous rapide, tu joins un médecin, tu lui expliques et c'est lui qui dit ok, pas ok, c'est une forme de régulation.

A : Enfin moi j'estime que quand un médecin généraliste appelle, c'est régulé ! Je suis désolée, j'ai pas envie d'être régulée par quelqu'un d'autre.

C : La secrétaire qu'est ce qui lui prouve que...

A : Que quoi, que je suis médecin et que mes décisions sont appropriées ? C'est ça que je conteste justement !

C : Moi j'ai des patients qui appellent en mon nom.

B : Ah bon ?

C : Bien sûr, c'est arrivé.

E : Moi j'ai une patiente qui l'a fait.

C : Oui ! J'ai pas du tout aimé mais c'est arrivé. Et quand tu appelles au CHU, moi j'ai appelé plusieurs fois au CHU, c'était pour des suspicions de puberté précoce, la secrétaire, t'es médecin, elle te donne pas un rendez vous comme ça. Elle te passe le chef de clinique ou l'interne, tu lui expliques et l'interne raccroche en disant c'est bon, pour cette dame là c'est tel numéro... (*interrompu*)

A : Oui mais là on n'est pas au CHU justement, l'idée c'est que...

C : C'est pareil, c'est un hôpital.

A : Moi j'estime qu'on devrait avoir des relations plus simples.

C : Mais, ils connaissent pas tout le monde. Il y a des médecins qui certainement appellent, je dirais pas de manière abusive, mais qui ont besoin d'un rendez vous dit rapide, aussi sous la pression des patients parce que c'est nous qui la subissons la pression des patients et c'est la secrétaire.

A : Oui mais je pense que la secrétaire n'a pas à juger de ton jugement de médecin. Si tu es médecin et que tu dis « il me faut un rendez vous urgent », tu dois être pris au sérieux parce que sinon c'est du mépris. Moi je l'entends comme ça.

E : Le problème qu'il y a, c'est qu'à un moment donné quand il y a eu le nouvel hôpital, on n'a plus eu les numéros de bip.

A : Alors que ça c'était super !

E : C'était une super idée.

A : Moi je l'ai gardé l'annuaire, il y en a qui marchent encore.

E : Tu les as direct sur leur numéro.

A : Et c'est le bonheur quoi !

B : Enfin, je pense que le service de pédiatrie tourne sur lui-même quoi. Et pas avec l'extérieur.

A : Exactement.

B : Avec leur clientèle à eux. Pas avec la clientèle de l'ensemble de l'Aveyron. De leur secteur quoi.

Si on refait un petit peu le point sur ces relations, qu'est ce qui les facilite, quelles sont les difficultés et comment peut-on faire évoluer les choses ?

C : Ce qui facilite c'est de connaître les gens. Dans un sens comme dans un autre.

A : Tout à fait.

C : Nous vers les pédiatres, eux vers nous. Ce qui rend difficile c'est l'hôpital, c'est la structure... (*interrompu*)

B : Non.

A : O c'est un hôpital de la même taille, comment ça se fait qu'il soit aussi performant alors que c'est quand même pas très différent O et M comme villes et comme tailles d'hôpital. C'est le jour et la nuit. A un moment donné c'est pas que l'hôpital, c'est quand même la façon d'envisager les choses.

B : Je pense. Moi je pense qu'à M ils ont oublié qu'ils sont un peu les spécialistes auxquels on pourrait faire référence et ils sont des pédiatres qui soignent des enfants comme médecin généraliste de l'enfant. Nous ce qu'on voudrait c'est pas qu'ils soient les médecins généralistes de l'enfant c'est qu'ils soient notre recours quand on est en limite de choses heu...

A : Qu'ils soient des spécialistes de l'enfant.

B : Et c'est vrai que c'était ça, il y a vingt ans les pédiatres ils étaient médecins généralistes de l'enfant, et ils étaient pas spécialistes à part quelques... Mais maintenant ça a changé parce qu'il y a moins de pédiatres.

E : Peut-être qu'il faudrait leur suggérer, se réunir avec eux, leur suggérer qu'il y ait un médecin qui gèrent le problème médical. C'est sûr que si tu tombes sur...

A : De quoi ?

E : Qui gère que les gros problèmes médicaux. S'il y a des consult de généraliste pédiatrique, si le gros de leur consultations c'est de faire des visites de nourrissons, qu'il y en ait un qui soit vraiment là pour gérer même s'il n'y a pas beaucoup de boulot...

B : Ben c'est celui qui est de garde.

A : Oui, en fait ce qu'il faudrait c'est qu'on se connaisse mieux, qu'on arrive à... (*interrompu*)

D : Après c'est vrai qu'on ne sait pas aussi ce qu'ils attendent de nous.

A : Voilà c'est ça ! Eux peut-être n'attendent pas ce que nous on attend et nous on n'attend pas ce que eux attendent de nous.

B : Voilà, nous on attend qu'ils soient comme des spécialistes, comme quand on fait recours à un cardio, des trucs comme ça.

A : Oui nous on attend ça. Mais eux qu'est ce qu'ils attendent de nous ?

Pourquoi il y a ce défaut de communication et comment on peut l'améliorer ?

A : Nous ce qui nous a beaucoup amélioré les choses c'est K. Enfin c'est le fait d'avoir un interne qui est en gynéco pédiatrie au cabinet et qui va à la consultation de N. Et du coup quand on avait un truc urgent, on le disait à K, qui le disait et qui nous répondait, cet espèce de lien est quand même fabuleux quoi !

C : C'est pour ça que je pense que quand même les hospitaliers, ils ont besoin de mettre un visage sur les compétences...

A : Tout à fait !

C : Et qu'à partir du moment où ils savent que tu fais pas mal de pédiatrie, ils sont capables de te déléguer tout un tas de choses. Moi je le vois un petit peu comme ça, je pense que ça c'est facilitant. S'ils te connaissent, ils t'enverront des choses etc. Après, dans l'autre sens c'est pareil. Si toi tu apprends à le connaître, peut-être tu arriveras à plus facilement le joindre.

A : Ou pas... Quand tu connais trop parfois tu n'envoies pas.

B : Moi quand je me suis installé, j'y suis allé demander des avis en pédiatrie. Après j'ai arrêté.

C : Y a ça et puis aussi, ce que l'on pourrait travailler, c'est des conduites à tenir ou des protocolisations. Par exemple moi quand j'envoie un enfant de quatre mois avec une suspicion de pyélonéphrite, et qu'il ressort sans antibiotique, non hospitalisé et en disant « votre médecin traitant récupèrera l'ECBU dans 48 heures », ça me gonfle ! Parce que je ne l'envoie pas pour ça, si c'est pour faire ça, je vais le faire chez moi ! Si c'est pour poser une poche à urines et attendre l'ECBU merci ! Et ça, ça m'arrive plusieurs fois dans l'année. Donc est ce qu'on peut pas travailler sur des choses ? Quelles infections urinaires fébriles veulent-ils qu'on leur envoie strictement et dans ce cas là si on se met d'accord ça veut dire qu'ils les gardent, qu'ils arrêtent de les virer. Pareil sur les infections pulmonaires. L'autre fois, quand t'avais ton gamin avec une pneumopathie, il était bleu, il était mal comme tout, on lui dit « vous avez fait la CRP ? ». Evidemment j'ai pas fait la CRP... (*interrompu*)

E : Là, là je vais prendre... Moi j'ai eu un problème avec ça, il venait d'arriver et je me suis chauffée avec lui au téléphone, il me disait « vous avez fait la CRP ? » et je disais « je peux pas la faire, je suis à Q ! ». Et en fait lui il est étranger et dans son pays ils ont un test. Il arrêtait pas de me demander et moi je faisais que lui dire « non je ne l'ai pas »...

D : Après moi il m'a dit aussi « mais il habite où ? », donc il habitait dans le S mais il venait en consultation à R, « ah ben non, c'est pas pour nous, c'est pour O. ». Alors j'ai abandonné, j'ai appelé O.

E : Voilà mais pour sa défense c'est vrai que lui, dans son pays, ils ont l'habitude de fonctionner comme ça et nous on n'a pas ça.

A : Non mais est ce qu'il ne pourrait pas y avoir des petits protocoles, qui nous guideraient nous ? Parce que c'est sûr qu'il ne faut pas non plus surcharger les urgences pédiatriques...

C : Ca dépend de quoi tu parles, les infections pulmonaires c'est en fonction des critères de gravité cliniques et les infections urinaires fébriles, chaque hôpital pédiatrique a son propre protocole.

A : Alors pourquoi on le fait pas entre nous ? Dans l'Aveyron on se met d'accord et voilà.

C : Parce qu'il n'y a déjà pas de consensus au niveau national donc c'est difficile de dire on va appliquer notre protocole...

A : Donc c'est au petit bonheur la chance !

C : Non c'est pas au petit bonheur la chance, c'est en fonction du médecin qui est sur place, mais c'est pas la seule spécialité qui est comme ça !

A : Ouai mais c'est gênant. Quand tu envoies des familles, parce que nous les familles précaires je veux dire c'est notre lot quotidien, quand tu vois des gens qui savent à peine lire, qui ont un bébé de quatre mois, qui frissonne, qui est bactériémique et qui est mal et qu'on te le renvoie à la maison, non, non, non ! Je ne suis pas d'accord !

C : Mais est ce que tu avais appelé ?

A : Mais oui j'avais appelé ! Je n'envoie jamais personne sans appeler.

C : Tu es tombée sur qui ?

A : Je suis tombée sur l'infirmière ! J'avais pas trente minutes pour qu'elle me passe quatre standards pour avoir un mec, je les avais pas les trente minutes. J'estime que quand je fais un courrier, quand j'appelle et quand je dis que la situation nécessite une hospitalisation et qu'on tient pas compte de ce que je dis, je considère que c'est pas bien et ça m'encourage pas à recommencer les choses.

C : Et est ce que c'est les urgentistes ou est ce que c'est les pédiatres ?

A : Je n'ai pas cherché à comprendre, j'ai récupéré mon bébé, je l'ai envoyé à O, il a été soigné, il va bien. Il avait un reflux et voilà.

B : Ils l'ont gardé ?

A : Bien sûr qu'ils l'ont gardé !

E : C'est dommage qu'on n'ait pas de dialogue même avec les pédiatres, ça aurait été sympa qu'il y ait les pédiatres.

H : Je ne sais pas comment cela se passe maintenant mais, avant aux urgences le pédiatre ne voyait pas systématiquement les enfants... (*interrompu*)

C : Non, c'était géré par l'urgentiste.

H : Oui mais l'urgentiste il ne se déplace pas toujours. Moi je vois quand j'étais interne et que je faisais mes gardes en pédiatrie, en premier semestre, on voit des enfants, on les laisse repartir et personne ne les a vus, aucun senior donc... Je ne sais pas si ça s'est amélioré mais parfois j'ai l'impression qu'ils n'ont pas forcément vu un référent.

C : À l'heure actuelle normalement tous les avis sont seniorisés. Après c'est pas parce que tu parles d'un dossier à un senior qu'il va le ré examiner.

E : Et oui.

C : Mais il y a dix ans de ça les avis n'étaient pas seniorisés. Il y a cinq ans de ça probablement que tous les avis n'étaient pas seniorisés, donc ça c'est aussi une évolution de la prise en charge des internes donc de l'accueil des patients. Voilà, on tend vers ça, les choses ne sont probablement pas parfaites. Il y a encore deux ans de ça, les urgences pédiatriques c'était les urgentistes. N'étaient appelé les pédiatres que sur leurs astreintes, c'est-à-dire que si l'urgentiste pensait ne pas pouvoir gérer le problème avec un enfant ou s'il voulait l'hospitaliser, il fallait quand même qu'il prévienne le pédiatre. A l'heure actuelle, normalement en journée ce n'est plus ça, l'interne qui est posté aux urgences pédiatriques c'est normalement un interne rattaché au service de pédiatrie, il y a un interne de spécialité de pédiatrie sur ce service et des internes de médecine générale et ils ont des cours, des choses comme ça. Donc je pense que ça a tendance à s'améliorer mais après, probablement on ne peut pas leur demander aussi d'absorber les difficultés relationnelles de vingt ans d'exercice en deux ans...

D : Voilà, c'est là où on en est...

C : Ca ne peut pas être, il ne faut pas être trop demandeur. La communication elle est pas encore rétablie, alors comment veux-tu que ça se résorbe ?

