

Place du pédiatre en parentalité aujourd'hui

Résultats d'une enquête SurveyMonkey auprès des pédiatres du fichier AFPA

Introduction

Notre expertise de pédiatre nous place au cœur de la pathologie pédiatrique, mais aussi de l'évolution somato-psychique de l'enfant, jusqu'à l'adolescence, au sein de sa famille. Une part de la prévention que nous exerçons quotidiennement concerne l'aide à la parentalité sous toutes ses formes. C'est un rôle majeur en santé publique, passionnant mais chronophage, qui, jusqu'à présent, n'a fait l'objet d'aucune étude quantitative ou qualitative auprès des pédiatres.

C'est pour appréhender notre travail de conseil, nos compétences et nos lacunes éventuelles en ce domaine, qu'un questionnaire Internet fut adressé aux pédiatres AFPA en juin 2015, dont voici les résultats. Nos objectifs visent à connaître l'investissement des pédiatres en parentalité, l'ampleur et la variété des demandes en aide et étayage, et à comprendre les besoins en formation de nos collègues en ce domaine.

Bref historique

L'OMS¹ a défini la promotion de la santé et les déterminants de la santé. La petite enfance y joue un rôle prépondérant. La charte d'Ottawa² a spécifié la promotion de la santé pour que les acteurs de la santé, ici les parents, puissent accéder à l'éducation. L'OMS déclare fondamental le droit à la santé de l'enfant. L'article 24 de la CIDE³ (Convention internationale des droits de l'enfant) reconnaît effectivement le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible. Cela concerne aussi « le développement de soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation ».

Le *Conseil de l'Europe*, en 2006⁴, a édité des recommandations visant à soutenir une parentalité positive.

L'AFPA (Association française de pédiatrie ambulatoire) a fait sienne le slogan « Là où est l'enfant, le pédiatre doit y être ». Qui mieux que le pédiatre connaît les besoins de l'enfant au long de son

processus maturatif, avec constance dans le temps jusqu'à ce que l'enfant devienne adulte ? Le pédiatre est au cœur de la relation d'étayage, même si ce rôle ne lui est pas encore bien reconnu dans les milieux collaboratifs de la petite enfance⁵...

A la suite de Danielle Rapoport⁶, la *bien-traitance* devient une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'enfant et ses parents, dans le respect de leurs choix et dans l'adaptation la plus juste à leurs besoins. Elle a fait son apparition récemment et fait l'objet de recommandations HAS en divers lieux : centres pour handicapés, ou en Ehpad⁷, en service d'hospitalisation (charte de l'enfant hospitalisé⁸) etc.

L'*éducation* est aussi une vaste rubrique qui a son histoire, en parallèle avec l'évolution de la famille, dont les bouleversements sont nombreux depuis 30 ans⁹. L'aboutissement pédiatrique concernant le soin est l'éducation thérapeutique. Ce n'est pas ce versant que nous étudions aujourd'hui. En revanche, l'approche socio-écologique du développement de l'enfant dans sa famille et l'étayage parental concernent notre propos.

La notion d'*autorité* a refait son apparition ces dernières années en matière d'éducation, avec à la clef de nombreux ouvrages d'éducation¹⁰.

L'« éducation positive » arrive en force, mêlant effectivement autorité ou fermeté et bienveillance, à la suite des théories d'Outre Atlantique de Carl Rogers, Thomas Gordon, Alfred Adler ou Rudolf Dreikurs, etc. Les livres publiés sont innombrables.

La parentalité nécessite des partenariats, et le pédiatre participe depuis longtemps à des réseaux d'aide, d'écoute (Reaap - Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents) et est relié à de nombreuses structures (PMI, etc.) qui concourent à l'aide à la parentalité. « Les parentalités » sont une réalité qui fragilise aujourd'hui le lien à l'éducation de l'enfant. L'AFPA a déjà fait sienne une formation adaptée à ces nouvelles formes de parenté (Parentés, parentalités, hier et aujourd'hui. Séminaire national DPC AFPA-OGDPC).

