

# Rémunération et information : quel levier dans la prise en charge de l'obésité infantile ?

**Carine Franc, Emilie Renard, Marc Le Vaillant, Nathalie Pelletier-Fleury**

Centre de recherche médecine, sciences, santé et société CERMES

7, rue Guy Môquet

94801 VILLEJUIF Cedex

[franc@vjf.cnrs.fr](mailto:franc@vjf.cnrs.fr)

## INTRODUCTION

L'obésité croît rapidement en France comme dans les autres pays d'Europe, et particulièrement depuis le début des années 1990 [1]. En 2006, l'épidémie concerne 12.4% de la population française contre 11.3 % en 2003 et 8.2% en 1997 [2]. Aujourd'hui, environ 16% des enfants âgés de moins de 15 ans sont en surpoids ou obèses alors qu'ils n'étaient que 5% dans les années 80 [3]. Outre les conséquences à plus ou moins long terme sur l'état de santé [4], outre les conséquences de l'obésité sur la qualité de vie de l'enfant [5], l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile est inquiétante car il existe un risque important de persistance à l'âge adulte. Les études montrent que cette persistance varie de 20 à 50% si l'obésité est apparue avant la puberté et de 50 à 70% après [3] [6]. L'obésité à l'âge adulte représente un vrai problème de santé publique en raison notamment des co-morbidités cardiovasculaires associées et des coûts induits pour la collectivité. Dans ce contexte, ressort clairement la nécessité de mettre en place des politiques de dépistage et de prévention très précoces. Ainsi, en France, des programmes et des actions de santé publique ont été initiés dès 2001<sup>1</sup>, et un objectif de réduction de la prévalence de l'obésité a été inscrit dans la loi de santé publique de 2004.

De nombreux travaux ont montré le rôle clé joué par les professionnels de soins primaires dans la prévention, le dépistage et le traitement de l'obésité. Les premiers travaux datent d'il y a 20 ans aux Etats-Unis [7] [8]. Ils montraient déjà, à travers des enquêtes sur les connaissances attitudes, croyances et pratiques des médecins face à la montée en puissance de l'épidémie, combien les médecins américains se sentaient impuissants face à cette maladie. Les obstacles à la prise en charge de l'obésité rencontrés et soulignés par les auteurs étaient variés : d'une part, de nombreuses difficultés liées aux patients -contexte socio-économique défavorisé de certains patients, accès difficile au système de soins, faible motivation pour enrayer un problème de poids, d'ailleurs pas nécessairement perçu comme un problème de santé [9]- ; ensuite, des difficultés liées à l'environnement alimentaire, peu favorable, dû particulièrement à l'engouement pour les fast-food et à l'accès facile et peu coûteux à une nourriture riche en sucres et en graisses ; enfin, des difficultés liées aux professionnels de soins primaires eux-mêmes, déjà très sollicités et insuffisamment formés à la prise en charge de cette maladie dans sa globalité. Les choses ont en réalité peu évolué depuis et les résultats des quelques enquêtes similaires réalisées en Europe face à la progression de l'épidémie n'ont pas apporté de résultats véritablement nouveaux [10]<sup>2</sup> [11] [12]. Sauf peut être, une enquête d'opinions menée en France, par Pelletier-Fleury et al. en 2005 dont les résultats ont montré l'impact négatif du lobbying de l'industrie agro-alimentaire sur les motivations des pédiatres à offrir de la prévention de l'obésité dans leur cabinet, en pratique de routine [13].

---

<sup>1</sup> REPOP, Réseaux de prise en charge de l'obésité en pédiatrie, Plan National Nutrition Santé.

<sup>2</sup> Pour un survol de la littérature des travaux sur les connaissances attitudes, croyances et pratiques en matière de prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Dans ces études et notamment dans celles qui s'intéressent à la prise en charge de l'obésité chez l'enfant, les obstacles « économiques » que peuvent constituer le mode de rémunération des médecins, le tarif en cas de paiement à l'acte et/ou la contrainte de temps sont finalement peu souvent étudiés et en tous cas rarement en les mettant au regard des caractéristiques des médecins. Pourtant, le manque de temps est un obstacle rapporté par 60% des pédiatres américains [11] et une rémunération trop faible constitue une barrière à la prise en charge de l'obésité infantile pour respectivement 30% [12] et 45% [11] d'entre eux. En France, cette question de la contrainte économique du médecin est devenue d'autant plus aiguë que de nouveaux rôles ont été confiés aux professionnels des soins primaires par la réforme de l'assurance maladie d'août 2004. En effet, les médecins généralistes et les pédiatres dans une moindre mesure sont plus que jamais confrontés à des arbitrages temps de travail / revenus / formation, tout en étant soumis à des pressions de plus en plus fortes pour moins et mieux prescrire<sup>3</sup>. La question de la réelle capacité du médecin à arbitrer entre production des soins curatifs et fourniture de soins préventifs, notamment pour la prévention et le traitement de l'obésité, est cruciale. Le système français de paiement des médecins, basé sur la rémunération à l'acte, est reconnu pour sa performance dans l'offre de soins curatifs mais aussi pour sa faiblesse dans la fourniture de soins de prévention. A partir d'une analyse de quelques résultats de santé rapportés à l'efficacité économique, Majnoni d'Intignano (1999) a montré que le système français était cher, efficace pour la médecine curative, en retard et souvent encore défaillant pour la prévention. Elle concluait que ces résultats reflétaient des arbitrages tacites souvent liés à des mécanismes de rémunération ou d'incitations [14]. Par ailleurs, Franc et Lesur (2004) ont montré dans un modèle théorique que la fourniture de prévention dans un contexte de rémunération à l'acte requiert effectivement un paiement explicite et/ou spécifique; pour être incité à fournir de la prévention, un médecin doit recevoir une rémunération au moins aussi attractive que celle accessible avec la fourniture d'un soin curatif [15]. Un autre travail théorique récente complète les travaux précédents en montrant que les incitatifs économiques sont malgré tout insuffisants et qu'ils doivent être complétés par des incitations à la formation professionnelle, permettant aux médecins d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences [16]. Ce résultat théorique n'a jamais été confronté à la réalité des arbitrages économiques que les médecins effectuent pourtant en pratique quotidienne.

