



HAL
open science

Les stratégies utilisées par les médecins généralistes lors de l'examen des enfants de 9 à 36 mois : étude auprès de médecins généralistes maîtres de stage de la Faculté de Brest

Christelle Le Biavant

► To cite this version:

Christelle Le Biavant. Les stratégies utilisées par les médecins généralistes lors de l'examen des enfants de 9 à 36 mois : étude auprès de médecins généralistes maîtres de stage de la Faculté de Brest. Pédiatrie. 2013. dumas-01156511

HAL Id: dumas-01156511

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01156511>

Submitted on 27 May 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

Année 2013

N°

THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE
SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

DIPLOME D'ETAT

Par

Mme Christelle LE BIAVANT

Née le 28 avril 1982 à VANNES

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2013

**Les stratégies utilisées par les médecins généralistes lors
de l'examen des enfants de 9 à 36 mois.**

Etude auprès de médecins généralistes maîtres de stage de la
Faculté de Brest.

Président

Monsieur le Professeur Loïc DE PARSCAU

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE

Monsieur le Professeur Bernard LE FLOCH

Monsieur le Docteur Benoît CHIRON

Madame le Docteur Anne-Marie LE BERRE

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

Année 2013

N°

THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE
SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

DIPLOME D'ETAT

Par

Mme Christelle LE BIAVANT

Née le 28 avril 1982 à VANNES

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2013

**Les stratégies utilisées par les médecins généralistes lors
de l'examen des enfants de 9 à 36 mois.**

Etude auprès de médecins généralistes maîtres de stage de la
Faculté de Brest.

Président

Monsieur le Professeur Loïc DE PARSCAU

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE

Monsieur le Professeur Bernard LE FLOCH

Monsieur le Docteur Benoît CHIRON

Madame le Docteur Anne-Marie LE BERRE

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

DOYENS HONORAIRES :

Professeur H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

CENAC Arnaud

Médecine interne

GIOUX Maxime

Physiologie

LAZARTIGUES Alain

Pédopsychiatrie

YOUINOU Pierre

Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

LEJEUNE Benoist

Epidémiologie, Economie de la santé & de la
prévention

SENECAIL Bernard

Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel

Réanimation Médicale

FEREC Claude

Génétique

JOUQUAN Jean

Médecine Interne

LEFEVRE Christian

Anatomie

MOTTIER Dominique

Thérapeutique

OZIER Yves

Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ERE} CLASSE

BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{EME} CLASSE

ANSART Séverine	Maladies infectieuses, maladies Tropicales
------------------------	---

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie & Imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique ; brûlologie
LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
STINDEL Eric	Biostatistiques, Informatique Médicale & technologies de communication
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALERI Antoine	Urologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIEN LIBERAL

LE RESTE Jean Yves	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

LE FLOC'H Bernard	Médecine Générale
--------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE HORS CLASSE

AMET Yolande	Biochimie et Biologie moléculaire
LE MEVEL Jean Claude	Physiologie
LUCAS Danièle	Biochimie et Biologie moléculaire
RATANASAVANH Damrong	Pharmacologie fondamentale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ERE CLASSE

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
JAMIN Christophe	Immunologie
MIALON Philippe	Physiologie
MOREL Frédéric	Médecine & biologie du développement & de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie
VALLET Sophie	Bactériologie – Virologie ; Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2EME CLASSE

ABGRAL Ronan	Biophysique et Médecine nucléaire
BROCHARD Sylvain	Médecine Physique et Réadaptation
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie – Virologie; Hygiène
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Gérald	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS STAGIAIRES

LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et Médecine nucléaire
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement & de la reproduction
TALAGAS Matthieu	Cytologie et histologie

MAITRE DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier

Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre

Médecine Générale

CHIRON Benoît

Médecine Générale

NABBE Patrice

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

FAYAD Hadi

Génie informatique, automatique et traitement
du signal

HAXAIRE Claudie

Sociologie - Démographie

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MONTIER Tristan

Biochimie et biologie moléculaire

MORIN Vincent

Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

BALEZ Ralph

Médecine et Santé au travail

AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Loïc De Parscau, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Yves Le Reste, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Bernard Le Floch, pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour le temps que tu m'as consacré et tes conseils tout au long de cette recherche.