Rémi Gatard,
pédiatre AFPA,
Poitiers
remi.gatard@wanadoo.fr

Définition de l'« aide et de l'accompagnement à la parentalité »

La pratique professionnelle d'aide à la parentalité signifie pour le pédiatre l'écoute et le conseil auprès des parents. C'est une collaboration autour de l'enfant « qui permet d'articuler les approches socio-écologiques du développement humain et celles de la promotion de la santé¹¹ ». En vue de former des familles « créatrices de santé¹² ». S'y ajoute le dépistage d'éventuelles carences d'étayage.

Analyse et résultats de l'enquête SurveyMonkey

Modalités de l'étude

L'enquête diligentée par l'AFPA a été envoyée par mail aux 2 355 pédiatres du fichier de l'AFPA, soit 3 envois successifs les 17, 22 et 27 juin 2015 et fermeture des recueils le 3 juillet 2015. Elle concerne principalement des pédiatres libéraux, mais aussi quelques collègues hospitaliers, institutionnels ou à exercice mixte. 618 réponses ont été recueillies, dont 539 complètes. Cela représente 26,24 % de réponses, permettant une analyse statistique significative.

Profil des pédiatres répondants.

Nous avons 112 hommes et 443 femmes soit 79,8 % de femmes ; avec un âge moyen entre 51 et 60 ans et une ancienneté d'installation dont le pic de 32,85 % se situe entre 21 et 30 ans. Toutefois 19,68 % ont plus de 30 ans d'installation, et ce taux s'équilibre avec les nouveaux pédiatres, avec 28,52 % de moins de 10 ans d'installation.

Les répondants se répartissent sur tout le territoire, avec les réservoirs habituels (Régions Ile de France, Rhône-Alpes et PACA).

294/556 sont en cabinet de groupe, soit 53,55 % ; et 370 (67,89 %) en secteur 1. 314/541 (58,04 %) exercent exclusivement la pédiatrie ambulatoire, 115 (21,26 %) une activité mixte hospitalière et 112 (20,70 %) une activité communautaire. 345 (74,03 %) n'ont pas de surspécialité.

L'atlas au 1^{er} janvier 2015 de la démographie médicale en France¹³ confirme des données proches. Moyenne d'âge des pédiatres : 53,6 ans ; les moins de 40 ans représentent 13,9 % des effectifs et les plus de 60 ans 32,3 %. La part des femmes en 2015¹⁴ est de 66,8 % (exercices ambulatoire et hospitalier confondus).

Exercice et acquisitions de compétences en aide à la parentalité

A la question : « Prodiguez-vous des conseils en parentalité ? », la réponse est oui pour 99,35 % des pédiatres (614/618). C'est la quasi-totalité. Les 4 collègues restants préférant confier ce domaine

d'intervention à un tiers (psychologue, pédopsychiatre ou même orthophoniste).

La compétence supposée en ce domaine vient très peu de la formation médicale initiale (9 %, soit 43/579 des répondants) et un peu plus de la formation pédiatrique initiale (34,30 %). Nous retiendrons surtout : l'apport des lectures de livres ou de revues (92,68 % des répondants), mieux que l'Internet (25,05 %) ou les émissions de TV et radio (31,71 %). Reste l'expérience sur le terrain auprès des petits patients (97,57 %), ou... auprès de ses propres enfants (88,79 %). Les séminaires et les congrès apportent leur contribution pour 76,22 % des pédiatres. Les commentaires libres (90 réponses) complètent les moyens d'acquisition des connaissances en ce domaine : les livres (à foison aujourd'hui), les pédagogies novatrices (Montessori, Freinet etc.), le travail sur soi, la communication non violente. De même, le cabinet de groupe et les réseaux qui font se rencontrer les professionnels de l'éducation (psychologues, conseillers conjugaux, pédopsychiatres, groupes Balint, réunions multidisciplinaires etc.), et les centres pour enfants (Camps, crèches, PMI etc.). D'autres ont puisé dans les D.U.-D.I.U. (attachement, psychopathologie de l'enfant, pédopsychiatrie etc.).