D : Nous si tu veux on l'a résolu puisqu'on travaille avec O.

C : Oui mais c'est une façon de faire.

D : Nous on n'essaie même plus M, moi je n'essaie même plus.

C : Oui moi j'ai des patientes qui m'on dit « mais c'est P2 qui est de garde, très bien, je descend à V », c'est arrivé, ça fait pas longtemps que je suis là et je ne peux décemment pas leur dire... Je comprends bien, en général j'arrive à commencer à prendre en charge et puis je repousse l'avis pour le lendemain. Mais un patient qui fait ça, je ne peux décemment pas lui dire non. Le problème c'est que quand même, cette personne-là elle a plombé le relationnel et la confiance de l'ensemble des médecins généralistes du secteur d'activité, du bassin d'activité, et le bassin de M il est grand. Donc il y en a une mais sauf que comme elle fait des gardes et ben... Il y a d'autres spécialités où ça existe dans cet hôpital, des praticiens, il y en a un, celui qui est pas bien quoi, qui pourrit l'ensemble des relations et du coup personne n'y envoie plus personne. Donc ça existe dans d'autres spécialités, le jour où on a retiré cette personne de ses gardes, à nouveau il y avait un certain relationnel qui s'établissait.

A : Et n'empêche qu'il y a quand même, par rapport à d'autres spécialités, en dehors du problème de communication et du problème personnel, y a quand même un problème de définition des rôles qui est quand même moins, moi je trouve moins palpable que dans d'autres domaines. On est quand même sur un truc un peu flou où on a du mal à se situer les uns par rapport aux autres et ça...

B : Moi le ressenti que j'ai en pédiatrie, moi j'ai plutôt des gens d'un certain niveau, je trouve pas que la pédiatrie soit compliquée, je trouve que c'est la même que la médecine adulte, à part le tout petit bébé, après c'est pas différent quand même, moi j'ai ce ressenti là. Donc c'est pour ça qu'il y a pas tellement besoin de pédiatres.

H : En tout cas pour le suivi c'est vrai, le suivi du développement psychomoteur, tout ça, le langage moi j'avoue j'ai des lacunes.

C : Oui, il y a des domaines pour lesquels on n'est pas assez sensibilisé je pense, on n'a pas forcément l'idée de regarder systématiquement certaines petites choses.

B : Mais c'est pas eux qui vont les prendre en charge.

H : Oui mais peut-être qu'ils le dépistent plus tôt ?

B : Mais est ce que ça sert à quelque chose ? J'en suis pas certain. Je veux dire les enfants, il faut aussi accepter qu'il y ait une latitude, ils ne marchent pas tous à quatorze mois pile, ils ne parlent pas tous à deux ans...

C : Non ce que je veux dire c'est que probablement dans ces problèmes là, pour lesquels il n'y a pas effectivement une date limite mais un intervalle on va dire, nous on va dire, parce qu'on a l'habitude de voir des enfants qui vont bien, notre tendance ça va être de rassurer les parents et de dire « y a pas de problème, on va attendre ». Et six mois plus tard, on a attendu, il ne s'est rien passé et l'enfant il a toujours le même problème. Le pédiatre il va peut-être tilter avant. Donc c'est là où je trouve qu'ils ont des compétences certaines. Mais en même temps, moi j'ai l'impression de progresser en ayant découvert que tel enfant finalement, il a effectivement un trouble du langage, que je l'ai envoyé à trois ans, il aurait dû être vu à deux ans. Est-ce qu'il a gagné un an d'orthophonie ou pas, j'en sais rien. Après le fait effectivement de donner des cours, des choses comme ça, fait que progressivement je pense m'être améliorée mais ça peut encore augmenter. Après il y a une autre chose, j'ai l'impression quand même que les pédiatres hospitaliers, alors on parle de M, ils envoient un peu des signaux contradictoires. Je m'explique : il me semble que nous on est en première ligne pour suivre les enfants qui vont bien, globalement c'est à peu près notre rôle, et puis comme tu dis, utiliser les pédiatres hospitaliers ou libéraux comme spécialistes d'organes, comme recours de seconde ligne. Moi c'est comme ça que je le vois. Sauf angoisse particulière des parents qui veulent absolument voir le spécialiste. Ca existe aussi chez l'adulte, ces gens qui dès qu'ils ont un peu d'arthrose veulent voir le rhumato, ça existe aussi. Par contre, je pensais que c'était un peu leur vision des choses. Il y a une consultation de suivi normal qui s'est ouverte à l'hôpital, en mi-temps, c'est une interne de médecine générale. Ca n'aide pas à déterminer le rôle de chacun.

A : Oui c'est ça, on persiste dans le flou.

C : Et le gros problème, c'est que bon elle commence, je la connais, c'est une ancienne interne de chez moi, elle est plus interne maintenant, elle est diplômée, elle est spécialiste de médecine générale, elle fait un mi-temps en PMI et un mi-temps dans cette consultation-là.

A : Donc on ne sait plus où on en est !

E : La PMI c'est pareil, ils sont pas très clairs non plus...

C : Disons que le premier enfant que je vois qui revient de cette consultation, une maman furax qui me dit « je comprends pas, j'avais bien demandé le pédiatre, je suis tombée sur cette dame-là, qui est très gentille au demeurant mais elle m'a expliquée qu'elle n'était pas pédiatre », alors je pense qu'elle l'a dit pour...

B : Elle a été trop honnête...

A : C'est la moindre des choses...

C : Oui elle n'aurait peut-être pas du le dire, j'en sais rien mais la maman était furax. Elle avait demandé le spécialiste, elle tombe sur un médecin généraliste, elle me dit clairement « je vois pas pourquoi je suis allé là-bas, je vous ai vous ».

A : Mais bien sûr. Mais, elle sert à quoi cette consultation ?

C : Je pense honnêtement qu'elle sert à décharger un petit peu les consultations des spécialistes. Pour les parents qui

veulent absolument une consultation hospitalière de pédiatrie, et pour lesquels justement les praticiens veulent garder des places pour les patients qui en ont besoin, donc ça part plutôt d'un bon sentiment. Sauf qu'à l'arrivée, envers le patient, ça risque de brouiller un peu le message.

D : Alors moi j'ai mieux, parce que sur l'hôpital de N, il y a un pédiatre qui vient une fois par semaine et en fait ça se passe à la maternité, le recrutement. Donc moi j'ai des patientes qui ont du affirmer trois ou quatre fois « non, je veux que mon enfant soit suivi par tel médecin », alors qu'on leur imposait quasiment la consultation de pédiatrie. Je ne suis pas sûre que ça vienne des pédiatres mais en tout cas, dès la maternité, il y avait un recrutement.

G : C'est biaisé, il faut rentabiliser le temps de travail des pédiatres.

D : Oui mais ils ne sont pas disponibles pour des choses... (*interrompu*)

A : Après j'ai appelé pour une maladie génétique d'Ehler Danlos pour un ado qui va vraiment mal, et on me dit « dans un mois et demi ». S'il n'y avait pas eu K. pour avoir une consultation dans un délai raisonnable, c'était pas possible. C'est quand même prioritaire par rapport à un nourrisson, qui veut être suivi en médecine générale et à qui on dit « non toi il faut que tu reviennes ici ».

H : Après, moi je vois que les fois où j'ai voulu une consultation assez rapide mais pas dans l'urgence, j'ai parlé directement au pédiatre, et là il arrive à te trouver un créneau. Mais il faut arriver à le joindre, tu passes trois appels quoi...

A : C'est ça. En fait c'est cette subtilité du rôle de chacun.

C : Est-ce que c'est pas pareil quand on appelle d'autres spécialistes ? Tu veux un rendez-vous rapide avec un cardio sans envoyer aux urgences... (*interrompu*)

A : Nous on les appelle et ...

D : On les a directement, sans attendre.

B : Moi c'est vraiment le service avec lequel je travaille le moins la pédiatrie.

A : C'est vraiment le pire je pense, nettement.

B : C'est le pire. Je pense que s'ils veulent casser ça, il faut qu'ils s'ouvrent, qu'ils aillent... Dans les réunions en interne, il n'y a jamais de pédiatre...

C : A T ? Ils ne sont pas invités. On les invite pas donc ils ne peuvent pas venir !

B : Par rapport à la PMI...

C : La PMI c'est différent, on a un relationnel plus cordial mais en même temps encore une fois c'est parce qu'on se connaît mieux je pense. Mais la PMI c'est pas moins confusio-gène que les pédiatres...

A : Oui, tout à fait.

E : Je suis entièrement d'accord avec toi. Tu vois pas les patients et après quand tu les vois ça fait six mois et...

Brouhaha

C : Il était où le bébé ?

B : Oui mais c'est moins gênant la PMI parce que tu les demandes pas en recours.

A : Oui, c'est pas pareil.

B : Je veux dire si t'as un problème, tu n'appelles pas la PMI.

A : Enfin si, si tu as une suspicion de maltraitance ou de mauvais traitement...

B : A oui, oui, les choses comme ça.

E : Non mais parfois on t'appelle mais tu dis « moi je l'ai pas vu ce gamin, c'est pas moi qui l'ai vu, c'est la PMI ».

H : Ceux qui sont suivis par la PMI...

E : A ben on les voit jamais.

G : Sauf quand ils sont malades.

C : Je pense que les parents pensent que ce sont des pédiatres...

A : Oui, ça c'est vrai.

C : Et quand ils découvrent que c'est des généralistes, ils se disent « oh ben mince ».

B : Moi ce que je me dis c'est qu'ils ont peut-être un peu plus de temps pour expliquer aux mères...

A : A oui, ce sont des consultations d'une demi-heure, trois quart d'heure. Ca c'est bien.

B : Voilà, ils ont le temps pour ça, que peut-être on a moins maintenant.

En pratique donc, quel intérêt on a à améliorer cette relation ?

B : Quel intérêt on a ? Ben l'intérêt c'est que quand on appelle, on ait quelqu'un à qui parler facilement pour nous aider.

A : Je pense qu'on a intérêt de s'améliorer parce que plus on a de rapport avec les spécialistes autour d'un cas, plus on devient bon. On a un intérêt qu'on a des enfants qui soient bien soignés au bon moment (*avec insistance*) et avec un traitement adéquat, c'est quand même le minimum qu'on peut demander en 2013 et franchement c'est pas toujours le cas. Et puis voilà, qualité de l'exercice qu'on peut avoir.

B : Et éviter d'envoyer sur Toulouse...

A : Eviter d'envoyer au CHU des enfants qui pourraient ne pas y aller.

B : Mais comme on n'a pas la notion des compétences qu'ils ont...

Donc si on parle concrètement, comment on améliore ça ?

D : Il faut éviter de travailler en parallèle et essayer de se croiser !

H : Se rencontrer.

B : A mon avis, s'ils veulent casser le truc, il faut qu'ils rencontrent les médecins généralistes. Pire encore, qu'ils les appellent quand l'enfant sort, qu'ils fassent une lettre, enfin des choses comme ça quoi...

G : Et qu'on tente de répartir un petit peu les rôles. Si eux sont surbookés, encombrés par des gamins qui ne nécessitent pas l'avis d'un spécialiste, qu'ils le laissent aux généralistes. Et qu'on puisse avoir effectivement accès à un spécialiste quand c'est nécessaire. C'est un problème de tri effectivement.

C : Ensuite il y a aussi autre chose quand même, il faut quand même en parler, c'est que certains spécialistes, que ce soit en pédiatrie ou dans d'autres spécialités d'organe à l'hôpital, ont des consultations privées. Pour lesquels, à partir d'un certain temps d'exercice, on les autorise à exercer en privé.

A : Et c'est le cas ?

C : Bien sûr. Peut-être pas tous les pédiatres, mais au moins la moitié, ont des consultations privées. Comme par hasard, les rendez-vous sont un petit plus rapides, simplement ils ne font pas de dépassement d'honoraires, je ne crois pas, mais c'est comme chez nous ou ailleurs, il faut qu'ils déboursent le prix de la consultation pour être remboursés derrière. Donc, sur cette partie-là de leur activité, honnêtement, je me mets à leur place, je vois pas très bien pourquoi ils iraient dire « retournez vers votre généraliste, il sait faire pareil que moi ». Cette partie-là effectivement, l'idéal ça serait qu'elle ne réponde qu'aux mamans un peu anxieuses qui réclament l'avis du spé pour suivre leur enfant, mais bon on sait tous en pratique qu'elle ne répond pas qu'à cette demande-là. Clairement, en pratique, il y a aussi un problème de rémunération. Je dis pas qu'ils sont mal payés à l'hôpital, je pense qu'ils sont très bien payés, mais voilà ça met, entre guillemets, du beurre dans les épinards. Je ne sais pas quelle est la part de privé vis-à-vis de leur taux de consultations publiques, ça m'intéresse pas, c'est pas mon problème, mais objectivement je me dis si ces consultations privées existent, et si même dans un CH général non CHU, on autorise et les praticiens demandent à faire du privé, c'est qu'il doit y avoir, ça doit ramener quelque chose quand même.