A Monsieur le Docteur Benoît Chiron, pour m'avoir fait l'honneur de juger cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Anne-Marie Le Berre, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury de thèse. Merci pour les échanges enrichissants que nous avons eus lors des séances de tutorat et pour tout ce que tu m'as enseigné.

Aux externes de DCEM4, pour le recueil de données lors de votre stage ambulatoire. Sans vous, ce travail n'aurait pu aboutir.

Aux médecins maîtres de stage, qui avez participé à cette étude.

A tous mes maîtres de stage et aux médecins que j'ai rencontrés au cours de mes études, pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine. Merci d'avoir participé à ma formation.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue et encouragée tout au long de mes études. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi et d'avoir respecté mes choix.

A Stéven, pour l'affection et la bonne humeur que tu m'apportes depuis notre rencontre. Merci aussi pour ta confiance, ton soutien et surtout ta patience ces derniers mois.

A mon frère Nicolas et à Maureen, merci pour votre bonne humeur et votre présence.

A tous les membres de ma famille, pour votre soutien et vos encouragements, sans oublier ceux partis trop tôt.

A mes amis, pour tous les bons moments partagés ensemble. Merci pour votre présence. Un grand merci au trio de choc et à Marina pour votre soutien durant cette période de thèse.

A ceux qui ont consacré du temps à la relecture de cette thèse. Je vous en suis reconnaissante.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PREAMBULE.....	2
1 La pédiatrie en médecine générale.....	2
1.1 Le médecin généraliste.....	2
1.2 Le recours au médecin.....	2
1.3 La prévention.....	3
1.3.1 La vaccination.....	3
1.3.2 Le dépistage.....	3
2 Le développement de l'enfant de la naissance à 36 mois.....	4
2.1 A la naissance.....	4
2.2 De 0 à 3 mois.....	5
2.3 De 3 à 9 mois.....	5
2.4 De 9 à 18 mois.....	5
2.5 De 18 à 36 mois.....	6
3 La relation médecin-enfant.....	7
3.1 La relation médecin-malade.....	7
3.2 La communication.....	7
3.3 Les spécificités liées à la pédiatrie.....	8
MATERIEL ET METHODE.....	9
1 Recueil des données.....	9
1.1 Choix de la méthode.....	9
1.2 La grille d'évaluation.....	9
1.2.1 Choix et caractéristiques de la population étudiée.....	9
1.2.2 Caractéristiques des enfants examinés.....	10
1.2.3 Elaboration de la grille.....	10
1.3 Période d'étude.....	12
2 Analyse des données.....	12
RESULTATS.....	14
1 Taux de réponses.....	14
2 Caractéristiques des populations.....	14
2.1 Les médecins observés.....	14
2.2 Les enfants examinés.....	15
3 Les stratégies mises en place par le médecin.....	17
3.1 La communication.....	17
3.1.1 Le langage verbal.....	18
3.1.1.1 L'information, l'explication.....	18
3.1.1.2 Les questions.....	18
3.1.1.3 Le langage adapté.....	19
3.1.1.4 La chanson.....	19
3.1.2 Le langage non verbal.....	19
3.1.2.1 L'utilisation du jeu.....	19
3.1.2.2 La présence du proche.....	20

3.1.2.3	L'attitude	20
3.1.2.4	L'intonation de la voix	21
3.1.2.5	Le toucher	21
3.1.2.6	Le sourire.....	21
3.1.3	L'utilisation des différents modes de communication	21
3.2	Le déroulement de l'examen	22
3.3	La récompense.....	23
3.4	L'environnement	23
4	Le comportement de l'enfant	24
4.1	Evolution lors de l'observation	24
4.2	Retentissement sur l'examen clinique.....	30
DISCUSSION		33
1	Validité des résultats	33
1.1	Validité interne	33
1.2	Limites de l'étude.....	34
1.2.1	Taux de réponse	34
1.2.2	Biais de sélection.....	34
1.2.3	La grille d'évaluation	34
1.2.4	Biais d'interprétation.....	35
2	Analyse des résultats	35
2.1	Les stratégies mises en place par le médecin	35
2.1.1	Le langage verbal	36
2.1.2	L'utilisation du jeu	36
2.1.3	La participation de l'accompagnant	37
2.1.4	Le déroulement de l'examen clinique	37
2.1.5	La récompense.....	38
2.2	Le comportement de l'enfant	38
2.2.1	Par rapport au médecin.....	38
2.2.2	Par rapport à l'âge de l'enfant	39
2.2.3	Par rapport à l'examen clinique	39
2.2.4	Par rapport au motif de consultation	39
2.2.5	Autres facteurs.....	40
2.3	L'influence du comportement du médecin sur celui de l'enfant.....	40
2.4	La participation des externes à l'étude	40
3	Nouvelles perspectives	41
CONCLUSION		42
BIBLIOGRAPHIE		43
ANNEXES		46
Annexe A : La grille d'évaluation.....		46
Annexe B : Tableaux de contingence.....		48