Les associations qui œuvrent en « éducation positive » proposées par cette question sont peu connues des collègues, par exemple : Discipline positive (4,3 % des répondants soit 23/559), Ateliers de parentalité (4,47 %), Méthode Gordon (1,50 %), Parentalité positive (3,95 %), Parents conscients (2,45 %). Retenons deux structures qui sortent un peu du lot : les Maisons vertes (12,66 %) et l'École des parents et des éducateurs (10,64 %).

Là encore, les commentaires libres (51 réponses) montrent la richesse des sources informatives des pédiatres, qui « picorent » partout où la pédagogie auprès de l'enfant est « positive ». Par exemple Lóczy, les associations d'aide à certains déficits - TDAH France, TED, diabète etc.) et bien d'autres.

Les champs d'intervention du pédiatre ambulatoire

• En fonction de quelques symptômes cliniques

Nous avons proposé au questionnaire les manifestations suivantes : colères, anxiété, opposition, agressivité, troubles de l'attention, tocs et tics. Pour chaque item, nous avons demandé la fréquence d'observation du symptôme, puis si le pédiatre se sent à l'aise, moyennement à l'aise ou mal à l'aise avec celui-ci.

Dans la prise en charge des troubles du comportement de l'enfant, les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont l'opposition (464/570 réponses soit 81,83 %) et les colères (422/570 soit 74,04 %). Puis l'anxiété (306/570 soit 53,87 %), les troubles de

l'attention (252/570 soit 44,21 %) et l'agressivité (228 soit 40,07 %). Enfin des symptômes *plus rarement* rencontrés comme les tics (84 soit 14,79 %) ; et les tocs (39 soit 6,87 %), et qui ne sont pas pris en charge par 10,92 % des pédiatres.

Les pédiatres répondants sont *à l'aise* pour gérer les colères (424 soit 74 % plutôt à l'aise), ou l'opposition de l'enfant (396 soit 69,23 %). Et très peu sont *mal à l'aise* avec ces symptômes (1,75 % pour l'opposition et 1,57 % pour les colères). Mais ils sont *moyennement à l'aise* avec les troubles de l'attention (314 soit 55,09 %), l'agressivité (312 soit 55,03 %), l'anxiété (294 soit 51,40 %) et les tics (282 soit 50,09 %). Les tocs mettent *mal à l'aise* 42,91 % des pédiatres (242/570), et 52 (9,22 %) seulement sont *plutôt à l'aise* à gérer ce trouble.

• *En fonction de domaines éducatifs variés*

Sont proposés les items suivants : donner un cadre éducatif, les troubles du sommeil et de l'alimentation, enfants et écrans, les relations frères-sœurs, éducation en homoparentalité, le rôle des grands parents, la gestion des conflits parents-enfants, le dépistage des défaillances parentales, la gestion des frustrations, la protection de l'enfance, la séparation des parents et enfin le deuil familial.

Les symptômes *fréquemment* pris en charge sont à cheval sur le somatique et le psychologique, tels les troubles du sommeil (pour 497, soit 88,75 % des 561 pédiatres répondants) et les troubles de l'alimentation (471 soit 84,11 %). Ces 2 symptômes ne sont *jamais absents* de la demande parentale. D'autres symptômes clivent les pédiatres : par exemple peu s'occupent *souvent* de la protection de l'enfance (*souvent* pour 44 soit 7,96 % des répondants, *rarement* pour 53,16 % et *parfois* pour 34,72 %). Il en va de même avec le rôle des grands-parents (seulement 7,33 % s'en occupent souvent et 49,55 % *rarement*) ; ou l'éducation en homoparentalité (5,75 % souvent et 45,42 % *rarement*). Revient *souvent* et *parfois* dans le champ d'intervention des pédiatres ambulatoires l'aide pour un cadre éducatif (96 % soit presque la totalité : 539/558 des répondants), puis la gestion des écrans (92,1 %), et la séparation des parents (90,99 %). Ensuite avec une *particulière* fréquence : la gestion des frustrations (87,32 %), les relations conflictuelles frères-sœurs (86 %), la gestion des conflits parents-enfants (79,03 %), le dépistage des défaillances parentales (67,62 %) ou le deuil familial (62,19 %).