A : Oui, mais ça on ne pourra jamais le changer, c'est hors de portée pour nous.

C : Moi j'ai découvert les consultations privées d'hospitaliers en arrivant dans l'Aveyron, jamais j'ai vu ça. En CHU, t'es un professeur truc machin, tu fais une consultation privée, ça choque personne, c'est l'image de l'hôpital universitaire, etc. Et puis qu'il y ait des gens qui soient près à claquer 200 euros pour une consultation de une minute cinquante chez le dermato, ça m'est égal, c'est pas mon problème. Mais là c'est un CH général... J'ai un peu de mal à comprendre mais je veux dire je l'accepte, ça existe, je vais pas le renier.

A : Là nous on ne peut rien y faire.

C : Non on ne peut rien y faire, mais là on parle des relations, on parle de relationnel, moi je sais que ça existe, ça me dérange un petit peu. Ça pique un peu de temps en temps.

A : Oui oui tout à fait. Mais moi c'est pas quelque chose que j'avais en tête.

B : Et puis souvent c'est pas les meilleurs qui font du privé.

C : Par contre quand même, là il y a l'HAD qui s'est mise en place, qui commence, donc HAD gynéco-néonatal...

B : Ça c'est une ouverture.

C : J'ai a priori deux femmes enceintes et deux bébés qui sont retournés dans le cadre de cette HAD-là, moi à chaque fois, que ce soit le gynéco ou le pédiatre, ils m'ont téléphoné personnellement pour me dire « voilà, je fais rentrer à la maison, dans le cadre de l'HAD, tel patient, gnagnagna », ils me disent « est ce que tu peux aller le voir la semaine prochaine » ou parfois me disent « y a pas besoin d'aller le voir sauf si on t'appelle et s'il y a tel problème, tu fais ci, tu fais ça ». Donc il n'y a pas de protocole écrit mais par téléphone on m'a expliqué ce à quoi je devais m'attendre et on me dit « tu recevras de l'UDSMA le papier de l'HAD à signer etc »

D : Ça c'est possible parce que c'est protocolisé.

A : Justement c'est parce que c'est protocolisé.

B : C'est justement le début d'une ouverture.

Brouhaha

C : ... Parce que l'HAD ne fonctionne pas sans l'accord du médecin. Mais d'un autre côté, c'est un début quand même.

A : Ça c'est très bien. C'est pour ça que moi je crois vraiment qu'une des façons de travailler ensemble et de s'ouvrir les uns aux autres, c'est la protocolisation. Je suis désolée, je ne veux pas paraître psychorigide mais je pense que ça fait partie des choses qui vont faciliter les relations parce que si c'est selon l'avis de chacun, non, on n'aura jamais de choses... (*interrompu*)

C : Pour qu'il y ait un protocole applicable sur tout un hôpital, il faut que tout le monde dans l'hôpital, du moins en tout cas dans le service de pédiatrie, soit d'accord avec le protocole.

A : Ça c'est leur problème interne, s'ils ne peuvent pas se mettre d'accord entre eux, comment ils veulent que nous on s'y retrouve dans leur organisation ?

C : Ce problème de relationnel interne, il est prégnant, tu peux pas t'imaginer, il pourrait autant les relations en interne que les relations vers l'extérieur.

A : Mais on ne peut pas nous demander à nous d'améliorer la relation avec eux si en interne, ils ne sont pas capables de faire ce premier pas. Un des problèmes aussi c'est ça, c'est la variabilité de la réponse à laquelle

on s'expose quand on appelle le service, pour dire les choses clairement. C'est ça qui nous rebute. Il peut y avoir le meilleur et le pire.

C : Je pense que l'amélioration de la relation, elle n'est pas demandée... Enfin c'est pas à mon avis l'hôpital qui demande à améliorer les relations. C'est les libéraux qui demandent à améliorer les relations avec l'hôpital, je pense que c'est ça la différence. C'est que le jour où l'hôpital aura vraiment besoin de nous, ils viendront nous chercher, t'inquiètes pas.

A : Donc qu'est ce qu'on fait ?

C : Le fait que quand même un certain nombre de dysfonctionnements soit pointé du doigt et qu'à un moment donné ça leur arrive aux oreilles, c'est déjà pas mal !

A : Donc ça veut dire que quand il y a des dysfonctionnements, clairement il faut écrire ?

C : Oui.

D : Moi j'ai commencé à le faire.

B : Il faut avoir le courage.

C : Le courage, t'inquiètes pas les patients ils le font, il suffit de leur dire « écoutez je comprends que vous soyez pas contents », parce que c'est bien d'expliquer les choses, dans beaucoup de cas la colère des gens n'est pas forcément justifiée, c'est un problème de non connaissance du système. Mais, dans certains quand même, elle est franchement justifiée...

B : Oui mais moi j'ai du mal à dire « Madame Machin, elle est incompétente ».

C : Tu peux pas dire ça, c'est pas confraternel, mais tu peux dire « écoutez je comprends que vous soyez stressés, désarmés, tout ce que vous voulez. Je comprends que vous ne soyez pas satisfaits du service des urgences, de la pédiatrie, de tout ce que vous voulez. Ecoutez, il y a une commission exprès, chaque mois qui se réunit à l'hôpital, écrivez leur, vous écrivez au directeur, au service qualité, vous expliquez votre problème et puis on vous répondra, vous aurez probablement une entrevue, une médiation, une conciliation avec le médecin en question que vous citez et vous aurez peut-être des réponses à vos questions.»

A : C'est vrai c'est ce qu'on devrait faire. Nous on a eu le cas d'une petite fille, qui est décédée depuis, les parents ils sont tellement dans un truc affreux et dans une merde noire, que eux ils auraient pu faire peut-être quinze lettres et encore je suis gentille. Elle est sortie en hypertension intracrânienne, on lui a dit que c'était une gastro entérite. Elle était devant le cabinet, en train de convulser un lundi matin.

D : En fait le scanner n'avait pas été bien lu.

A : Enfin bref, mais elle par exemple, elle ne l'a pas fait je pense, elle était trop...

D : Je lui ai dit de le faire, je ne sais pas si elle l'a fait.

A : Quand c'est vraiment grave, les gens ne le font pas.

Bouhaha

C : Je pense qu'il y a des tas de choses qui s'éteignent toutes seules parce qu'elles n'ont pas lieu d'aller plus loin en fait.

A : Oui tout à fait.

C : Après, encore une fois, si on connaît comment fonctionne l'hôpital et les dysfonctionnements possibles, c'est pas qu'on pardonne beaucoup de choses, c'est qu'on explique des choses. Après je ne dis pas que c'est justifié ou pas justifié, mais ça explique un certain nombre de choses. Et même pour nous...

E : Maintenant, on prend un sujet aussi, la pédiatrie, les mamans avec les petits c'est quand même un peu particulier. C'est quand même autre chose malgré tout que des adultes...

C : Et elles sont plus anxieuses et plus stressées que probablement il y a une dizaine d'années, elles n'ont pas le même comportement et elles n'ont pas la même attente de soins et de prise en charge médicale.

E : Voilà voilà.

D : Moi je dirais ils parce qu'ils sont finalement deux, il y a le père.

C : Moui, peut-être. Enfin de plus en plus.

En pratique, concrètement et pour finir, comment on compte améliorer, sur des mots simples ?

C : D'abord on leur fait parvenir le résultat de la thèse, déjà.

Mais il y aura un focus avec eux.

A : Très bien !

E : C'est intéressant d'avoir leur point de vue aussi.

C : Les inviter plus souvent sur des sessions de FMC, pour les faire se connaître, parce que quand on voit un visage c'est plus facile. Est-ce qu'il faut éditer les protocoles et les diffuser, pour eux ça va poser des problèmes médico-légaux, parce qu'en l'absence de consensus national des sociétés savantes, diffuser un truc comme ça c'est pas facile. Donc à part le diffuser de manière progressive, via des FMC, via des formations...

D : Ils peuvent aussi nous dire quelles situations ils veulent voir.

A : Oui, c'est-à-dire qu'il y a des choses qui n'ont pas besoin de protocoles, mais les situations qui méritent un avis spécialisé. Cette histoire de développement psychomoteur, de trouble du langage, ils disent qu'on ne sait pas bien faire, je suis d'accord, mais alors pourquoi on ne fait pas un petit document « quand vous observez ça autour de deux ans, sans forcément dire ça va être très grave, mais là on voudrait bien voir les enfants, ou là c'est pas la peine ». Je ne sais pas, essayer de travailler ensemble sur des choses qui donnent des repères aux uns et aux autres. Concrètement comment on veut travailler

ensemble, sur quelles bases, à partir de quoi ? C'est ça qu'on définit pas bien en fait.

C : Parce qu'à la base, si ce problème là tu l'as déposé, c'est que tu es compétent. Mais si tu ne l'as pas déposé, tu ne sais pas forcément que tu n'es pas compétent. C'est ça le problème, c'est que nous sur certains plans il faut qu'on se forme davantage. Et je pense que eux aussi ils sont un peu à cheval parce qu'ils ne savent pas jusqu'à quel point ils peuvent nous laisser la main et dans quels domaines.

A : Donc on peut travailler sur ces choses communes.

Brouhaha

E : Une ou deux fois par an une journée pédiatrique, ils nous proposent des cas, et que de la pédiatrie.

A : A visée départementale.

D : C'est une bonne idée ça.

C : Ça passe forcément par la formation.

A : C'est sûr !

C : Ça passe peut-être aussi par une communication variée, type bulletin ou via d'autres supports. En sachant que l'hôpital par exemple répugne à envoyer aux médecins généralistes ou autres le petit papier comme quoi tel spécialiste vient d'arriver à l'hôpital. Tu as reçu toi des mots disant que P3 est arrivée à l'hôpital ?

A : Pourquoi ils ne le font pas ?

C : Parce que l'hôpital considère... Ca c'est le côté fonctionnaire sans doute...

A : Les autres le font, pour être au carrefour de trois départements, les autres le font très bien !

Brouhaha

C : T'as pas forcément une manière, je ne dis pas qu'elle est bonne ou pas bonne, le président de CME, celui là, celui d'avant... Il y a une communication ville-hôpital entre l'ordre et l'hôpital de Rodez, je ne cite que celui là. Ça fait cinquante fois que c'est demandé et en dehors de la commission c'est demandé en sous-marin, c'est toujours pas appliqué.

A : Quelle est la raison ?

C : Ça dépend du directeur administratif qui est au dessus et qui gère la comm et que le directeur administratif, il change de temps en temps mais que globalement c'est pas leur priorité. C'est des administratifs, ils ne comprennent pas l'intérêt de ça je pense. Ensuite probablement ça doit avoir un certain coût, d'envoyer une lettre à tous les médecins chaque fois qu'un nouveau médecin arrive.

D : C'est un hôpital qui fonctionne en sous régime par rapport à ce qu'il pourrait être parce qu'il y a un défaut d'information majeur.

C : Mais certainement...

A : Y a le mail, c'est quand même pas cher le mail !

C : Mais est ce que tu as une banque de données qui regroupe tous les mails ?

A : Non mais ça c'est faisable je pense...

C : Quand l'hôpital s'est ouvert, le nouveau, ils ont demandé aux médecins de laisser leur mail, ils en ont dix...

B : Il y a des médecins qui les ouvrent jamais aussi.

A : S'ils demandent à chaque président de FMC de regrouper les mails des personnes adhérentes, je pense que c'est... (*interrompu*)

C : Non parce qu'en tant que président d'une association, tu ne transmets pas les coordonnées de tes adhérents comme ça...

A : Avec leur accord, bien sûr !