Nous avons saisi l'occasion d'une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques que nous avons récemment menée sur la prise en charge de l'obésité en pédiatrie [17], pour interroger les pédiatres sur leurs préférences en matière de rémunération du temps de travail consacré à la prise en charge de l'obésité, sur le tarif conventionnel qui leur semblait le plus approprié et sur les barrières que représentait une durée de consultation *a priori* plus élevée que la moyenne lorsqu'il s'agissait de prendre en charge les problèmes de poids d'un enfant en pratique quotidienne.

Nous nous proposons dans cet article original d'analyser la perception qu'ont les médecins de ces contraintes économiques au regard de leurs profils que nous avons établis en fonction de leurs connaissances, attitudes, croyances et pratiques en matière de prise en charge de l'obésité.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **Matériel**

Les participants à notre enquête sur les connaissances attitudes, croyances et pratiques ont été contactés par l'intermédiaire de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) qui

---

<sup>3</sup> Certains travaux ont mis l'accent sur la substitution « temps passé avec le patient » et « prescription » : les contraintes peuvent être perçues par les professionnels comme étant de plus en plus fortes.

compte parmi ses membres (1911 membres en 2006) plus de 2/3 des pédiatres français exerçant une activité libérale. Nous avons exclu de notre champ d'enquête les pédiatres exclusivement hospitaliers en raison de leur spécialisation.

Pour construire le questionnaire utilisé dans l'enquête, nous nous sommes largement inspirés des précédents travaux publiés dans le domaine [10]. Notre questionnaire comportait 39 questions<sup>4</sup> relatives aux connaissances, attitudes, croyances et pratiques des pédiatres en matière de prise en charge – de la prévention aux soins curatifs - de l'obésité de l'enfant. A la fin du questionnaire, une série de questions était posée concernant les caractéristiques anthropométriques de chaque pédiatre interrogé (âge, sexe, poids, taille), leur hygiène de vie (régime alimentaire, activité sportive), leur état de santé perçu, leur activité (nombre moyen de consultations par semaine, % moyen d'enfants obèses dans leur patientèle), leur secteur d'activité (secteur 1 ou 2), leur formation post-universitaire sur des sujets d'actualité en médecine et notamment sur l'obésité et enfin sur leurs connaissances des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en matière de prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Enfin, et de façon originale, par rapport aux travaux déjà publiés, 3 questions relatives à la perception des contraintes «économiques» dans lesquelles les pédiatres exercent leur pratique au quotidien étaient posées. La 1<sup>ère</sup> question concernait le tarif conventionnel : « *Le tarif conventionnel de la consultation est-il un frein à la prise en charge de la surcharge pondérale ou de l'obésité d'un enfant en pédiatrie ambulatoire ?- les réponses proposées s'échelonnaient selon une échelle de 1 à 5 (de tout à fait d'accord à pas du tout d'accord)* » ; la 2<sup>ème</sup> question interrogeait les médecins sur la durée de consultation : « *La prise en charge de la surcharge pondérale ou de l'obésité augmente la durée de la consultation. Pour vous, cela constitue-t-il un frein à cette prise en charge ?- les réponses proposées s'échelonnaient selon une échelle de 1 à 5 (de tout à fait d'accord à pas du tout d'accord)* » ; enfin la 3<sup>ème</sup> question abordait plus largement la rémunération du temps de travail : « *Selon vous, quel changement dans votre mode de rémunération vous inciterait à suivre plus d'enfants en surcharge pondérale ou obèses dans votre consultation ? 1/ aucun changement, 2/ revalorisation du tarif conventionnel, 3/ forfait spécifique « maladie chronique » (ajouté au tarif conventionnel), 4/ forfait annuel de suivi de l'enfant pour « maladie chronique ».*

Tous les pédiatres membres de l'AFPA ont reçu le questionnaire par voie postale<sup>5</sup> après que l'enquête leur ait été présentée lors du congrès annuel de l'AFPA et après réception d'un courrier explicatif les invitant à participer à cette enquête. Pour des raisons budgétaires, le nombre de questionnaires collectés et analysés a été fixé *a priori* à 600.

Toutes les fins de semaine après le début de l'envoi du questionnaire un pointage du nombre de questionnaires reçus en retour a été effectué par notre équipe. Après 6 semaines, 611 questionnaires anonymes ayant été retournés, un dernier courrier a annoncé à tous la fin de la période d'inclusion.

### **Méthode d'analyse**

Dans cet article<sup>6</sup>, une analyse descriptive de la population des médecins de notre échantillon a tout d'abord été effectuée. Des tests du Chi2 ont été utilisés pour tester les liens entre les caractéristiques des médecins et leurs réponses aux 3 questions relatives à la perception des contraintes économiques. Dans un second temps, une analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une classification ascendante hiérarchique a permis de construire une typologie des pédiatres en fonction de leurs réponses aux 36 questions sur leurs connaissances (7), attitudes

---

<sup>4</sup> Les réponses proposées s'échelonnaient selon une échelle de 1 à 5 (de tout à fait d'accord à pas du tout d'accord, de très important à pas du tout important ou de toujours efficace à jamais efficace).

<sup>5</sup> Questionnaire anonyme accompagné d'une enveloppe T, à l'adresse de l'association.

<sup>6</sup> L'analyse des résultats de l'enquête sur les connaissances attitudes, croyances et pratiques des pédiatres à proprement parler ne sera pas exposée ici, voir [17].

(7), croyances (15) et pratiques (7) en matière de prise en charge de l'obésité infantile<sup>7</sup>. Ces items ont été utilisés dans l'ACM comme variables « actives » afin de partitionner *in fine* la population des pédiatres en profils. Tandis que, les caractéristiques des médecins et nos 3 variables d'intérêt que sont le tarif conventionnel, la contrainte de temps et plus généralement le mode de rémunération, ont été utilisées comme variables « illustratives » des profils de pédiatres obtenus. Ces variables illustratives ont donc permis d'analyser qui sont les médecins présents dans chacune des classes déterminées par la typologie, en fonction de la perception qu'ils ont des contraintes économiques.

## RESULTATS

Notre échantillon de 611 pédiatres répondants, soit plus d'un pédiatre libéral sur cinq (21,1%), est représentatif en termes d'âge, de sexe et de nature de l'activité de l'ensemble des pédiatres libéraux exerçant en France en 2006 (2 réf). Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau 1. Ils déclarent voir en moyenne près de 90 enfants par semaine et estiment en moyenne à 6.5% la part d'enfants obèses dans leur patientèle. Plus de la moitié d'entre eux (57.3%) déclarent suivre (ou avoir suivi) un enseignement post-universitaire sur la prise en charge de l'obésité et 69.6% déclarent connaître les recommandations de la Haute Autorité de Santé publiées en septembre 2003.