Les pédiatres sont plus à l'aise avec ce qu'ils rencontrent *souvent*. Par exemple ils sont plutôt *à l'aise* avec les troubles de l'alimentation (78,79 % soit 442/561 répondants) et les troubles du sommeil (73,57 % soit 412). Mais aussi de manière décroissante avec les situations psychologiques suivantes : donner un cadre éducatif (75,31 % des 421 répondants),

la gestion des écrans (72,94 % soit 407), les relations frères-sœurs (59,93 % soit 335), la gestion des frustrations (57,37 % soit 319) ou bien encore le rôle des grands-parents (53,07 % soit 294 répondants). Et rares sont ceux qui dans ces rubriques sont *mal à l'aise* avec ces symptômes. Les collègues restent *moyennement à l'aise* avec : la gestion des conflits parents-enfants (53,68 % soit 299), le deuil familial (54,86 % soit 305) et la séparation des parents (55,91 % soit 312). Enfin les pédiatres sont *mal à l'aise* avec l'éducation en homoparentalité (139/551 soit 25,23 %), le dépistage des défaillances parentales (16,94 %) et la protection de l'enfance (16,25 %).

La consultation d'aide à la parentalité pour le pédiatre ambulatoire

• *Y-a-t-il des consultations dédiées à l'aide à la parentalité ?*

La réponse est affirmative pour 27,23 % soit 153 des 565 pédiatres répondants. Pour les 72,74 % restant, l'aide à la parentalité est incluse dans la consultation pédiatrique. Le corollaire est l'aspect chronophage de ce type de consultation dédiée, puisqu'aucun pédiatre n'y consacre moins de 20 mn, 43,14 % passent 30 mn (66 des 153 répondants), et même au-delà dans la moitié des cas (49,67 % des 153 répondants).

• *Quelle tranche d'âge sollicite le plus le pédiatre dans l'aide à la parentalité ?*

C'est la tranche d'âge des 2-6 ans qui mobilise le plus fréquemment le pédiatre dans l'aide à la parentalité (55,24 % soit 79 des 143 répondants), puis la tranche des 0-2 ans (45 % soit 63 des 140 répondants) et enfin plus rarement celle des 6-12 ans (seulement 8,33 % aident fréquemment cette tranche d'âge).

• *Est-ce un rôle important pour le pédiatre ?*

La réponse est unanime (99,11 % des réponses-556/561) : oui, ce rôle de conseiller est très important pour les pédiatres. Cependant, presque la moitié se sent encore *moyennement* ou *pas à l'aise* dans ce domaine (44,72 % soit 250/559 répondants).

• *Quelles sont les motivations des pédiatres ambulatoires dans l'aide à la parentalité ?*

Là encore, la réponse est commune : c'est le bien-être supérieur de l'enfant (98,20 % des 555 réponses) et le désir de renforcer les compétences parentales et leur étayage (98,37 %) qui prévalent ; sans négliger de valoriser son travail dans les 2/3 des cas (63,37 %) et le plaisir du travail d'aider en ce domaine (82,17 % des cas). D'autres professionnels peuvent venir en aide au pédiatre dans l'aide à la parentalité : *très rarement* le médecin scolaire (0,91 % soit 5/552 répondants) ou le médecin de PMI (1,65 % soit 9/546) ; mais *plus souvent* le pédopsychiatre (69,16 % soit 388/561) ou la psychologue (57,25 % soit 320/559), voire même l'orthophoniste dans près

des 2/3 des cas de demande en dehors du cabinet (59,25 % soit 320/557 répondants). Les commentaires libres (80 réponses) confirment le travail en réseau dans ce domaine : les collègues s'aident des psychomotriciens, des structures d'accueil de l'enfant en difficulté (Camps, CMPEA, etc.), et des outils pour le bien-être de l'enfant (art-thérapie, sophrologie, yoga, psychanalyse etc.).

• *Le corollaire à cet investissement est la nécessité d'être bien formés*

En effet 92,99 % (517/556) des pédiatres de l'enquête sont intéressés par des formations en aide à la parentalité.