C : Moi, y a des tas de confrères qui refusent qu'on communique leur mail, d'ailleurs qui ne donnent pas leur mail à l'association parce que quand on fait un mailing open à tout le monde, ils voient qu'ils peuvent récupérer l'adresse des copains donc eux ils ne donnent pas...

A : Mais ceux là très bien, mais je ne pense pas qu'ils soient majoritaires quand même !

B : Y en a qui les lisent pas !

A : Oui mais il y a des gens qui ne lisent pas les courriers non plus, bon après...

C : Non mais je pense que c'est une conjonction de plusieurs choses. C'est vrai que dire que tel médecin s'est installé dans l'enceinte de l'hôpital, du moins les PH, il devrait y avoir une information envers les libéraux, toutes spécialités confondues. Mais ça, on y travaille.

G : Quand un chirurgien vient dans un hôpital, il se présente quand même.

A : Oui, chez nous ils le font.

Brouhaha

C : ... il est arrivé il y a deux ans, il ne s'est pas présenté de suite parce qu'il était contractuel, maintenant qu'il est passé PH titulaire, il fait le tour un petit peu, il participe à des soirées labo, des trucs comme ça pour essayer de se faire connaître. Le seul souvenir que j'ai c'est le neuro qui avait envoyé un mot aux médecins pour inviter à une soirée labo et dire qu'à cette occasion là il présenterait le nouveau PH du service etc. C'est le seul, et c'était pas avec le tampon de l'hôpital, c'est le labo qui avait envoyé le truc.

A : Après ils font comme ils veulent mais...

D : Après par rapport aux pédiatres, il faut aussi savoir ce qu'ils attendent de nous. Parce ce que s'ils n'attendent rien de nous, la situation n'avancera jamais.

A : C'est ça, exactement. Est-ce que le désir est réciproque d'améliorer les choses ?

Avec le nouveau chef de service, il a l'air d'y avoir des ouvertures.

C : Avec la moitié de son équipe c'est pas forcément simple.

H : Et puis bon il n'y a pas que M, il y a P aussi...

E : Il y a qui à P ?

H : Ben je ne sais pas ! (*rires*)

A : Autant tout à l'heure, on disait que les pédiatres sont meilleurs pour dépister les trucs et tout, alors moi aucun problème. Par contre, un pédiatre formé dans les pays de l'est, je suis désolée, il n'est pas mieux formé que moi pour dépister les troubles du langage. A un moment donné, que nous réserve l'avenir, comment ça va se passer ? Là, on parle de situations actuelles, je ne suis pas sûre que dans cinq ou dix ans on se pose ce genre de question. Et on aura intérêt à être fort en pédiatrie de toute façon.

C : Après, vis-à-vis des pédiatres libéraux, à M il n'y en a plus qu'un, ce pédiatre là on a un peu de relationnel à travers les FMC parce qu'on se croise à ce moment là, mais sinon après en pratique, parfois je vois son écriture sur le carnet de santé et parfois il voit la mienne, et ça se limite à ça. Mais c'est vrai que, du coup comme c'est un libéral, je ne fais pas appel à lui en tant que second avis.

A : Ah oui ? A moi si ! Moi, avec ceux de L, je fais régulièrement appel en tant que second avis et je suis ravie. Vraiment c'est super bien.

C : Moi j'ai pas cette habitude là mais...

E : Moi je n'y pense même pas tu vois.

C : Et l'autre pédiatre libéral, qui a maintenant pris sa retraite, c'est pas compliqué il ne faisait pas les vaccins, donc pourquoi lui envoyer les enfants ? Tu rattrapais plutôt les calendriers donc c'était difficile de ... Donc encore une fois je crois que c'est un problème de connaissance des compétences de l'autre. Clairement, je ne lui envoyais personne. Et un autre praticien de l'hôpital, je ne lui envoi personne.

A : Et oui, sauf que dans le cadre de l'urgence, c'est là que tu es gêné.

C : Dans le cadre de l'urgence je fais autrement, c'est-à-dire que parfois il m'arrive, de temps en temps, d'appeler l'urgentiste, et pas le pédiatre de garde.

B : C'est vrai que quand même parfois, ils peuvent être traités par les urgentistes.

C : Enfin ça dépend ce que c'est. Si c'est une gastro déshydratée, il n'a pas besoin de passer par le pédiatre, pour le coup c'est protocolisé au sein des urgences, moi j'ai encore ma règle pour les perf, c'est facile. N'importe quel bouquin te l'indique. Donc ça, il passe par les urgences, y a pas de problème.

G : Comment tu sais qui est le pédiatre de garde ce jour là ?

C : Je demande à l'infirmière.

Rires

A : Tu peux le demander au standard.

Brouhaha

E : Ils ne veulent pas toujours te donner qui est de garde...

C : Moi je me présente comme médecin, je dis « voilà, j'ai un problème, je suis avec un enfant qui ne va pas très bien, pardon de poser la question mais qui est le pédiatre de garde ? », on me dit qui est le pédiatre de garde, « je vais appeler directement sur sa ligne pour le contacter », et quand on me dit c'est untel, je dis « est ce que je peux avoir le senior des urgences s'il vous plaît ? ».

E : On fait un peu tous pareil.

A : Oui oui, on a développé des stratégies !

C : C'est un espèce de truc contraphobique, enfin je ne sais pas comment on peut appeler ça, en pratique je me dépatouille comme ça. C'est un circuit détourné.

A : Donc il y a plusieurs problèmes en fait, il y a le problème du suivi et du rôle de chacun, le problème de la gestion de l'urgence et le problème de l'avis spécialisé non urgent mais emmerdant. Il y a ces trois lieux d'interface et dans les trois lieux, on n'est pas au clair.

D : Pour en revenir aux pédiatres libéraux avec qui on travaille, elles décrochent leur téléphone pour nous dire « oui j'ai vu ton patient », c'est très cordial et elles nous tiennent au courant.

C : Oui mais par exemple moi j'ai envoyé aux urgences pédiatriques, en ayant eu le pédiatre d'astreinte, j'ai reçu un mail dix minutes après qu'il ait été vu. Donc j'envoie le gamin à deux heures de l'après midi, à trois heures j'ai un mail, « je l'ai vu, il a ça, j'ai fait ça ». Alors, est ce que c'est parce que je le connais ? Je ne sais pas.

E : Y en a un nouveau qui est arrivé là. Alors lui je l'ai eu au téléphone pour une petite, donc elle est partie aux urgences, il m'a dit « oui je passerai la voir », il est même pas descendu et la gamine est rentrée à deux heures du matin, et elle a été mal tout le week end, le médecin de garde l'a revue dans le week end. Alors t'as un peu les boules quand même.

A : T'as souvent les boules. Si tu regardes le nombre de fois dans l'année où t'as eu les boules concernant la pédiatrie, c'est relativement fréquent !

Rires

B : Et vous à L, vous leur envoyez quel genre de pathologies ?

A : Alors voilà une petite de deux ans qui vomit depuis quinze jours mais que je n'ai jamais vue vomir, moi je la trouve pas comme d'habitude mais je ne sais pas trop, je voulais avoir un autre œil pour voir si elle la trouvait bizarre, elle m'a dit « oui je la trouve bizarre », et donc là on a décidé de l'envoyer à O pour un scanner, c'était un médulloblastome de la fosse postérieure. L'autre fois j'ai

envoyé une espèce d'éruption urticarienne dans un climat viral mal identifié, elle a guidé pour les sérologies etc. Une fois j'ai envoyé un petit pour lequel je me posais la question d'un autisme, bon elle travaille au CAMPS aussi du U. Voilà des choses comme ça où tu n'es pas très à l'aise, où tu hésites.

C : Par exemple, tu parlais du CAMPS, quand nous on a un sentiment de problème relationnel ou comportemental ou psychomoteur, qu'est ce qui fait que toi généraliste tu vas dire aux parents « prenez rendez-vous au CAMPS, d'ailleurs je vais leur faxer un truc », et qu'est ce qui dit que tu vas d'abord envoyer l'enfant en consultation de pédiatrie ?

A : Parce que le CAMPS j'ai jamais de consultation dans des délais normaux alors que quand j'appelle et que je dis « elle a été vue par un pédiatre qui travaille aussi au CAMPS du U et vraiment elle me dit qu'il y a un problème », c'est déjà un poil mieux, parce que sinon on te dit dans six mois alors toi on te dit de dépister tôt mais quand tu appelles les gens qui sont censés faire le diagnostic, t'en as pour six mois !

C : Et en même temps, tu faxes quelque chose ?

A : On m'a jamais demandé de faxer, pour l'instant.

E : Non, moi aussi j'appelle au CAMPS et on le prend. C'est pareil moi j'ai de bonnes relations avec P3... (*interrompu*)

C : A M, ou j'appelle et j'ai directement le médecin, ou je faxe la teneur de la consultation et donc en gros ils ont les signes d'appel dessus. Et donc on a un rendez vous en quinze jours, trois semaines.

A : Et donc après j'ai fait comme ça, il y avait effectivement des signes et comme il était de l'Aveyron et pas du U, j'ai rappelé le CAMPS en disant Me Machin l'a vu...

C : Alors pour essayer d'améliorer les choses, s'il y a un truc à protocoliser c'est peut-être le circuit, le traitement de l'information. Ce que je vois c'est qu'aux urgences adultes, ils ont mis en place une espèce de cahier pour prendre des notes, pour dire tel médecin a appelé pour envoyer tel patient, et eux ont des questionnements particuliers comme « on veut savoir s'il peut retourner à la maison, quelles sont les aides etc », parce que eux ça leur permet de chercher d'emblée un lit d'aval, alors qu'en pédiatrie on ne sait pas trop. Peut-être les informer d'un truc plus systématique, de dire « voilà comment ça marche à l'hôpital en pédiatrie, et voilà comment si vous avez un doute vous pouvez nous joindre plus facilement ».

A : Oui c'est ça, c'est qui joindre, quand, comment et à quel moment ? C'est ça les questions qu'on se pose en fait.

C : Mais je pense que c'est tellement dépendant des personnes que eux ils ont au téléphone, et que nous on a au téléphone. Parce qu'il faut voir aussi qu'on est des centaines de généralistes et on se concentre sur une poignée de pédiatres. Donc nous on les connaît, on a tous des histoires de chasse avec eux mais si on se met à leur place, si ça se trouve ils ont des tas d'histoires de chasse avec des généralistes qui ont envoyé trop tard, mal orienté, mal traité, fait n'importe quoi.

A : C'est certain. Le problème c'est que quand tu reproches aux gens d'envoyer trop tard, tu ne peux pas dire quand on t'envoie des gens « on ne veut pas les voir ». C'est certain qu'ils voient des enfants trop tard mais le problème c'est que quand on envoie assez tôt...

Et puis surtout moi ce qui me gêne, mais c'est pas qu'avec les pédiatres, c'est global, c'est la valeur de notre parole. Qui est souvent, quand même, méprisée. Moi ça me gonfle, quand on dit « ce gamin a avalé un Légo », on te dit « non, c'est pas vrai », mais mais comment, « tu y étais toi ? », enfin voilà le gamin il est parti à Toulouse 48 heures après dans un état fébrile dramatique. Parce que tu es généraliste, tu as cru la maman, tu es con. Mais les bras t'en tombent ! Je veux dire, on est formé, alors on n'est pas spécialiste de pédiatrie, mais enfin notre parole de médecin, si elle est pas prise en compte, on ne pourra jamais avancer. C'est pas qu'avec les pédiatres mais je trouve ça gênant.

C : Est-ce que c'est différent aux urgences adultes ? Je ne suis pas sûre. Je pense que c'est pareil.

A : Oui mais ça fait partie des problèmes. D'être crus.

D : Après on n'a pas de problème avec l'hôpital de N parce qu'on se connaît effectivement, on se croise sur les gardes et on est crus !

En pratique on a dépassé l'heure. Je ne sais pas si vous voyez d'autres choses à raconter.

D : On voit quand même un mieux depuis un an et demi.

C : Moi j'ai envie d'y croire.

H : Et éventuellement la journée de pédiatrie, ça peut être une très bonne idée.

A : Ça serait chouette ça, comme on fait une journée de médecine générale, une journée de pédiatrie départementale.

E : Mais faite par des pédiatres.

C : Pas que des pédiatres je dirais, faite par les généralistes avec les pédiatres.

B : Ça va être facile une fois mais le répéter tous les ans...