### **Analyse descriptive des réponses aux 3 questions relatives à la perception des contraintes économiques dans lesquelles les pédiatres exercent leur pratique au quotidien**

Les réponses aux 3 questions relatives à la perception des contraintes économiques sont contrastées : près d'1 pédiatre sur 3 déclare que l'augmentation de la durée de consultation consécutive à la prise en charge d'un problème de surpoids ou d'obésité constitue toujours (7.9%) ou souvent (23.5%) un obstacle à cette prise en charge, *a fortiori* parmi les hommes ( $p < 0.04$ ) et parmi les pédiatres ayant suivi un enseignement post universitaire ( $p < 0.01$ ) ; pour 34% des répondants, la durée de consultation constitue rarement un obstacle. Près de la moitié des pédiatres (46%) considèrent que le tarif conventionnel est un frein à cette prise en charge et cet obstacle est également davantage rapporté par les hommes ( $p < 0.03$ ). Il est intéressant de noter que si la quasi-totalité des pédiatres ont répondu aux 2 premières questions (moins de 1.2% de non réponse), 9.8% n'ont pas répondu à la question sur leur éventuel choix de rémunération alternative. Seulement 17% des pédiatres estiment qu'aucun changement de rémunération n'est souhaitable, alors que 50.1% d'entre eux préconisent un forfait spécifique pour maladie chronique, 11.3% un forfait annuel de suivi pour maladie chronique et seulement 11.8% sont en faveur d'une simple revalorisation du tarif conventionnel.

### **Profils des pédiatres en fonction de leurs connaissances, attitudes, croyances et pratiques dans la prise en charge de l'obésité infantile**

Les résultats de l'ACM<sup>8</sup> montrent clairement l'importance structurante des réponses aux questions sur les croyances et attitudes des pédiatres, tout particulièrement des réponses aux questions relatives à la perception qu'ils ont de leur propre efficacité, de leur niveau de

---

<sup>7</sup> Les questions de connaissances et pratiques sont pour la plupart composées de différents items ou sous questions ayant les mêmes modalités de réponses que l'ensemble des autres questions. Le questionnaire est disponible sur demande auprès des auteurs.

<sup>8</sup> Pour des raisons statistiques, les réponses aux questions de connaissances, attitudes, croyances et pratiques ont été recodées en 3 modalités de façon uniforme : 1-2 puis 3 et enfin 4-5 : « d'accord, moyennement d'accord et pas d'accord », « très important, important et peu important », « régulièrement, parfois, rarement » « efficace, moyennement efficace et peu efficace ».

formation, des bénéfices potentiels à court et moyen terme d'une amélioration de la corpulence d'un enfant en surcharge pondérale ou obèse et des chances selon eux, compte tenu de la complexité de cette maladie, du maintien à plus ou moins long terme d'une corpulence normale. D'autres réponses à des questions sur les croyances et attitudes des pédiatres enquêtés participent également à la structuration des profils. Il s'agit des questions relatives à la perception que les pédiatres ont des facteurs étiologiques de l'obésité. Plusieurs questions ayant été regroupées, afin de simplifier la présentation des résultats, permettent de distinguer les « responsabilités » attribuées par le pédiatre à l'enfant obèse<sup>9</sup> lui-même, à sa famille<sup>10</sup> et à l'environnement socio-économique<sup>11</sup> dans la survenue de la surcharge pondérale ou de l'obésité.

En revanche, les questions relatives aux pratiques et aux connaissances (à part la question sur l'âge physiologique du rebond d'adiposité) sont peu structurantes et ce principalement parce qu'il existe peu d'hétérogénéité entre les pédiatres. Tous disposent d'assez bonnes connaissances particulièrement sur les risques associés à l'obésité, sur l'inexistence d'un traitement médicamenteux adapté à l'enfant. De même, les pratiques varient finalement peu, qu'il s'agisse des méthodes de dépistage, des conseils donnés en matière de comportement alimentaire et d'hygiène de vie et du suivi des patients. Au final, 6 classes distinctes de médecins ont été mises en évidence (Tableau 2). Le tableau 3 résume les caractéristiques des médecins en fonction de ces classes de 1 à 6, permettant un descriptif des 6 profils.

### *Des pédiatres plutôt globalement optimistes et informés*

Les pédiatres des **classes 1 et 2**, représentant près de 43% de l'ensemble, sont globalement plus optimistes que la moyenne des pédiatres et ce à plusieurs égards. Selon eux, la prise en charge de l'obésité est plus facile chez l'enfant que chez l'adulte, du fait du potentiel de croissance de l'enfant mais aussi du fait de la dépendance de l'enfant vis-à-vis de ses parents. Ils sont plutôt moins d'accord que l'ensemble des pédiatres avec les affirmations selon lesquelles « *la prise en charge du surpoids ou de l'obésité de l'enfant conduit souvent à un échec* » ou « *la prise en charge du surpoids ou de l'obésité de l'enfant conduit à l'anorexie* ». Ces pédiatres semblent disposer d'une meilleure connaissance, ils sont près de 60% (vs 49.5% dans l'ensemble de l'échantillon) à correctement identifier l'âge physiologique du rebond d'adiposité et semblent d'ailleurs avoir davantage suivi une formation post-universitaire sur l'obésité et/ou connaître les recommandations de bonnes pratiques.

Les pédiatres de la classe 1, plus jeunes que la moyenne, se distinguent par un optimisme « sans faille » et par leur confiance en leur efficacité : 57.1% se sentent efficaces dans la prise en charge de l'obésité contre seulement 12.2% (dans l'ensemble de l'échantillon) et 44.4% se sentent correctement formés (vs 33.2%). L'optimisme de ces pédiatres s'inscrit aussi sur le plus long terme puisque 81.8% (vs 49.7%) considèrent qu'avec des conseils adaptés, un enfant anciennement obèse peut conserver une corpulence normale. Ces pédiatres estiment voir significativement plus d'enfants obèses dans leur patientèle que leurs confrères, 12.1% (vs 8%) estiment cette part à plus de 12%.