Commentaires

C'est une première enquête auprès des pédiatres concernant leur rôle dans le soutien à la parentalité. Elle s'avérait utile car quasi **100 %** des pédiatres ambulatoires apportent leur contribution en ce domaine ! Cela inclut aussi des collègues hospitaliers, ou pédiatres de PMI etc. du fichier AFPA... C'est donc un rôle majeur, qui occupe une part importante du temps de consultation, et qui peut demander des consultations dédiées, durant plus de 30 mn.

Aucune cotation spécifique n'existe à ce jour pour rémunérer justement cet investissement professionnel conséquent en aide à la parentalité. C'est pourtant, de fait, un service rendu irremplaçable et durable, médico-social et éducatif.

Qui mieux que le pédiatre connaît les étapes du développement de l'enfant à tous les âges et ses besoins d'accompagnement. Devant la profusion des avis en ce domaine¹⁵, le pédiatre ambulatoire assure une aide équilibrée, avisée et durable. Catherine Gueguen dans le livre précité parle ainsi du « pédiatre, passeur de parentalité positive ». De plus, le pédiatre peut dépister les familles à risque carenciel en éducation. Sans compter que cet aspect d'étayage et de conseil donne de la satisfaction dans le travail, et même le valorise.

Tous les champs du comportement de l'enfant sont pris en charge par le pédiatre, qui se retrouve néanmoins plus ou moins à l'aise avec le problème éducatif soulevé. Ces champs vont du domaine somato-psychique (troubles d'alimentation ou du sommeil, agressivité et opposition par exemple) au domaine spécifique de l'éducation (donner un cadre éducatif, les relations intrafamiliales, les défaillances parentales, ou encore sujet ô combien brûlant : l'enfant (les parents) et les écrans).

Les pédiatres n'ont pas de formation spécifique en parentalité, ni en formation initiale, ni en formation continue. L'expérience dans le métier et auprès de ses propres enfants, le contact avec d'autres professionnels en réseau ou dans l'exercice mixte de leur métier (PMI, Camps, Sessad, crèches, pédopsychiatrie, maisons pour adolescents etc.), permet au pédiatre d'être en phase avec l'approche des problèmes de parentalité, et d'avoir une bonne expérience de bientraitance dans l'abord de l'enfant en croissance.

Le pédiatre ambulatoire se sent mal à l'aise dans certains répertoires de l'aide à la parentalité. Plus particulièrement dans le domaine de la protection de l'enfance (c'est un des domaines prioritaires de la PMI), l'homoparentalité, le divorce, le deuil familial, la gestion des conflits parents-enfants. Ainsi que dans des symptômes plus proches de la psychiatrie (tics, tocs etc.)

La féminisation de la profession rend-elle plus sensibles les pédiatres aux problèmes d'éducation ?

- Tout d'abord il est à noter que ce sont les femmes qui ont répondu massivement au questionnaire (443 v.112 pour les hommes soit 79,82 %), plus que la répartition actuelle en pédiatrie libérale (66,8 %). Elles paraissent donc très sensibles à l'aide à la parentalité. - Dans l'acquisition des compétences, la FMI et FMC ne se distinguent pas selon le sexe, ni les sources de compétences acquises, ni l'expérience auprès de leurs propres enfants. Les hommes utilisent davantage les ateliers de parentalité (9,62 % contre 3,43 % (p=0.05).

- Dans les prises en charge, seuls les tics semblent davantage boudés par les femmes (jamais pris en charge par 7,29 % des femmes contre 0,92 % des hommes (p=0.05). Les hommes sont plus à l'aise avec la prise en charge de l'agressivité que les femmes (48,18 % versus 30,05 %, p=0.05), des troubles de l'attention (40 % v. 26,48 %, p=0.05), des tocs (16,51 % v. 7,83 %, p=0.05) et des tics (34,26 % v. 22,25 %, p=0.05). Les femmes sont plus sensibles à l'éducation en homoparentalité (répondant parfois à la demande pour 29.68% v. 17.43%, p= 0.05).