C : Peut-être qu'en tout cas la journée de pédiatrie peut leur permettre à eux d'avoir, je prends des pincettes, un pool de médecins généralistes dits compétents en pédiatrie et d'avoir un carnet d'adresse un petit peu dans tous les bassins de santé qui sont autour d'eux, d'avoir des correspondants, comme le SAMU a des correspondants AMU etc. Peut-être que ça leur permettra à eux d'identifier quels généralistes sont intéressés par la pédiatrie et en pratiquent régulièrement et nous du coup on assistera à ces trucs là, d'y aller, de comprendre pourquoi telle infection urinaire est rentrée, pourquoi telle autre ils ont râlé parce qu'on n'a pas fait l'ECBU...

E : Tu peux le faire sous forme d'atelier pratique !

B : Il devait exister un truc comme ça dans le suivi des femmes enceintes, ça a jamais abouti je crois.

C : C'est ça le problème aussi, de volonté...

H : Il faut que l'état d'esprit soit le même.

C : Il y en a d'autres qui essaient de relancer la chose mais quand t'es un à relancer les choses, t'en as deux autres qui sont contre, tu peux pas.

On peut conclure je crois.

B : Tu arriveras à en tirer quelque chose ?

Je pense, j'espère.

B : Tu vas taper tout ce qu'on a dit ?

A : Oui, c'est ça un focus group !

Et après analyser, synthétiser.

E : C'est clair que les trois mots, on a un peu débordé !

G : C'est vrai que parfois il y a des généralistes qui ne voient pas les enfants. J'ai une patiente qui m'avait demandé « docteur est ce que vous faites les enfants ? », je lui ai dit « ça dépend avec qui ! »

Rires

A : Parce qu'elle s'était faite envoyer bouler par un collègue !

B : Non mais moi ils me le demandent, « est ce que vous suivez les enfants ? », très régulièrement.

C : Dans leur tête c'est pareil que « est ce que vous faites de la gynéco ? »

A : Ou « est ce que vous prescrivez la pilule », oula attention, prescription spécifique ! Du coup ensuite ils reviennent. Et cette idée elle est venue de vous ou des pédiatres ?

Non de nous, et ensuite c'est Monsieur Semet qui était partant.

B : Et après vous allez faire avec les pédiatres ?

Oui.

Brouahaha

C : Je pense que nous généralistes, on a l'habitude de voir la totalité de la famille et les gens dans leur cadre de vie. Et les spécialistes, que ce soit les cardio, les pneumo, et y compris les pédiatres, même s'ils sont forcément par leur métier attentifs à la relation aux parents, je pense que parfois ils ont une vision, pas étriquée mais peut-être un petit plus ciblée, c'est leur boulot d'ailleurs, que la nôtre. Et parfois ils ont du mal à accepter qu'on puisse avoir un avis différent ou quoi. Tu parlais du respect de notre rôle et de notre position, c'est vrai que parfois c'est un petit peu frustrant. Après, on fonctionne tous avec des histoires de chasse, j'essaie de ne pas généraliser quand même mais parfois c'est un peu rageant.

A : La non prise en compte de la valeur de ta parole, c'est quand même relativement fréquent.

C : C'est en toute chose, et pas plus en pédiatrie je pense, honnêtement.

Remerciements, fin de l'entretien.

ANNEXE 5 – FOCUS GROUPE 3

Comme ça remue un petit peu au niveau de Rodez, on le sent, on avait envie de potentialiser et donc on fait une thèse sur la relation généraliste-pédiatre en Aveyron, mais c'est surtout sur les secteurs de Villefranche, Rodez et Decazeville. Pour cela, on fait des focus groups, vous devez savoir ce que c'est, moi j'ai découvert un petit peu ça...

A : J'ose le dire, même enregistré, que je ne connais pas !

Alors on peut parler, c'est enregistré mais pas nominatif.

B : C'est quoi alors un focus group ?

Au lieu d'aller voir chaque généraliste ou d'envoyer un questionnaire, on fait des réunions de groupe. On a fait déjà deux réunions avec les généralistes, qui ont regroupé huit à dix médecins. Et maintenant on fait une réunion de pédiatres pour avoir un peu le côté inverse. Dans ce système là, on a fait un guide pour essayer de canaliser mais plus il y aura de choses de dites mieux ce sera. Pour commencer, en un à trois mots, comment vous pouvez décrire votre relation avec les généralistes actuellement ?

B : Moi je suis ici depuis six ans, jusqu'à maintenant je n'ai eu aucune réunion avec tous les généralistes regroupés où je puisse les voir. Je ne connais personne personnellement sauf Monsieur X que j'ai croisé au Conseil de l'Ordre sinon je ne connais personne. Alors ça me manque parce que si au téléphone on me demande des conseils, je ne sais pas avec qui je parle, si on m'envoie un enfant je ne sais pas si je peux avoir confiance en ce médecin ou non, est ce que j'accepte tout de suite ou est ce que je peux attendre deux-trois jours ?

Vous en avez vu quelques uns l'autre jour au réseau REPOP.

B : Oui. Mais je n'ai pas de relations pour l'instant. Manque de relations.

A : Oui en fait j'allais dire la même chose sauf que moi je suis là depuis moins longtemps puisque je ne suis arrivée qu'en août dernier. C'est vrai que c'est des noms, voire des voix, quelques courriers mais c'est vrai que j'arrive pas à savoir vraiment qui fait quoi. On a plus de retour en fait par les internes qui sont passés dans les services, et du coup quand ils sont en stage chez des médecins généralistes, on a des retours et on arrive mieux à cerner. Sinon c'est le flou effectivement. J'arrive à en voir quelques uns, enfin à voir que quelques uns ont l'habitude de suivre des enfants. Mais c'est vrai que pour le suivi standard d'enfants, quand on demande aux parents quel médecin va les suivre, je ne sais jamais s'ils ont l'habitude de voir des enfants, parce qu'il y en a qui aiment bien, il y en a qui ne sont pas à l'aise et qui le disent et qui préfèrent ne pas en voir. Que ce soit les grands, ou les petits, les nourrissons ou les nouveaux nés qui sortent de la maternité. Donc c'est très anonyme finalement.

C : Alors moi j'ai eu la chance de faire 5 EPU en un an donc ça permet de rencontrer des gens. Après je crois que le relationnel est en train de se mettre en place avec

l'histoire du téléphone d'urgence, avec des choses comme ça. Il est en train de se mettre en place des relations qui sont des relations normales, avec notre situation de recours en tant que... On va dire spécialiste du développement. Le côté anonyme, oui, mais après moi j'ai pas un ressenti négatif, bien au contraire, j'ai l'impression que c'est relativement simple comme relations. Pour avoir vécu ailleurs où ce n'était pas obligatoirement ça. Il y a d'autres régions ou d'autres départements où ce n'est pas si simple. Ici c'est relativement simple, c'est-à-dire que c'est convivial et c'est rapidement dans une relation horizontale, équilibrée, normale. Je pense qu'après c'est à nous aussi d'ouvrir l'hôpital pour en faire en sorte que progressivement...

A : Toi tu le ressens horizontal, eux peut-être qu'ils ne le ressentent pas horizontal ! (*rires*) Je sais pas...

C : Peut-être.

A : On veut être disponible, après c'est pas toujours... On n'y arrive pas toujours donc j'imagine que quand on est en demande de l'autre côté, ça peut être ressenti comme insuffisant notre disponibilité.

D : Alors moi, j'ai... Je connais quelques médecins généralistes par le biais des formations. Mais peut-être par les labos, parce qu'il y a des labos qui invitaient pas mal pour des présentations, ça nous permettait de... Mais c'est vrai que je ne les connais pas tous, mais quelques uns quand même. Et ça se passe bien, ils sont très, enfin en général, il y a une... Comment on appelle ça ? Une bonne confraternité.

B : Je pense que c'est P1 qui va nous en raconter le plus, car c'est lui qui est là depuis le plus longtemps.

Ceux qui ont eu ce type de relations, qu'est ce que c'est que vous appréciez le plus ? C'est ce côté facilité que vous avez ressenti ?

C : Moi je le ressens comme ça.

Ca manque mais quand ça y est ça passe bien c'est ça ?

A : Ils ne se vexent pas si on renvoie quelqu'un qu'ils envoyaient en hospit ? Après c'est vrai que c'est toujours délicat. Là je prends ça comme exemple parce qu'il y a eu un gamin justement qui a été adressé... Les enfants peuvent être adressés pour des choses particulières et c'est vrai que nous on est toujours un peu embêtés quand ils sont adressés pour un avis pédiatrique ou chirurgical, pour un diagnostic spécifique et que nous on ne va pas dans le même sens ou qu'on pense effectivement que ça pourrait être géré par l'interne. Mais ce qu'on respecte, ce qu'on avait mis en place d'emblée c'est que s'ils sont adressés pour un avis pédiatrique, il faut que le pédiatre soit mis au courant parce que c'est quand même un médecin senior qui l'a vu, voilà. Après, effectivement, l'appréciation c'est pareil à tous les niveaux. D'où l'intérêt de savoir si les gens ont une affinité particulière pour la pédiatrie ou pas. Parce que quand ils ont une expérience qui est importante en pédiatrie, on va être d'autant plus à l'affût si eux ils sont inquiétés par la situation de l'enfant. Si quelqu'un a moins l'habitude bon

ben... On pourra faire prévaloir notre jugement plus facilement.

B : Après il y a le problème des médecins qui ne téléphonent pas, ils envoient l'enfant aux urgences. Par exemple après trois semaines de fièvre, ils disent « allez aux urgences tout de suite », sans mot. Mais ce serait beaucoup mieux qu'il vienne en consultation un enfant comme ça, qu'il n'aille pas aux urgences. Il suffit de téléphoner, de dire « j'ai besoin que vous voyez quelqu'un rapidement » et on le voit.

A : Oui il a raison.

B : Mais s'il l'envoie tout de suite aux urgences...

C : On n'est pas obligatoirement prévenu dans ces cas là.

A : Puis le truc typique, c'est le soir, on n'aura pas d'avis, on n'aura pas d'examen complémentaire et on va se retrouver avec un gamin pour lequel le médecin est inquiet et qui a dit « faut l'emmener tout de suite » et puis il n'y a pas forcément lieu de le garder. C'est arrivé plusieurs fois, et ça c'est bien par contre, que les médecins appellent et disent « j'ai un gamin qui a ça, ça, ça, faudrait le voir, qu'est ce qui est le plus simple, est ce que je vous l'envoie maintenant, est ce que je l'envoie aux urgences, est ce que vous pouvez lui donner une consultation dans un délai relativement proche ? » et comme ça on s'organise et ça je trouve que c'est impeccable. Du coup on peut avoir une réponse adaptée à la demande du médecin et pas le laisser en galère avec le gamin ni qu'il vienne emboliser les urgences ou qu'il squatte en pédiatrie et qu'on puisse pas le prendre en charge tout de suite alors que ça pourrait attendre un délai de quarante huit heures par exemple.

B : Tout le monde a un petit créneau dans lequel on peut ajouter un enfant. Moi je ne me souviens pas d'avoir refusé un enfant, si quelqu'un me téléphone, je n'ai jamais refusé.

Dans les deux focus groupes qu'on a fait, on a parlé du numéro de téléphone, que beaucoup encore n'avait pas, et c'est vrai que ça, ça facilite beaucoup, ça va plus vite, c'est plus simple.

C : Il y en a un d'entre nous qui est, on va dire, déchargé mais ça devient de plus en plus chargé, et qui est chaque jour au bout du téléphone et qui normalement a du temps pour répondre immédiatement à la demande. Mais plus ça va, plus on en rajoute y compris ce jour là donc ça commence à devenir difficile.

Surtout si nous insiste pour le diffuser...

C : Voilà, c'est ça.

Mais bon, c'est ce qu'il faut.

C : Bien sûr.

B : Après je pense qu'il faudrait organiser une petite réunion entre généralistes et pédiatres.

A : C'est vrai toi tu les as déjà rencontré et c'est vrai que moi je ne sais pas à quoi ils ressemblent ! Non mais j'ai pas besoin d'un trombinoscope... (*interrompu*)

C : C'est peut-être à nous de faire la démarche !