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des médecins en fonction de leur milieu d'exercice.....	15
Figure 2 : Répartition des enfants en fonction de leur classe d'âge.....	16
Figure 3 : Motifs de recours au médecin généraliste	17
Figure 4 : Effectifs absolus des enfants en fonction de leur degré d'opposition lors de la consultation	24
Figure 5 : Comportement de l'enfant au début de la consultation en fonction du motif de recours au médecin.....	25
Figure 6 : Evolution du comportement de l'enfant lors de la consultation en fonction de sa classe d'âge	27
Figure 7 : Evolution du comportement de l'enfant lors de la consultation en fonction du sexe	27
Figure 8 : Evolution du comportement de l'enfant en fonction du motif de consultation	28
Figure 9 : Evolution du comportement de l'enfant lors de la consultation en fonction de la connaissance ou non du médecin	28
Figure 10 : Evolution du comportement de l'enfant lors de la consultation en fonction de l'âge du médecin	29
Figure 11 : Evolution du comportement des enfants ayant été sécurisés lors de la consultation	29
Figure 12 : Retentissement du comportement de l'enfant sur l'examen clinique.....	30
Figure 13 : Perturbation de l'examen clinique en fonction de l'âge de l'enfant.....	31
Figure 14 : Perturbation de l'examen clinique en fonction du sexe de l'enfant.....	32
Figure 15 : Perturbation de l'examen clinique en fonction de l'âge du médecin.....	32

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des médecins étudiés	15
Tableau 2 : Répartition des enfants en fonction de l'âge du médecin.....	16
Tableau 3 : Répartition des différents modes de communication en fonction de l'âge de l'enfant	21
Tableau 4 : Répartition des différents modes de communication en fonction de l'âge du médecin	22

ABBREVIATIONS

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
BCG	bacille Bilié Calmette-Guérin
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CHEOPS	Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DCEM4	4 ^e année du Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECN	Examen Classant National
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS	Institut de Veille Sanitaire
OPS	Objective Pain Scale
ORL	Oto-Rhino-Laryngologique
WONCA	World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est amené dans sa pratique à examiner des enfants. L'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) publiée en 2007, réalisée sur 6 mois en 2002, comportait 922 généralistes qui devaient décrire une soixantaine de leurs consultations. Les enfants âgés de 0 à 15 ans ont fait l'objet de 6652 observations qui impliquaient 89% des généralistes dont 30% d'entre eux en avaient vu plus de 10¹.

L'examen d'un enfant est l'occasion pour le praticien de s'assurer de son bon développement psychomoteur et de dépister d'éventuels troubles². Cependant, il peut être confronté lors de l'examen clinique des nourrissons et des jeunes enfants à des difficultés à un moment donné. Il peut s'agir d'agitation, de pleurs, de hurlements ou d'une simple inquiétude. Le travail des Dr Canevet, Erbacher et Senand a démontré, lors de 95 observations d'enfants de 12 à 30 mois en médecine générale, que la plupart ont manifesté de l'opposition et que 20% d'entre eux seulement sont restés calmes du début à la fin de la consultation³. Cela suggère que l'examen clinique génère pour l'enfant un sentiment d'insécurité, qui se traduit par une opposition de divers degrés. Il est donc indispensable pour le médecin de parvenir à instaurer une relation médecin-enfant de confiance pour le rassurer et l'examiner dans de bonnes conditions.

Il est logique de penser qu'une attitude adaptée de la part du praticien améliore celle de l'enfant. Il existe des ouvrages qui traitent du déroulement de l'examen pédiatrique^{4,5}, mais peu d'entre eux décrivent la démarche que doit adopter un généraliste pour y parvenir.