- Il y a moins de consultations dédiées à l'aide à la parentalité parmi les femmes pédiatres (24.89% v. 34.23%, p=0.05), sans doute parce que c'est plus naturel pour elles de l'intégrer dans toute consultation.

Aussi la féminisation de la profession de pédiatre va-t-elle dans le sens de l'intégration complète de la dimension « éducationnelle » dans la consultation.

Conclusion

Au sein des nombreux lieux d'aide à la parentalité, le pédiatre, discrètement mais efficacement, remplit une tâche irremplaçable et constante de *bienveillance*, d'accompagnement et de repérage, comme le montre cette 1^{re} enquête auprès des pédiatres ambulatoires.

Cette aide est spontanée, quasi systématique, sans lien à ce jour avec une quelconque visibilité ou cotation professionnelle. Reconnaître cette implication du pédiatre, son efficacité en terme

médico-socio-économique, et sa présence au sein des multiples réseaux d'aide et d'accompagnement, est le premier pas vers une reconnaissance des pouvoirs publics.

Mais il reste encore à parfaire notre formation en ce domaine (c'est le rôle de l'AFPA), à asseoir notre visibilité, à travailler en réseaux, et la nécessité d'y intégrer une reconnaissance en santé publique.

Mots clefs. Parentalité / Familles / Éducation / Repérage / Réseaux / Bienveillance.

Références bibliographiques

- 1 Wilkinson R., Marmot M.dir. Les déterminants sociaux de la santé : les faits. Copenhague : OMS,2007 :40p.
- 2 Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale de la promotion de la santé, Ottawa (Canada),17-21 novembre 1986.
- 3 <http://www.humanium.org/fr/convention/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>
- 4 Conseil de l'Europe. Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS). Recommandation REC (2006) du Comité des ministres aux Etats membres relative aux politiques visant à soutenir une parentalité positive, 13 décembre 2006, CM (2006)194.2006
- 5 Nathalie Houzelle. Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité. Inpes. Dossiers Santé en action. Février 2014,p.50.
- 6 Danielle Rapoport. La bien-traitance envers les enfants : Des racines et des ailes. 16 janvier 2006. Editions Belin Naitre, grandir, devenir.
- 7 HAS. Guide de promotion de la bienveillance en établissements de santé et en EHPAD. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1313787/fr/bienveillance
- 8 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Promouvoir_la_bienveillance_dans_les_ets_de_sante_Annexes2-2-2.pdf
- 9 Nathalie Houzelle. Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité. Inpes. Dossiers Santé en action. Février 2014, p.22 et suivantes.
- 10 Daniel Marcelli. Il est permis d'obéir.11 janvier 2012. Poche.
- 11 Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagner la parentalité. Nathalie Houzelle. Inpes février 2014,p.25.
- 12 Coulon N., Cresson G.coord. La petite enfance, entre familles et crèches, entre sexe et genre. Paris :L'harmattan :231p.
- 13 CNOM Data. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015,p.192-193.
- 14 Insee. Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102
- 15 Catherine Gueguen. Pour une enfance heureuse. Repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Février 2014, Robert Laffont, p.31.

Bourses de recherche clinique

Appel à candidature (date limite 31/12/2016)

L'objectif de ces bourses est la promotion de la recherche clinique dans le domaine de la pédiatrie ambulatoire. Il s'agit de projets à venir ou en phase initiale.

Une bourse AFPA de 5.000 € pour un travail important avec possibilité de renouvellement l'année suivante.

Une bourse de 3.500 € « Sanofi-AFPA R&D », à orientation infectiologie pédiatrique (sous réserve renouvellement).

Deux bourses de 1.000 € pour deux thèses ou mémoires de DES sur des projets proposés par des pédiatres ou avec un pédiatre libéral dans le jury de thèse.

Conditions de candidature

- Être membre de l'AFPA à jour de sa cotisation.
- Junior en pédiatrie se destinant à exercer en ambulatoire ou jeune pédiatre installé en ambulatoire.
- Ou Jeunes médecins de toutes autres spécialités ambulatoires concernées par la santé de l'enfant.
- Ou membre d'un des groupes de recherche de l'AFPA

Renseignements, candidatures et inscription : f.vielesage@fvls.fr