A : Ah non mais je ne dis pas le contraire, je ne dis pas que c'est à eux de venir se présenter. Je suis arrivée récemment, ça doit être à moi d'aller dire bonjour à tout le monde mais bon c'est vrai qu'après t'es pris dans un truc mais... C'est pour ça que ça pourrait être intéressant de discuter les uns avec les autres, de savoir qui fait quoi, de savoir un peu les petites spécialités ou spécificités, ou affinités des uns et des autres. On a qu'à faire une fiesta, avec des petites étiquettes « ah c'est vous docteur Machin ! ». Après effectivement, avec le mécanisme du téléphone et tout ça, je trouve que ça fonctionne relativement bien. Alors je ne sais pas si eux ça leur suffit, parce que même si on a presque doublé, on n'est pas très nombreux. Et ça crée de la demande, c'est terrible aussi.

Globalement, les retours que j'en ai, pour ceux qui le connaissent, ça marche bien, pas tout le temps parce que parfois ils n'arrivent pas à vous contacter...

A : Oui parfois ça capte pas. Ou parfois on nous dit « le médecin a essayé de vous joindre, il n' pas réussi, ils l'a envoyé ».

Ceux qui ont testé sont contents.

B : Ils peuvent aussi téléphoner au secrétariat s'ils n'arrivent pas à nous joindre et elles font passer le message.

Arrivée d'un retardataire.

(...) De un à trois mots, comment vous définiriez vos relations avec les généralistes ?

E : Bien.

A : C'était un mot ! (*rires*)

E : Bonnes, confraternelles. Non, je n'ai jamais eu de souci avec les généralistes.

Après justement dans ce type de relations, qu'est ce que vous appréciez le plus, qu'est ce qui les facilite ?

E : Le mieux, c'est le dialogue. Communiquer avec les généralistes. Moi j'aime beaucoup communiquer verbalement. Electroniquement, je trouve ça tellement impersonnel. Parce que, quand on communique par téléphone, au départ on part sur un point et puis de là on peut très bien élargir parce que la médecine, je suis désolé, c'est pas quelque chose de bien cadré, chaque enfant et chaque cas est différent et donc on peut à ce moment-là discuter de façon plus précise. Par mail, le médecin va envoyer un truc, on va répondre mais le spécialiste risque de reposer une question donc ça va obliger... Je trouve que c'est quelque chose qui est très lourd alors que le téléphone est quelque chose de très facile. Le seul souci, enfin souci non, je pense qu'on peut toujours prendre le temps de répondre à un confrère.

Oui, c'était pour voir un petit peu les grosses difficultés que vous avez pour établir ces relations, mais chacun fait des efforts.

C : On a dit comme toi !

A : De discuter des cas plutôt que d'envoyer puis après dire « c'est dommage, on aurait mieux fait de le voir en consultation plus tard, c'est ce qui était le plus efficace ».

Comme on sent qu'il y a un défaut de communication, comment on peut essayer d'améliorer, comment vous ressentez ce défaut de communication ?

E : Je pense que c'est souvent dû au manque de temps. Le temps, je pense qu'on peut toujours le prendre. Mais c'est sûr quand on est pris par tout un tas d'activités ou par la surcharge de travail, quelquefois on aura des... Bon, même si on a la volonté de le faire, après on est pris par autre chose et puis soit on l'oublie soit ça retarde un peu. Je vois l'exemple tout à l'heure, il y a un médecin qui m'a appelé de F pour un gamin, j'étais pris par autre chose, je n'ai pas pu laisser tomber ce que je faisais, j'ai demandé qu'on prenne le numéro de téléphone pour rappeler. Quand j'ai voulu rappeler, et ben, j'ai pas réussi à avoir dans un premier temps le médecin, il a fallu que je rappelle une deuxième fois pour arriver à le joindre donc après c'est les difficultés de ce mode de communication.

A : Et les courriers, il s'en plaignent pas ? Ca détonne un petit peu ! J'en ai un qui traîne par exemple depuis un moment dans mon bureau !

C : On fait ce qu'on peut après !

A : Oui oui, mais voilà je pensais à ça. Parce que nous on est dans la même situation vis-à-vis des sur-spécialités à Toulouse, Montpellier et France et Navarre. C'est que des fois on a le gamin en face de nous et puis on n'a pas eu de compte rendu de la dernière hospit, du dernier bilan etc. Il faut aller à la pêche quoi ! Le généraliste doit être un petit peu en bout de chaîne. C'est pas toujours vrai parce qu'il y en a qui ont les trucs de Toulouse alors que nous on ne les a pas. Finalement y a...

E : C'est rare mais ça arrive.

Alors c'est un petit peu le but de cette thèse, quel est l'intérêt à améliorer cette relation ? Et est ce que vous en sentez un intérêt ? Nous on sent que oui.

B : C'est important, c'est important. C'est vrai que moi je pense, personnellement, qu'il faut que je téléphone plus aux généralistes. Parce qu'avant je ne téléphonais jamais. Quand j'ai un enfant qui sort du service, que j'ai trouvé difficile ou qui a un problème plus grave qu'une gastro simple ou un problème social que je ne sens pas, je n'étais pas jusqu'à maintenant habitué à prendre l'initiative de téléphoner. Je n'ai jamais fait ça, mais avec P2 j'ai l'impression que... Ca m'a fait réfléchir. En République Tchèque je faisais ça automatiquement mais quand je suis arrivé ici, j'ai arrêté de le faire. Et maintenant je pense que je vais recommencer.

Oui c'est quelque chose qui est apprécié.

A : Après il y a un petit truc aussi qui fait la différence, c'est d'avoir les internes. (*approbation des autres*) Ca permet aussi de pouvoir faire des choses...

E : Ca permet de déléguer.

A : A moi j'ai délégué ce matin ! (*rires*)

C : Moi j'ai délégué toute la journée !

E : Mais ça fait partie, je pense, de leur formation.

A : En plus, voilà, c'est pas... C'est bien pour eux mais ça nous permet aussi, je pense, de répondre à certaines attentes auxquelles on ne peut pas répondre quand on est tout seul. Il y a un moment où c'est plus possible. Et après il y a l'histoire des créneaux, les créneaux horaires téléphone. Des fois on dit « bon on va prévenir », et l'horaire où on veut appeler, évidemment c'est toujours entre midi et deux que j'ai un peu plus de temps mais il y a plus personne de joignable et c'est pour ça que c'est parfois un peu compliqué.

C : C'est en ça que le mail parfois peut aider.

A : Oui c'est complémentaire.

C : Après si on veut se repositionner comme des spécialistes, si on parle de gradation niveau I, niveau II, niveau III, si on veut reprendre notre place de niveau II on ne peut le faire qu'en ayant une relation directe avec le niveau I et en même temps avec le niveau III. On est intermédiaires nous. Et donc pour moi c'est important, moi j'arrive pas à travailler tout seul.

B : C'est vrai que ça nous éduque aussi. Parce que si on a un enfant pour lequel on n'a pas de diagnostic et que c'est le médecin généraliste qui l'a envoyé, derrière c'est intéressant de savoir ce qu'il devient, d'avoir une information.

C : Puis le médecin il a aussi tout ce qu'on n'a pas nous. C'est-à-dire la connaissance du domicile, la connaissance de la famille, la connaissance des grands parents, il a toute l'anamnèse.

Qu'est ce qu'on doit améliorer et comment ? Autant vous que nous.

C : Nous ça va ! (*rires*)

Vous qui avez des années d'expérience, qu'est ce que vous aimeriez améliorer ? Ou rester comme ça ou vous penser que... Surtout en voyant les jeunes qui arrivent derrière et qui ont une autre mentalité quand même que ce qu'on avait nous. Chacun était cloisonné un petit peu, ils nous font décroisonner je trouve, ils nous font remettre en cause.

E : Oui, oui c'est peut-être bien mais d'un autre côté, moi ce que je dis toujours, j'ai peut-être tort puisque c'est plus dans l'évolution actuelle, mais je continue à défendre l'idée qu'une unité médicale, une unité thérapeutique c'est beaucoup mieux que, heu, par exemple un enfant soit vu par l'un puis vu par l'autre. Moi je pense qu'il faut, je reste un peu de la vieille école à savoir un peu le principe du pédiatre de famille comme médecin de famille, qui prend en charge son malade du début, et qui essaie si possible de le suivre jusqu'au bout. Ca n'exclue pas que la personne puisse discuter par ailleurs du cas avec d'autres confrères ou d'aller prendre des avis ailleurs mais c'est toujours la même personne qui va assumer du début jusqu'à la fin si c'est possible la prise en charge de l'enfant. Et souvent ça va, quand on discute un peu avec les parents, les parents un peu c'est ce qu'ils souhaitent mais bon, c'est vrai que l'évolution actuelle fait... (*interrompu*)

Qu'est ce que vous entendez par « du début à la fin » ?

E : Ben du début à la fin c'est-à-dire qu'à partir du moment où l'enfant arrive soit à l'hôpital ou en cabinet ou autre, et bien un médecin va prendre en charge et va s'occuper... Bien sûr c'est des contraintes parce que quelquefois ça oblige... Bon je prends mon exemple, je dis pas que c'est, mais je me souviens au tout début quand je suis arrivé ici, combien de fois ça m'est arrivé même n'étant pas de garde le week end, si je m'étais occupé de mon gamin dans la semaine et qu'il était encore là, je revenais le samedi à l'hosto pour suivre l'évolution. Ça ne voulait pas dire que je ne faisais pas confiance à celui qui assurait une astreinte mais j'aimais pouvoir suivre mon malade et les parents appréciaient d'ailleurs. C'est un peu comme ça que s'est institué cette relation que j'ai pu avoir et que j'ai encore avec les parents des enfants. Mais ça demande des contraintes et apparemment dans les pratiques que je vois maintenant c'est pas tout à fait ce qui ce fait.

Ce dont j'avais peur dans votre raisonnement, c'était que du début à la fin soit d'un âge à un âge si vous voulez, d'arriver à des consultations régulières...

E : A non non !

A : C'est dur d'être pédiatre de toutes les familles de l'Aveyron quoi ! Moi effectivement je ne le conçois pas comme ça.

E : Non c'est juste un cas précis, de suivre mon malade. Pour voir l'évolution et puis c'est plus intéressant pour nous, d'abord plus motivant, et plus intéressant parce qu'on suit la pathologie, on voit l'évolution, on voit l'efficacité ou non des thérapeutiques qu'on a pu mettre en place et ceci sans forcément avoir travaillé de façon solitaire hein ! On peut travailler en prenant des avis par ailleurs, en allant se documenter aussi, enfin voilà il y a tout un tas de possibilités de formation. Mais que ça reste, qu'il y ait une unité. Et en plus je pense que ça responsabilise encore plus le médecin en agissant comme ça. Il me semble qu'il se sent un peu plus responsable que lorsqu'il y a tout un ensemble de médecins qui vont les uns après les autres ou les uns en même temps que les autres s'occuper d'un cas, d'une pathologie. Mais c'est le mode de fonctionnement d'avant, c'est plus tout à fait le mode de fonctionnement de maintenant. Qui était globalement bon, peut-être qu'il y avait effectivement des choses...

C : Je suis d'accord sur le principe de la permanence du regard ou de l'accompagnement, par contre après au niveau de la pédiatrie hospitalière et vu l'absence ou la disparition complète bientôt des pédiatres libéraux, je crois qu'il faut qu'on recentre ça sur l'enfant en difficulté, quelle qu'elle soit, en difficulté de développement quelle qu'elle soit. C'est difficile après de prendre tous les gamins. Après on peut aller dans l'histoire de la structure, de la politique de santé où c'est plus non plus trop reconnu comme notre fonction mais plutôt celle du premier recours. Après ça se discute. Par contre à partir du moment où vous nous avez confié un enfant, là il y a une relation personnelle qui s'instaure entre la famille, le médecin et l'enfant qu'on a en charge et là aller jusqu'au bout ça me semble être logique. Ce que dit P1 ça correspond à la réalité. Sinon on n'est pas là comme un prestataire de service intermédiaire, ça moi j'en suis convaincu.

Qu'est ce qu'on doit améliorer, qu'est ce que vous devez améliorer encore pour que ces relations soient plus simples et plus importantes?