Les pédiatres de la classe 2, bien que globalement optimistes ont des croyances plus mitigées. Ils se sentent moins efficaces que ceux de la classe 1. Et, autre élément structurant important, « la responsabilité » qu'il attribue à l'enfant (comportement alimentaire inadapté, sédentarité) dans la survenue de l'obésité est très importante (85.3% vs 72.1%); même s'ils attribuent une responsabilité importante au contexte socio-économique de l'enfant ils ne considèrent pas pour

---

<sup>9</sup> Responsabilité de l'enfant regroupe 2 sous-questions : troubles du comportement alimentaire, style de vie sédentaire.

<sup>10</sup> Responsabilité de la famille regroupe 2 sous-questions : hérédité parentale et difficultés éducatives des parents.

<sup>11</sup> Responsabilité du contexte socio-économique de l'enfant regroupe 4 sous-questions : pressions publicitaires de l'industrie agro-alimentaire, accès permanent et accès peu coûteux à une alimentation hypercalorique, faible statut socio-économique des parents.

autant que la publicité et l'industrie agro-alimentaire rendent son discours et ses conseils dérisoires.

### ***Des pédiatres qui attribuent une responsabilité importante au contexte socio-économique dans la survenue de l'obésité de l'enfant***

Les profils de pédiatres des classes 3 et 4, représentant 28.3% de l'ensemble, sont essentiellement construits autour de la perception qu'ils ont des facteurs étiologiques de l'obésité: pour eux, même si les responsabilités de l'enfant d'une part, et de sa famille d'autre part, n'en sont pas pour autant atténuées, le contexte socio-économique joue un rôle clef dans la survenue des problèmes de poids chez l'enfant (très important pour respectivement 71.4% et 74.5% dans les classes 3 et 4 contre 57.3% en moyenne); par ailleurs, l'environnement publicitaire et le lobbying de l'industrie agro-alimentaire rendent d'après eux leurs recommandations dérisoires.

Parmi les pédiatres de la classe 3, il y a proportionnellement plus de pédiatres âgés de moins de 40 ans (10.3% vs 6.9% dans l'échantillon) et proportionnellement plus de femmes (62.4% vs 53.9%). Les pédiatres dans cette classe se distinguent par un manque de confiance dans leur efficacité: ils ne sont que 1.6% (vs 12.2% dans l'échantillon) à se sentir très efficace et surtout par la perception qu'ils ont de la prise en charge des problèmes de poids qui conduit souvent à l'échec pour 70.9% d'entre eux (vs 43.2% dans l'ensemble de l'échantillon). Par ailleurs, pour 29% des répondants (vs 13.9%) la prise en charge de l'enfant obèse peut conduire à l'anorexie. Toutefois, les pédiatres dans cette classe sont plutôt confiants s'agissant du devenir des enfants qui ont retrouvé une corpulence normale, selon 62.4% (vs 49.7%) d'entre eux, ces enfants peuvent avec des conseils adaptés conserver un poids stable.

Parmi les pédiatres de la classe 4, on note une « sur-représentation » des moins de 40 ans et des plus de 60 ans. Ces pédiatres se caractérisent par une activité plus intense que la moyenne 29.8% (vs 19.2%) estiment voir plus de 110 enfants par semaine. Bien que se sentant plutôt bien formés (59.6% vs 33.2%), ils ne sont que 31.1% à correctement identifier l'âge du rebond d'adiposité et nombreux sont ceux qui considèrent que la prise en charge conduit souvent à un échec voire à l'anorexie. Pourtant, ils se sentent relativement plus efficaces que la moyenne (19.6% vs 12.2% dans l'échantillon se sentent très efficaces). Près de 14.9% d'entre eux (vs 10.2%) déclarent avoir moins de 2% d'enfants obèses dans leur patientèle et 54.3% (vs 11.7%) d'entre eux considèrent qu'un enfant obèse manque de volonté et pour 48.9% (vs 34.9%), il consomme plus de soins de santé qu'un enfant de corpulence normale.

### ***Des pédiatres plutôt pessimistes et plutôt plus âgés***

Les pédiatres de la classe 5 sont plutôt plus âgés que la moyenne (28% a plus de 60 ans); ils représentent près d'un pédiatre sur 10. Ils apparaissent comme étant les moins informés (seuls 18.3% a correctement identifié l'âge du rebond d'adiposité) et reconnaissent ne pas se sentir correctement formés (57.8% vs 39.4%); ils apparaissent d'ailleurs comme ceux qui déclarent le moins souvent connaître les recommandations de la HAS et le moins souvent avoir suivi de formation post-universitaire sur l'obésité. Ces pédiatres se caractérisent par un pessimisme certain: 73.4% d'entre eux ne se sentent pas efficaces (vs 21.6%); pour 81.2%, la prise en charge conduit à un échec et cela n'est pas plus facile dans le cas d'un enfant que dans celui d'un adulte. Enfin, ils ne considèrent pas les bénéfices potentiels d'une amélioration de la corpulence comme particulièrement importants ni sur la santé physique de l'enfant (important pour 32.8% vs 50.9%) ni sur l'estime de soi de l'enfant (46.9% vs 81.8%), ni même sur le long terme puisqu'ils sont moins d'1 pédiatre sur 4 à considérer qu'avec des conseils adaptés, un enfant anciennement obèse peut conserver une corpulence normale (23.8% vs 49.7%). Finalement, ce sont ces

pédiatres qui estiment voir le moins d'enfants obèses : plus de 17% estiment voir moins de 2% d'enfants obèses dans leur patientèle.

### ***Des pédiatres qui se sentent moins concernés***

Les pédiatres de la classe 6, représentant près d'1/5 (soit 18.2%), considèrent majoritairement qu'un enfant obèse ne consomme pas plus de soins qu'un enfant de corpulence normale (68.8% vs 47.9%). Il est intéressant de noter que cette classe compte la part de pédiatres en surpoids ou obèses (IMC>25) la plus importante, soit 27% contre 22.8% et ceux qui apparaissent être les plus nombreux à avoir une activité moins intense près d'1/4 (24.3% vs 19.1%) d'entre eux voient moins de 70 enfants par semaine. Les pédiatres de cette classe ne se sentent pas efficaces (2.7% vs 12.2%) ni même correctement formés ; ils ne considèrent par ailleurs pas que la prise en charge des enfants obèses est plus facile que celle des adultes. Du point de vue des responsabilités, ils ont plutôt tendance à répondre systématiquement « moyen » : ce n'est vraiment la faute de personne mais d'un peu tout le monde. Pour près de la moitié d'entre eux (49.6% vs 22.9%), le contexte socio-économique est toutefois peu important pour expliquer l'obésité de l'enfant. Et de toutes façons, selon eux, une amélioration de la corpulence d'un enfant en surpoids ou obèse n'a pas un impact aussi positif que pour la moyenne d'entre eux, particulièrement sur l'état de santé de l'enfant (important pour 25% vs 50.9%).