B : Une petite note encore. Pour le suivi des enfants de temps en temps, on a l'impression que le médecin qui envoie l'enfant pour un avis en consultation, il nous délègue et on prend sa responsabilité pour le suivi prochain. Je pense que si on envoie un enfant pour un avis, on donne l'avis mais c'est lui qui continue à le suivre après. C'est pas automatiquement à moi de prendre la responsabilité si quelque chose doit se passer dans un an, deux ans, trois ans. Je pense qu'il faut le prendre comme ça. C'est pas toujours automatique, de temps en temps ils envoient en disant « c'est bon, c'est quelqu'un d'autre qui va gérer ». Après, si quelqu'un sort d'ici d'hospitalisation de pédiatrie, de temps en temps, on discute si on va continuer à suivre l'enfant en consultation ou si on le délègue au médecin généraliste qui va le suivre si on pense qu'il communique bien. Si on décide que c'est le généraliste, il faut lui téléphoner pour qu'il fasse correctement les choses.

A : Oui puis du coup avoir un retour aussi parce qu'on n'a pas toujours de retour.

B : L'autre fois l'enfant avec une protéinurie, ça n'a pas été fait et...

Qu'est ce que vous voudriez comme retour ?

A : Ben par exemple un enfant qu'on fait sortir avec un suivi nécessaire auprès de son médecin traitant, que justement on reçoive un courrier ou même un coup de fil, moi je me formalise pas, mais savoir ce qu'a donné la surveillance qu'on a demandé chez cet enfant avant de le revoir deux ou trois mois plus tard et se dire « ah ben tiens il y a eu ça, j'étais pas au courant ». Par exemple. Dans les deux sens aussi je veux dire.

Vous, vous aimeriez mieux déjà au téléphone ?

A : Les courriers, moi j'ai très rarement de courriers. Pour les enfants adressés oui mais de retour sur une prise en charge conjointe non. Parce que c'est vrai moi par contre j'ai pas tout à fait la même vision des choses que P1. Moi j'ai plutôt tendance à dire « on travaille conjointement ». Que son médecin traitant, enfin médecin généraliste, qui est plus près de la famille, des fois aussi ils sont plus proches géographiquement, qu'il puisse être à proximité pour des choses qui ne nécessitent pas forcément un recours pédiatrique mais que pour une pathologie suivie au long cours, que je voie cet enfant régulièrement en étant toujours disponible pour le médecin. Mais c'est vrai que je vais pas faire comme P1 peut-être à dire « oui vous pouvez venir ». Moi j'ai du mal à faire ça et puis je me dis que c'est peut-être pas la peine qu'ils viennent pour ça, c'est peut-être pas la peine qu'ils fassent ça, le médecin généraliste pourra le faire aussi bien. Et voilà, je verrai plus un travail à deux mais pour ça il faut une relation effectivement. Parce que si chacun fait sa tambouille de son côté mais qu'il n'y a pas de lien qui est fait, c'est pas intéressant.

Comment arriver à vous faire connaître ? Là on essaie mais bon.

B : Une ou deux choses encore. Les courriers de temps en temps ne sont pas lisibles, ou parfois il écrit « je vous envoie l'enfant pour fièvre », soit c'est trop court soit c'est pas lisible.

A : Ben si c'est pas lisible, il vaut mieux que ce soit court. (rires)

B : Parfois c'est mieux tapé électroniquement ou par les secrétaires.

C : Parfois nous c'est pas lisible non plus !

B : Et après il faut définir s'il faut suivre tous les enfants chaque mois, parce que les médecins à L là bas et je suis d'accord avec eux, ils préfèrent voir l'enfant ou au moins le connaître et pour les périodes clés comme trois mois, neuf mois ils sont d'accord que l'enfant vienne ici. Mais après ils préfèrent le suivre pour qu'ils le connaissent parce que s'ils ne le connaissent pas là bas dans le village et qu'ils le voient seulement en cas de problème, ils ne le connaissent pas quand il va bien.

A : Moi c'est bien ce que je dis aux parents, il faut qu'ils aient un médecin qui les connaît.

C'est vrai que ça fausse les relations après.

A : Moi voilà je sais que je ne me rendrai pas disponible comme P1, s'ils m'appellent juste pour un rhume, je dirai « allez voir votre médecin traitant, y a pas de souci ». Donc voilà, on n'a pas tous tout à fait la même façon de faire mais bon...

C : Oui c'est un travail d'équipe aussi.

A : Oui c'est ça, chacun a aussi ses façons de faire mais je pense qu'on n'est pas obligés d'être calqués tous sur un même modèle pour que ça fonctionne. Mais par contre oui, quand un gamin a été vu dans le service, on essaie autant que faire se peut, que ce soit toujours la même personne qui le revoit, le même pédiatre qui le revoit même s'il est suivi déjà par un médecin traitant. On n'y arrive pas tout le temps, il y a des moments où heureusement on se remplace mais on essaie de les revoir. Même si c'est pas celui-ci qui est d'astreinte mais on sait que c'est un patient qui est suivi par untel, on voit s'il peut le voir parce qu'il le connaît mieux, parce que la famille si elle inquiète sera plus rassurée de voir le médecin dont ils ont l'habitude. Ca me paraît des choses logiques du coup, j'ai l'impression d'enfoncer une porte ouverte un petit peu !

Dans ces moyens de communication qu'est ce que vous pensez que vous allez pouvoir améliorer parce que là il y a des lacunes quand même qu'on ressent de l'extérieur, qu'on entend en réunion?

Silence

Est-ce que vous sentez vous des lacunes, est ce que vous pensez en améliorer ?

A : A ben j'imagine que quand on reçoit un courrier effectivement par exemple un mois après la sortie du gamin, ce qui arrive encore et puis c'est souvent les plus compliqués pour lesquels on dit « j'attends tel résultat », c'est pas la gastro qui va prendre trois secondes à dicter.

E : Enfin moi j'ai toujours trouvé complètement stupide, je me souviens à une période c'était : le gamin sortait, il fallait qu'il sorte avec son rapport de sortie. Je l'ai mis en place à un moment donné et puis après j'ai trouvé ça mais complètement débile puisqu'on n'avait pas la moitié des résultats. Je me mets à la place du médecin généraliste, il est pas plus au courant de ce qu'a eu l'enfant parce que le spécialiste n'avait pas la moitié des résultats et donc il ne pouvait pas conclure à quelque chose. Quelquefois il est préférable d'attendre un peu d'avoir l'ensemble des résultats et de faire une synthèse et d'envoyer vraiment un courrier qui soit, comment dire heu... intéressant pour le médecin traitant, pour sa formation dans d'autres situations identiques. Voilà, le seul inconvénient c'est que, c'est pareil, ça oblige un suivi parce que le dossier on le met de côté, on attend les résultats et puis il est de côté, il y en a d'autres qui arrivent et voilà. Là après, moi je pense que c'est là aussi l'intérêt, qu'il y ait un travail d'équipe avec la secrétaire. Ca serait la secrétaire qui devrait en fin de compte nous préparer un peu tout ce travail, que nous après on n'ait plus qu'à reprendre le dossier et en faire la synthèse. Combien de fois on doit aller à la pêche aux informations, on prend le dossier, on regarde, il est à moitié vide, il faut qu'on aille à la pêche aux informations. Alors dans les gros dossiers difficiles, on le fait parce que c'est indispensable pour un bon suivi de l'enfant mais dans d'autres cas bon, au début on va le faire puis après on se lasse un peu et on fait des courriers. Quelquefois je pense que le généraliste doit se demander un peu « mais en fin de compte, cet enfant je l'ai envoyé, qu'est ce qu'il a eu exactement ? », il doit se poser beaucoup de questions.

Ca négative beaucoup les relations, parce que nous on a les familles derrière.

E : Voilà.

C : Nous on n'est pas informatisé au niveau du service hein, donc on n'a pas de possibilité de faire une lettre automatisée, qui reprend les éléments, la date de naissance, les trucs, les machins... On est obligés de tout redicter, on ne sera pas informatisé avant fin 2014 d'après ce que j'ai compris il n'y a pas longtemps. Après quand il y aura un dossier médical commun ce sera peut-être un peu plus facile. Là aujourd'hui il faut qu'on se tienne nous à cette notion de temps parce que ça correspond aussi à une notion d'argent puisque pour aujourd'hui jusqu'en 2014 il y a vingt huit jours entre la sortie de l'enfant et le moment où le courrier doit être fait. Si le courrier n'est pas fait, le dossier ne peut pas être facturé. Et si on passe vingt huit jours, ça passe aux oubliettes.

C'est une grosse amélioration ça. (rires)

C : Oui ça va obliger à une grosse amélioration ! Et il semblerait que bientôt ça sera huit jours. Ca va être de la folie, ça va être complètement...

Huit jours, ça va être juste. Mais vingt huit jours c'est logique, par rapport aux résultats.

C : Voilà pour l'instant c'est comme ça. Et ceux qui nous gouvernent au niveau hospitalier ont toujours une vision chirurgicale de l'hôpital, c'est-à-dire compte rendu opératoire, suites opératoires, tac il est renvoyé chez lui. Ils ne comprennent pas quand en pneumo quelqu'un reste longtemps, ils ne comprennent pas quand en infectieux quelqu'un reste longtemps... En pédiatrie on a quand

même une durée d'hospitalisation qui est inférieure à deux jours, qui doit être environ 1,9 donc c'est très très court. On les garde le moins longtemps. Dans la pertinence des soins, ce que fait P1 et ce qu'on fait tous, c'est que si un gamin n'a pas besoin d'être hospitalisé, il rentre chez lui quoi. Alors c'est vrai que c'est un avantage pour les familles mais ça a un inconvénient, c'est que le dossier est pas clos, l'histoire de l'enfant et de la maladie n'est pas complètement terminée et il y a ce délai là qui est induit. Mais l'enfant passe pas, y a pas de gamin là qui passe du temps en hospitalisation alors qu'il devrait être ailleurs quoi, je ne pense pas.

Et après sur des pathologies graves, est ce que vous pensez à avertir relativement vite le généraliste ?

E : Oui en général ça se fait. Car l'enfant est transféré et donc automatiquement il y a le courrier.

Ca se fait pas toujours.

C : Moi j'appelle le médecin généraliste en disant « on a fait le diagnostic de leucémie »...

Oui les leucémies et les tumeurs, c'est très important, j'ai eu dernièrement le cas d'une tumeur...

C : Double de la lettre au médecin traitant.

C'est pas encore automatique, moi j'ai eu un cas précis encore il y a pas longtemps, c'est pour ça que je dis ça...

C : De chez nous ?

Oui. Mais bon c'est passé aux urgences et après bon...

C : C'est pas sûr que le pédiatre l'ait vu. De temps en temps, ça passe par les urgences et on n'est même pas prévenu, ce qui n'est pas normal.

A : Alors après il y a un autre outil, que je pense être une des dernières à utiliser, c'est le carnet de santé. Parce que c'est remis en question machin et tout ça, qu'il faut pas mettre des trucs parce qu'alors là dans les CHU ils sont champions pour ça, surtout on n'écrit rien des fois que ça serait délétère pour l'enfant à terme. Pour moi ça reste quelque chose de secret, de médical, de personnel et c'est ce que je dis aux parents. Alors pff, moi c'est mon expérience de Mayotte où il n'y avait même pas de courrier, on écrivait tout dans un carnet, c'était le dossier médical portatif on va dire, mais ça marchait super bien. Les gens avaient toujours leur carnet, dès qu'ils allaient quelque part ils sortaient le truc, on savait ce qu'ils avaient. Alors du coup c'est vrai que moi j'écris, oui j'écris les cardiopathies, les machins, oui j'écris qu'il y a des troubles neurologiques mais ça n'a rien à faire à l'école. Moi j'explique aux parents que s'il faut un certificat de vaccination, on le fait ou on fait une photocopie de la page des vaccinations mais ce carnet n'a rien à faire dans les mains d'une institutrice ou quoi que ce soit. Et du coup moi j'écris, ce qui permet de dire justement en attendant qu'il y ait le courrier et les résultats en attente, si évolution vers ça ré adresser en urgence etc. Et ça, ça me paraît être un lien utile mais on trouve que des choses banales, enfin que, quasiment que des choses banales dans les carnets, rhinopharyngite tout le monde s'en fout quoi...

E : C'est pas légal. Mais ça se fait.

A : Oui oui, moi je suis pour lutter contre ça plutôt que de rien écrire dans les carnets.

Il faut surtout leur dire de ne pas le donner mais bon.

C : Moi ce que je fais aussi, en sortie d'hospitalisation, j'adresse la copie du courrier aux parents. Ce qui fait que quand ils changent de médecin ou le jour où on arrive chez eux et on n'a pas l'ordinateur à la main, ça permet de... Ils sont détenteurs du dossier médical.

Après, en insistant encore lourdement, qu'est ce que vous pouvez améliorer par rapport à ces relations avec les généralistes, pour se faire connaître, pour visualiser?

A : Un calendrier de la pédiatrie !

(rires)

A : Les formations ici du coup je ne sais pas honnêtement quel est le retour. Moi je sais que je n'ai pas forcément des bons souvenirs de formations parce que je me suis retrouvée des fois à trois pelés et deux tondus, à avoir préparé un truc et moi ça me pèse quand il y a personne qui vient.

C : J'ai l'impression que c'est mieux suivi...

Les gens sont demandeurs, ils sont très demandeurs que vous vous impliquiez dans des choses. Demandeurs presque de faire une formation annuelle, que de pédiatrie.

E : C'était très à la mode à une époque mais ça continue à se faire. C'est-à-dire qu'à chaque fois qu'il y avait des têtes nouvelles qui arrivait, moi je sais que les trois premières années où je suis arrivé, j'étais à droite à gauche, à droite à gauche, c'était bien, ça permettait d'être en contact avec les généralistes. Je vois que ça continue à se faire.

C'est important, ils attendent ça.

A : Moi je suis restée dans les hôpitaux, dans les maternités.

E : Moi je pense que c'est une bonne pratique, après que ça se pérennise je crois qu'on n'est pas contre mais le problème c'est qu'après souvent on est pris dans... Au début, on arrive, on n'a pas trop d'activité donc on a pas mal de temps à consacrer soit à la formation soit à la ré organisation, des trucs comme ça...

A : Et après on regrette ! (rires) On se dit « pourquoi je me suis embarqué la dedans » ?

E : Après on est pris ce qui fait que ça devient un peu plus difficile. C'est pour ça que moi je continue à dire, oui des formations il en faut mais pas trop parce que c'est toujours pareil, trop de formation tue la formation, on a pas le temps, on est lassé.

Comme vous avez un renouveau un petit peu il faut vous faire connaître.

E : Qu'il y ait deux trois formations dans l'année...

C : Mais pas plus !

A : Deux trois formations et à la place des barbecues !
(rises)

E : On voit même les formations de généralistes, au début ça fonctionne bien et puis après on a du mal à faire venir dix médecins, quatre médecins, c'est la galère, il n'y a plus personne. Sinon oui, c'est la meilleure façon, c'est la façon la plus conviviale comme le téléphone d'avoir un contact avec les gens.

A : Parce que c'est vrai oui, pour en revenir à ce que vous disiez, effectivement le mail c'est pratique, le courrier aussi mais ça reste très impersonnel alors que d'avoir discuté avec quelqu'un, l'intonation tout ça, d'abord on perçoit mieux ce qu'il peut penser de l'enfant. Notamment le truc classique, c'est les situations sociales qui sont pas nettes ou des choses qui sont difficiles à exprimer, à modérer et à moduler dans un courrier et qu'au téléphone on peut faire passer un petit peu mieux. Et après, en dehors de la relation autour de l'enfant, ça crée une relation entre les deux médecins qui fait que c'est plus facile « ah oui tiens vous m'aviez appelé l'autre fois »...

Oui c'était pour vous faire réfléchir un peu sur tout ça, que des deux côtés on avance.

A : On pourra faire des restos régulièrement ! (rises)

E : On s'en lasserait aussi.

A : Régulièrement, on n'a pas dit fréquemment !

C : Le message c'est notre disponibilité, bon elle n'est pas extensible, mais chacun essaie d'être disponible au maximum, quelle que soit la manière, quel que soit le vecteur, téléphone etc. On essaie d'avoir cette possibilité là, après on fait ce qu'on peut. Et t'en penses quoi, toi qui va arriver dans l'Aveyron, qui va s'installer et visser sa plaque ?

A : Tu nous as repéré du coup !

Oui c'est bon, j'ai fait ma photo. Non j'en pense, bon on verra à l'issue de l'analyse de tous les groupes. Non mais je pense qu'il y a du mieux, il y a encore des choses... Dans les cabinets on le voit, parfois oui il y a des obstacles, c'est pas toujours évident mais d'un côté comme de l'autre je pense.

A : Qu'est ce qui leur manque le plus ?

C'est le côté relationnel, que les informations passent assez rapidement.

Et après aussi bien connaître les interlocuteurs et savoir un petit peu les casquettes de chacun.

A : A d'accord.

B : Casquettes ?

A : Oui ben qu'ils m'envoient pas de la neuro par exemple ! (rises)

Oui ils aiment bien savoir.

A : Les spécialités des uns et des autres.

C : Les surspécialités.

De la même façon que vous aimez bien savoir peut-être ceux qui aiment faire de la pédiatrie.

B : Est-ce qu'ils ont confiance en nous ?

Oui... Ca dépend.

B : Ou est ce qu'ils nous trouvent nuls et ils préfèrent envoyer l'enfant vers d'autres centres hospitaliers... Est-ce qu'ils disent « pour cette pathologie ils sont nuls » ?

C : T'es pas obligée de répondre !

Non c'est pas par pathologie, c'est par habitude, par localisation géographique et par justement les relations qu'ils ont avec d'autres centres hospitaliers. Pas tellement pour les pathologies.

C : Après l'histoire du téléphone unique d'appel, si c'est ressenti comme un progrès tant mieux.

E : Je suis l'exception. Je le dis, j'ai des habitudes de vieux médecin donc j'aime bien mon portable mais ça fonctionne pas mal, ils me joignent assez facilement aussi.

A : Oui y a un téléphone sauf pour P1 ! (rises)

E : En général ils appellent la secrétaire et la secrétaire transfère donc voilà.

A : Et le lendemain on efface les cinquante messages qui sont restés sur le portable. (rises)

E : Elles sont de mauvaise foi ! C'est pour ça que j'aime pas travailler avec les femmes entre guillemets. Manque de chance il y a une telle féminisation du corps médical que... C'est impressionnant cette évolution, ça serait un très beau sujet de thèse.

Pour le moment les mentalités changent.

Est-ce que vous avez d'autres points particuliers à soulever ?

C : A te lire.

Il y avait autre chose qui était ressorti dans les focus groupes par rapport aux urgences pédiatriques, bon ben il y en a qui ne savent pas que ça existe, enfin qui ne connaissent pas vraiment la filière.

A : Ouai, alors urgences pédiatriques, personnellement, autant au départ...

Y a pas vraiment de...

C : Y a urgences enfants, voilà, c'est-à-dire qu'il y a un secteur avec des jouets...

A : Y a un couloir pour les enfants. (rises)

E : Tout à l'heure j'ai vu un gamin à dix sept heures, depuis neuf heures il est aux urgences... Quand on m'a dit ça j'ai demandé s'il lui avait au moins donné à manger.

Brouhaha

C : ...Donc on a commencé à structurer l'appel et le seul truc qu'on ait obtenu vu que les urgentistes ont la main dessus c'est qu'un enfant adressé soit vu, on est informé. C'est le seul truc, après un enfant d'une urgence médicale sera vu par l'interne qui va contacter le senior des urgences qui éventuellement contactera le pédiatre. Au niveau chirurgical, c'est l'interne puis le senior des urgences et le chirurgien. Et au niveau de l'urgence vitale c'est tout le monde quand il y a besoin.

A : C'est vrai qu'on avait dit et j'étais la première à dire OK, « oui on passe le matin, on passe l'après midi, le soir »...

C : Regarde hier soir on était à trois à 18h30.

A : Oui mais c'est pas tellement comme on l'avait prévu, là eux ils étaient débordés, moi je voulais que les gamins avancent donc je les ai vus. Mais par contre la journée, j'ai pas été dispo parce que je faisais les écho. Ce que tu disais, celui qui est sensé être de permanence et disponible, on remplit de plus en plus le créneau et puis finalement, à part une urgence vitale, les enfants vont attendre. Moi ça m'est arrivé hier, on m'a appelé, j'ai dit « écoute je te rappelle à la fin de l'écho ».

Du coup vous allez pouvoir augmenter l'équipe encore ?

C : Oui, on doit en parler après !

Fin de l'entretien, remerciements.

ANNEXE 6 – Exemple d'analyse thématique (focus groupe des pédiatres)

ETAT DES LIEUX							
			Internes				
	Point positifs et facilitateurs			lien ville-hôpital			<i>On a plus de retour en fait par les internes qui sont passés dans les services, et du coup quand ils sont en stage chez des médecins généralistes, on a des retours et on arrive mieux à cerner.</i>
				libèrent temps utile aux seniors			<i>il y a un petit truc aussi qui fait la différence, c'est d'avoir les internes. (approbation des autres) Ca permet aussi de pouvoir faire des choses... E : Ca permet de déléguer.</i>
							<i>ça nous permet aussi, je pense, de répondre à certaines attentes auxquelles on ne peut pas répondre quand on est tout seul.</i>
			Au niveau de la communication avec les MG				
				rencontres directes	formations		<i>Je connais quelques médecins généralistes par le biais des formations.</i>
							<i>j'ai eu la chance de faire 3 EPU en un an donc ça permet de rencontrer des gens.</i>
							<i>c'est la meilleure façon, c'est la façon la plus conviviale</i>
							<i>Je connais quelques médecins généralistes par le biais des formations.</i>
					réunions de présentation		<i>les trois premières années où je suis arrivé, j'étais à droite à gauche, à droite à gauche, c'était bien, ça permettait d'être en contact avec les généralistes.</i>
				reconnaissance des spécificités de la médecine générale			<i>le médecin il a aussi tout ce qu'on n'a pas nous. C'est-à-dire la connaissance du domicile, la connaissance de la famille, la connaissance des grands parents, il a toute l'anamnèse.</i>
							<i>son médecin traitant enfin médecin généraliste, qui est plus près de la famille, des fois aussi ils sont plus proches géographiquement</i>

Etude qualitative des relations entre les médecins généralistes et les pédiatres dans trois bassins de santé aveyronnais.

Objectif : Etudier de manière qualitative les relations entre les médecins généralistes et les pédiatres dans trois bassins de santé aveyronnais et proposer des pistes d'amélioration.

Méthode : Deux focus groupes de médecins généralistes et un focus groupe de pédiatres.

Résultats : Les relations entre les deux spécialités sont faibles et majoritairement hospitalières. Le téléphone reste le moyen de communication le plus plébiscité. La simplicité des rapports, la disponibilité, la connaissance personnelle et la connaissance des compétences sont des facilitateurs. Pour les généralistes, les freins majeurs sont représentés par la structure hospitalière, une confiance inégale envers les praticiens, la difficulté de définition des rôles et le sentiment de dévalorisation. Ils revendiquent leur place de premier recours et veulent être l'interlocuteur privilégié d'une communication bidirectionnelle. Les pédiatres sont confrontés à des modes d'exercice très divers de généralistes qu'ils connaissent peu, ils regrettent le manque d'échanges. Ils souhaitent s'ouvrir à eux en se positionnant comme des spécialistes du développement. Les deux spécialités font preuve d'auto-critique et désirent échanger, notamment au travers de la rencontre directe et de la formation.

Conclusion : Le décloisonnement et l'échange des spécialités sont la première étape indispensable à l'amélioration des relations entre les médecins généralistes et les pédiatres.

Qualitative study of the relations between general practitioners and pediatricians in three regions of Aveyron.

Objective: Study qualitatively the relations between general practitioners and pediatricians in three regions of Aveyron. The secondary objective was to propose areas for improvement.

Method: Completion of two focus groups of GPs and a focus group of pediatricians.

Results: The relations between specialties are rare, they occur mainly with hospital practitioners. The phone is the preferred means of communication. The simplicity of reporting, availability, personal knowledge and the knowledge of skills are facilitators. For GPs, the major obstacles are represented by the hospital structure, an unequal confidence to practitioners, the difficulty of defining roles and feelings of depreciation. They claim their position of first appeal and want to be the preferred partner of a bidirectional communication. Pediatricians face different modes of practice, they do know a lot about GPs and they regret the lack of exchanges. They want to open up to them; they assert their position of development specialists. Both specialties show self-criticism and want more exchanges, through direct meetings and training.

Conclusion: Openness and communication between the specialists is the first step to improving relations between GPs and pediatricians.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-Clés : relations – communication – médecins généralistes – pédiatres – étude qualitative – focus groupes

Key words : relations – communication - general practitioners – pediatricians – qualitative study – focus groups

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Docteur Patrick Maviel