### **Analyse de la perception des contraintes économiques au regard des différents profils de pédiatres**

Les profils de pédiatres établis sur la base des connaissances, attitudes croyances et pratiques en matière de prise en charge de l'obésité infantile répartissent les médecins de façon originale : des optimistes plus ou moins confiants, des pessimistes, d'autres se sentant peu concernés par le problème. L'analyse consiste maintenant à confronter ces profils à la perception qu'ils ont des contraintes économiques de leur pratique

Près de la moitié des pédiatres (46%) sont d'accord sur le fait que le tarif conventionnel constitue un frein à la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Cette perception semble d'autant plus fréquente que l'activité est importante. En effet, les pédiatres de la classe 4, caractérisée par l'activité la plus élevée, sont les plus nombreux (57.4%) à considérer le tarif conventionnel comme un frein à la prise en charge de l'obésité infantile. Malgré leur franc optimisme, les pédiatres de la classe 1 sont 51% à considérer de même, peut être parce qu'ils subissent ces contraintes économiques plus intensément en ayant, selon leurs estimations, le plus grand nombre d'enfants obèses dans leur patientèle (12.1% vs 8% ont plus de 12% d'enfants obèses dans leur patientèle). En revanche, les pédiatres « peu concernés » par le problème de l'obésité chez l'enfant (classe 6) sont près de la moitié à ne pas être pas d'accord (49.1%) et pour seulement 36.1% d'entre eux, le tarif de la consultation leur semble être un obstacle à cette prise en charge.

Ces derniers confirment encore un peu plus leur profil « d'indifférence » en considérant significativement moins souvent que l'allongement de la durée de consultation due à la prise en charge de l'obésité est un frein (23.4% vs 31.4%) et 39.6% considèrent même que c'est rarement le cas. A l'inverse, pour les « plus pessimistes » - (81.2% des pédiatres de la classe 5 la prise en charge de l'obésité conduit souvent à un échec) - cet allongement de la durée de consultation apparaît comme un obstacle « supplémentaire » significatif puisque plus de la moitié d'entre eux (51.6% vs 31.4%) considèrent qu'ils sont régulièrement contraints par le temps. Pour des raisons différentes, les pédiatres de la classe 4 sont aussi significativement plus nombreux que la moyenne à considérer que l'allongement de la durée de consultation est un obstacle à la prise en charge (46.8% vs 31.4%), et ce très probablement du fait d'une contrainte de temps davantage saturée par leur activité de routine plus importante. Il est aussi intéressant de rappeler que le

profil de ces pédiatres est construit autour des rôles et des responsabilités qu'ils jugent très importants de l'enfant, de sa famille et du contexte socio-économique. Il est possible que le coût d'opportunité de leur temps semble leur paraître trop élevé au regard de ces enfants qui manquent cruellement de volonté (pour 54.3% vs 11.7%). Toutefois, les pédiatres très optimistes, qui estiment voir plus d'enfants obèses que ceux de la classe 4 (pour une activité globale moyenne), ne mentionnent pas particulièrement l'allongement de la durée de consultation comme un obstacle et au contraire, ils sont plus nombreux à considérer que c'est rarement le cas (39.4% vs 34%). Selon ces derniers, c'est davantage le tarif de la consultation qui constitue un frein voire plus généralement le système de paiement actuel.

En effet, les pédiatres « optimistes », soit les profils 1 et 2, sont peu à considérer que le système de paiement actuel ne nécessite aucun changement (resp. 12.1% et 9.2% vs 17% en moyenne). Bien que la majorité plaide pour un forfait maladie chronique (qui s'ajouterait au tarif conventionnel), les préférences en termes de rémunération alternative sont pourtant significativement différentes entre ces deux profils de pédiatres : les « très optimistes » pencheraient davantage vers une augmentation pure et simple du tarif conventionnel (18.2% vs 11.8% en moyenne et 14.6% pour les pédiatres de la classe 2) qui, par définition, s'appliquerait à tous les actes fournis, qu'il s'agisse d'actes préventifs ou d'actes curatifs. Pour les « optimistes modérés » (classe 2), l'aspect maladie chronique de l'obésité semble l'emporter puisque, eux plaident en faveur de la mise en place d'un forfait annuel pour maladie chronique (15.2% vs 11.3% en moyenne), un système permettant de prendre en compte les actes de prévention réalisés avec l'enfant tout au long de l'année dans la pratique de routine.

Les pédiatres de la classe 3, sont ceux qui optent le plus pour la mise en place d'un forfait maladie chronique (54.8% vs 50.1% en moyenne), même si plus d'1 pédiatre sur 5 considère qu'aucun changement n'est nécessaire pour l'inciter à davantage prendre en charge les problèmes de poids de l'enfant. Pourtant, conscients de l'impact positif d'une prise en charge, ces pédiatres sont relativement peu confiants et se sentent inefficace, ils sont aussi ceux qui apparaissent comme étant les moins formés et informés (formation post-universitaire sur l'obésité et connaissances des recommandations de la HAS).

Les pédiatres « pessimistes » (classe 5) et « peu concernés » par le problème de l'obésité (classe 6), sont plutôt plus satisfaits du système actuel de paiement et ils sont près d'un quart à ne préconiser aucun changement (resp. 23.4% et 25.2% vs 17% en moyenne). Pourtant, les pédiatres de la classe 5 sont ceux qui estiment voir le moins d'enfants obèses dans leur patientèle (17.2% voit moins de 2% d'enfants obèses vs 10.2% en moyenne) peut être plus du fait de leur « pessimisme » que de leur perception du système de paiement actuel. Néanmoins, pour ceux qui plaident pour un changement, la faveur est au forfait maladie chronique (ajouté au tarif conventionnel), même si 14.1% (vs 11.8%) opterait pour une hausse pure et simple du tarif applicable à tout acte. Les pédiatres « peu concernés » sont finalement les moins nombreux à opter pour un forfait maladie chronique « systématique » (41.5% vs 50.1%) se tournant davantage vers le forfait annuel que leurs confrères (14.4% vs 11.3% en moyenne).

## **DISCUSSION**

Bien que les questions relatives aux conditions et contraintes économiques de la pratique médicale ne reflètent qu'une opinion « théorique » des pédiatres - sans conséquence réelle sur leur pratique ou leurs revenus - elles permettent néanmoins de comprendre comment ces conditions d'exercice sont perçues par ces médecins dans leur activité de routine. La confrontation de cette perception avec les profils originaux de pédiatres établis à partir des connaissances, attitudes, croyances et pratiques en matière d'obésité infantile permet de mieux appréhender la nature des arbitrages réalisés par les médecins.

Pour près de la moitié des pédiatres, le tarif conventionnel est un frein à la prise en charge et près d'1 pédiatre sur 2 se sentirait plus incité à prendre en charge des enfants obèses par la mise en place d'un forfait spécifique « maladie chronique » qui s'ajouterait au tarif conventionnel. Il existe toutefois des différences significatives de perception de ces contraintes économiques entre les différents profils. Ainsi, près d'¼ des pédiatres « peu concernés » (classe 6) par le problème de l'obésité chez l'enfant ou « très pessimistes » (classe 5) considèrent qu'aucun changement de rémunération n'est susceptible de les inciter à davantage prendre en charge l'obésité. En revanche, selon les réponses des plus « optimistes » (classes 1 et 2, les incitatifs économiques pourraient s'avérer plus encourageants même s'il apparaît que ces pédiatres sont déjà parmi les plus mobilisés dans la prise en charge des enfants obèses, estimant en voir plus que leur confrères, dans leur patientèle. Toutefois, l'estimation du pédiatre lui-même, de la part d'enfants obèses, qu'il voit pose la question du non dépistage et/ou de la sélection. En effet, un médecin peu concerné ou peu attentif au problème de surpoids ou d'obésité d'un enfant, ne dépistera pas forcément l'ensemble des enfants « à problème » sous-estimant cette population. Cependant, quelle que soit la raison d'une estimation faible de patients en surpoids ou obèses, cela peut s'interpréter comme une moindre mobilisation dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Ainsi, même si la perception des contraintes économiques est sensiblement différente entre les profils de pédiatres, il apparaît que seuls les incitatifs économiques pourraient être insuffisants pour favoriser la prise en charge de l'obésité en pédiatrie ambulatoire. Pourtant, les modèles théoriques dont l'objectif est de comprendre les arbitrages réalisés par les médecins, sont souvent construits autour des propriétés incitatives des différents systèmes de rémunération, proposant même des combinaisons de systèmes afin d'extraire au mieux ces incitations. Pourtant, il est clair que malgré un système commun à tous, les professionnels de santé ne réalisent pas tous les mêmes arbitrages en décidant notamment de fournir plus ou moins d'actes curatifs et/ou préventifs. Cette hétérogénéité, souvent étudiée, est finalement assez mal expliquée par les données quantitatives disponibles. Pelletier-Fleury et al. (2007) montrent que malgré la prise en compte des caractéristiques patients, des caractéristiques médecins et de caractéristiques contextuelles, un modèle multi-niveaux permet d'expliquer 42% de la variabilité des pratiques de prévention des maladies cardiovasculaires et 21% de la variabilité des pratiques de vaccination [18].

Il apparaît que les incitatifs financiers jouent un rôle clé, particulièrement dans le choix d'un niveau d'activité, mais ce rôle semble plus difficile à comprendre dans le choix d'un niveau d'actes préventifs offerts. L'enthousiasme, l'optimisme et la confiance en soi apparaissent être des caractéristiques très importantes dans le choix d'initier une prise en charge de l'obésité : ainsi, les pédiatres qui semblent être le mieux formés et informés (par le suivi d'un enseignement post-universitaire sur l'obésité et ou la connaissance des recommandations de la HAS) apparaissent comme les plus optimistes, les plus confiants, mais aussi et surtout les plus impliqués dans la prise en charge de l'obésité chez l'enfant.

Cette étude nous permet d'identifier certains freins rencontrés par les pédiatres dans la prise en charge de l'obésité infantile. Nous mettons notamment en évidence les problèmes liés au système de paiement à l'acte pour la fourniture de soins de prévention, dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique complexe. Toutefois, il apparaît clairement que de simples ajustements des incitatifs économiques pourraient s'avérer des leviers insuffisants sans la poursuite des efforts de formation et d'information, qui se révèlent être essentiels.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. International Obesity Task Force (IOTF). EU Platform on Diet, Physical Activity and Health: International Obesity Task Force EU platform Briefing Paper. Brussels IOTF, 2005. Available at: <http://www.iotf.org/media/euobesity3.pdf>.

2. ObEpi-Roche 2006 « 4<sup>ème</sup> enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France »
3. Rapport de l'ANAES 2003 « Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent »
4. Daviglius ML, Liu K, Yan LL. Relation of body mass index in young adulthood and middle age to Medicare expenditures in older age. *Jama* 2004; 292:2743-2749.
5. Eiser C., Morse R. « Quality-of-life measures in chronic disease of childhood ». *Health Technology Assessment* 2001 ; vol5 : n°4.
6. Rapport INSERM, 2000: « Childhood obesity, screening and prevention »
7. Price JH, Desmond SM, Krol RA, Snyder FF, O'Connell JK. « Family Practice Physicians' Beliefs, Attitudes, and Practices regarding obesity ». *American Journal of Preventive Medicine*, 1987 ; 3 (6) ; 339-345.
8. Price, Desmond, Ruppert, Stelzer « Pediatricians' Perceptions and Practices Regarding Childhood Obesity », *American Journal of Preventive Medicine*, 1989; 5(2) page95-103.
9. Jeffery AN, Voss LD, Metcalf BS, Alba S, Wilkin TJ. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross-sectional study within a cohort (EarlyBird 21). *BMJ* 2005; 330: 23-24.
10. Van Gerwen M, Franc C, Pelletier-Fleury N, Rosman S, Le Vaillant Marc : « Primary care physicians' knowledge, attitudes, beliefs, practices and experienced barriers in management regarding childhood obesity: a systematic review », mimeo 2007.
11. Story MT, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, Barlow SE. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills and training needs among health care professionals. *Pediatrics* 2002;110: 210-214.
12. Perrin EM, Flower KB, Garrett J, Ammerman AS. Preventing and treating obesity: pediatricians' self-efficacy, barriers, resources and advocacy. *Amb Pediatrics*; 2005;5:150-156
13. Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Franc C, Rosman S : « Prevention of obesity in daily practice: a telephone survey among paediatricians.», *American Journal of Preventive Medicine- Research Letter*, 2006 ; 31(6) page 533.
14. Majnoni d'Intignano B., 1998, «La performance qualitative du système de santé français», Complément A in Régulation du système de santé, Rapport du Conseil d'Analyse Economique, n°13, La Documentation Française.
15. Franc C., Lesur R., « Système de rémunération des médecins et incitations à la prévention » *Revue Economique*, n° 5, pages 901-922, Septembre 2004
16. Franc C., De Pourville G. « Getting the GP to make the right diagnosis: the role of economic incentives. », mimeo 2007.
17. Franc C., Van Gerwen M., Le vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. :« French pediatricians' Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices in the management of weight problems in children ». mimeo.
18. Pelletier-Fleury N., Le Vaillant M., Hebbrecht G., Boisnault P. « Determinants of preventive services in general practice A multi level approach in cardiovascular domain and vaccination in France. *Health Policy* 81 (2007); 218-227.

## Tableaux

**Tableau 1 : Caractéristiques des pédiatres dans l'étude (n=611)**  
Nombre de pédiatres (%)

<b>Age</b>	
Moins de 40 ans	6.9 (42)
De 40 à 49 ans	24.8 (151)
50 ans ou plus	68.3 (418)
<b>Sexe</b>	
Femmes	53.9 (329)
Hommes	46.1 (282)
<b>Type de pratique</b>	
Uniquement libérale	64.9 (396)
Libérale et hospitalière	34.9 (215)
<b>Secteur d'activité</b>	
Secteur 1	73 (446)
Secteur 2	27 (165)
<b>Indice de masse corporelle (en kg/m<sup>2</sup>)</b>	
<18.5	21 (3.5)
18.5 – 25	443 (73.5)
25 – 30	131 (21.7)
>30	8 (1.3)
<b>Etat de santé perçu</b>	
Excellent ou très bon	303 (50.3)
Bon	288 (47.8)
Mauvais ou très mauvais	11 (1.8)
<b>Activités physiques ou sportives</b>	
Plusieurs fois par semaine	281 (46.8)
Une fois par semaine	222 (37.0)
Une fois par mois ou jamais	97 (17.2)
<b>Pédiatres ayant déjà suivi un régime alimentaire amaigrissant</b>	
Oui	224 (36.9)
Non	606 (63.1)

**Tableau 2:** Descriptif des 6 classes de pédiatres en fonction des variables actives

Effectif (%)	CLASSE 1 99- 16,2%	CLASSE 2 164- 26,8%	CLASSE 3 126- 20,6%	CLASSE 4 47- 7,7%	CLASSE 5 64- 10,5%	CLASSE 6 111- 18,2%	échantillon 611
<b>Connaissance de l'âge physiologique du rebond d'adiposité (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
Entre 5 et 7 ans	<b>59.8</b>	<b>60.1</b>	48.4	31.1	<b>18.3</b>	50.5	49.5
<b>Efficacité dans la prise en charge du point de vue du pédiatre (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
efficace	<b>57.1</b>	1.8	1.6	<b>19.6</b>	1.6	2.7	12.2
pas efficace	2.0	9.8	26.4	19.6	<b>73.4</b>	21.6	21.6
<b>Le pédiatre est correctement formé (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	<b>44.4</b>	28.0	42.4	<b>59.6</b>	20.3	16.4	33.2
pas d'accord	30.3	35.1	46.4	34.0	<b>57.8</b>	37.3	39.4
<b>La prise en charge conduit souvent à un échec (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	<b>11.3</b>	<b>29.3</b>	<b>70.6</b>	53.2	<b>81.2</b>	34.2	43.2
pas d'accord	<b>83.5</b>	16.5	10.3	27.7	4.7	17.1	25.6
<b>La prise en charge peut conduire à l'anorexie (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	<b>8.1</b>	<b>9.2</b>	<b>29.0</b>	<b>21.3</b>	9.5	8.3	13.9
pas d'accord	69.7	58.3	43.6	48.9	65.1	63.9	58.1
<b>Du fait du potentiel de croissance prise en charge plus facile que chez l'adulte (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	<b>79.6</b>	<b>70.4</b>	54.6	<b>74.5</b>	22.6	20.9	53.1
pas d'accord	7.1	10.5	37.6	17.0	<b>53.2</b>	38.2	25.5
<b>Du fait de la dépendance de l'enfant vis à vis de ses parents, prise en charge plus facile que chez l'adulte (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	<b>38.8</b>	<b>42.5</b>	18.7	61.7	<b>20.3</b>	9.1	30.1
pas d'accord	39.8	22.5	<b>75.6</b>	36.2	53.1	<b>76.4</b>	50.3
<b>Responsabilité du contexte socio – économique de l'enfant (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
Très important	44.4	64.0	<b>71.4</b>	<b>74.5</b>	65.6	30.6	57.3
plutôt important	20.2	26.2	19.1	2.1	17.2	19.8	19.8
peu important	35.4	9.8	9.5	23.4	17.2	<b>49.6</b>	22.9
<b>La publicité rend les recommandations du pédiatre dérisoires (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	28.3	31.3	<b>61.3</b>	<b>76.6</b>	64.1	37.0	44.9
pas d'accord	66.7	23.9	27.4	17.0	7.8	38.7	32.1
<b>Responsabilité des enfants</b>							
très importante	75.0	<b>85.3</b>	<b>79.5</b>	<b>84.8</b>	72.9	34.9	72.1
plutôt importante	25.0	14.7	20.5	15.2	27.1	<b>63.2</b>	27.6
<b>Un enfant obèse manque de volonté (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	15.2	<b>4.9</b>	4.0	<b>54.3</b>	23.8	2.7	11.7
pas d'accord	80.8	69.3	87.9	26.1	42.9	89.2	72.6
<b>Responsabilité de la famille</b>							
très importante	71.3	73.8	<b>71.9</b>	<b>80.8</b>	69.8	27.2	65.0
plutôt importante	27.6	26.2	25.3	19.2	27.0	69.9	33.8
<b>Les enfants obèses consomment davantage de soins de santé que les enfants de corpulence normale (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	34.3	39.9	41.9	<b>48.9</b>	28.6	17.4	34.9
pas d'accord	49.5	39.9	46.8	36.2	41.3	<b>68.8</b>	47.9
<b>Une amélioration de la corpulence produit des effets bénéfiques sur la santé physique de l'enfant (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	58.6	51.2	65.0	<b>80.8</b>	<b>32.8</b>	<b>25.0</b>	50.9
pas d'accord	9.1	12.2	12.2	4.3	12.5	25.9	13.6
<b>Une amélioration de la corpulence produit des effets bénéfiques sur l'estime de soi (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	<b>90.9</b>	<b>95.7</b>	88.9	89.4	<b>46.9</b>	62.2	81.8
moyennement d'accord	8.1	4.3	10.3	8.5	50.0	36.0	17.0
<b>Avec des conseils adaptés, un enfant anciennement obèse peut conserver une corpulence normale (<math>p &lt; .0001</math>)</b>							
d'accord	<b>81.8</b>	38.0	62.4	59.6	<b>23.8</b>	34.0	49.7
pas d'accord	3.0	6.8	3.2	6.4	<b>28.6</b>	<b>17.4</b>	9.6

**Tableau 3 :** Descriptif des 6 classes de pédiatres en fonction des caractéristiques pédiatres (variables illustratives)

Effectif (%)	CLASSE 1 99- 16,2%	CLASSE 2 164- 26,8%	CLASSE 3 126- 20,6%	CLASSE 4 47- 7,7%	CLASSE 5 64- 10,5%	CLASSE 6 111- 18,2%	échantillon 611
<b>Genre</b>							
homme	44.9	46.1	37.6	46.7	57.1	49.5	<b>46.1</b>
femme	55.1	53.9	62.4	53.3	42.9	50.5	<b>53.9</b>
<b>Âge (p=.0055)</b>							
<40 ans	4.0	7.3	<b>10.3</b>	<b>10.6</b>	0.0	7.2	<b>6.9</b>
entre 40 et 50 ans	<b>33.3</b>	26.2	21.4	19.2	21.9	22.5	<b>24.7</b>
entre 50 et 60 ans	49.5	52.4	54.0	42.6	50.0	53.2	<b>51.4</b>
>60 ans	13.1	14.0	14.3	<b>27.7</b>	<b>28.1</b>	17.1	<b>17.0</b>
<b>Secteur d'activité<sup>12</sup></b>							
Secteur 1	67.0	65.0	61.5	67.4	77.4	74.1	<b>67.8</b>
Secteur 2	29.8	30.0	32.0	28.3	14.5	21.3	<b>27.0</b>
<b>Nature de l'exercice</b>							
Exclusivement libéral	67.7	64.0	65.6	68.2	58.7	65.7	<b>65.0</b>
Libéral +hospitalier	32.3	36.0	34.4	31.8	41.3	34.3	<b>35.0</b>
<b>IMC</b>							
<18,5	7.1	2.5	4.0	2.1	9.4	5.4	<b>4.7</b>
entre 18,5 et 25	73.7	76.8	73.0	74.5	65.6	67.6	<b>72.5</b>
>25	19.2	20.7	23.0	23.4	25.0	<b>27.0</b>	<b>22.8</b>
<b>Enseignement post universitaire sur l'obésité</b>							
oui	<b>60.6</b>	<b>62.7</b>	52.0	47.8	50.0	60.4	<b>57.3</b>
non	39.4	37.3	48.0	52.2	50.0	39.6	<b>42.7</b>
<b>Recommandations de la HAS</b>							
oui	<b>79.8</b>	<b>72.1</b>	63.6	71.7	64.1	65.4	<b>69.6</b>
non	20.2	27.9	36.4	28.3	35.9	34.6	<b>30.4</b>
<b>Estimation par le médecin du nombre d'enfants vus par semaine</b>							
Moins de 70	16,2	21,3	16,7	21,3	12,6	<b>24,3</b>	<b>19,1</b>
De 70 à 110	61,6	52,4	64,3	46,8	65,6	57,7	<b>58,3</b>
Plus de 110	17,2	20,2	15,9	<b>29,8</b>	21,8	17,1	<b>19,2</b>
Non réponse	5,0	6,1	3,1	2,1	0,0	0,9	<b>3,4</b>
<b>% d'enfants obèses estimé par le médecin</b>							
Moins de 2%	8.1	7.3	11.1	<b>14.9</b>	<b>17.2</b>	9.0	<b>10.2</b>
Plus de 12%	<b>12.1</b>	<b>9.2</b>	7.1	8.5	6.3	4.5	<b>8.0</b>
Non réponse	10.1	13.4	14.3	6.4	4.7	14.4	<b>11.8</b>

<sup>12</sup> Une troisième catégorie concerne les pédiatres en secteur 1 avec dépassement exceptionnel.

**Tableau 4** : Descriptif des 6 classes de pédiatres au regard des contraintes de la pratique (variables illustratives)

Effectif (%)	CLASSE 1 99- 16,2%	CLASSE 2 164- 26,8%	CLASSE 3 126- 20,6%	CLASSE 4 47- 7,7%	CLASSE 5 64- 10,5%	CLASSE 6 111- 18,2%	échantillon 611
<b>Le tarif conventionnel est un frein à la prise en charge</b>							
d'accord	51.0	47.2	42.9	<b>57.4</b>	<b>50.0</b>	36.1	<b>46.0</b>
pas d'accord	36.5	34.4	35.7	27.7	32.8	49.1	<b>36.9</b>
<b>L'augmentation de la durée de consultation est un frein (p=.0035)</b>							
régulièrement	27.3	28.8	28.8	<b>46.8</b>	<b>51.6</b>	23.4	<b>31.4</b>
rarement	39.4	30.1	35.2	29.8	26.5	39.6	<b>34.0</b>
<b>Changement dans le mode de rémunération (p=.0080)</b>							
aucun	12.1	9.2	21.4	14.9	<b>23.4</b>	<b>25.2</b>	<b>17.0</b>
revalorisation du tarif conventionnel	18.2	14.6	6.4	10.6	14.1	7.2	<b>11.8</b>
forfait maladie chronique	50.5	53.7	54.8	46.8	48.4	41.5	<b>50.1</b>
forfait annuel de suivi	7.1	15.2	7.9	14.9	6.3	14.4	<b>11.3</b>
<i>Non réponse</i>	12.1	7.3	9.5	12.8	7.8	11.7	<b>9.8</b>