Une étude observationnelle directe a été réalisée auprès des généralistes, affiliés à la Faculté de Médecine de Brest, accueillant des externes en stage.

Le premier objectif de l'étude était de décrire le comportement des médecins généralistes lors de l'examen clinique des enfants de 9 à 36 mois. Le second consistait à vérifier l'hypothèse selon laquelle les stratégies mises en place pour instaurer un climat de sérénité permettent d'améliorer la relation médecin-enfant et de faciliter l'examen. Il s'agissait également d'un exercice pédagogique auprès des externes de médecine générale et d'étudier la faisabilité d'études réalisées à partir de ces investigateurs.

PREAMBULE

1 La pédiatrie en médecine générale

1.1 Le médecin généraliste

La WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale-médecine de famille), branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), a défini en 2002 la discipline « médecine générale-médecine de famille ». L'une des missions du médecin généraliste est d'être : « le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée »⁶.

Les soins aux enfants font donc partie intégrante de son activité.

En France, le suivi pédiatrique se partage entre médecins généralistes et pédiatres. Les enfants de moins de 16 ans sont affranchis du parcours de soins, imposé par la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004. Cette loi oblige de passer par un médecin « traitant », chargé d'aiguiller les patients vers le ou les spécialistes dans les seuls cas où cela s'avère nécessaire. Le pédiatre peut ainsi être le médecin de l'enfant.

Une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2002 a montré que 97% des enfants de moins de 3 ans ont été vus entre 0 et 2 ans par un médecin généraliste ou un pédiatre libéral. Parmi eux, 5% ont vu seulement un pédiatre, 40% ont vu seulement un généraliste et 55% ont été suivis conjointement par les 2⁷.

1.2 Le recours au médecin

La DREES a réalisé une enquête en 2002 concernant la prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale. 87% des consultations ont eu lieu au cabinet médical et 13% étaient des visites¹.

Les motifs de recours étaient surtout représentés par les pathologies bénignes et la prévention, comme le montre cette étude.

Les diagnostics répertoriés étaient :

- les infections des voies respiratoires hautes dans 54,8% des cas (angine, rhinopharyngite, bronchite, toux, otite, rhinite)
- la vaccination (9,4%)
- l'état fébrile (7,6%)
- les visites de prévention (4,2%)
- les douleurs abdominales (4,3%).

Pour le Dr Griot, dans son étude sur les consultations d'enfants en médecine générale, la prévention atteignait 32,1% des motifs de consultation chez l'enfant de 0 à 2 ans⁸.

1.3 La prévention

La prévention fait partie de l'activité de base des médecins prenant en charge des enfants. Elle passe par la vaccination et le dépistage.

1.3.1 La vaccination

Trois vaccinations sont obligatoires chez l'enfant en France, ce sont des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Les autres sont recommandés, il s'agit des vaccins contre la coqueluche, les oreillons, la rougeole, la rubéole, l'Haemophilus, l'hépatite B, le pneumocoque et le méningocoque C. Depuis 2007, le BCG n'est plus exigé mais est fortement conseillé pour les enfants à risque élevé de tuberculose.

Le calendrier vaccinal, imposé par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), est soumis à modification périodiquement. La dernière en date remonte à cette année avec la publication en avril 2013 du nouveau schéma dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) n°14-15/2013⁹.

1.3.2 Le dépistage

A l'occasion de toutes consultations, le médecin se doit de dépister d'éventuels troubles, plus particulièrement lors des visites systématiques. Celles-ci, établies par la loi du 15 juillet 1970 et décrets du 2 mars 1973 et du 23 mars 1978, sont prises en charge par l'assurance maladie². L'enfant va bénéficier de 20 examens au cours des 6 premières années de vie : un examen effectué dès les 8 premiers jours, puis un par mois jusqu'au sixième mois,

tous les 3 mois jusqu'à 1 an, tous les 4 mois jusqu'à 2 ans et enfin tous les 6 mois jusqu'à 6 ans. 3 visites ont été mises en avant avec la délivrance de certificats médicaux obligatoires à l'occasion des examens du 8^e jour, du 9^e et 24^e mois.

Lors de ces visites, le médecin renseigne des informations sur la croissance, le développement psychomoteur et intellectuel, l'examen physique et sensoriel mais aussi les vaccinations. Il les inscrit dans le carnet de santé, qui est un outil de suivi indispensable. Celui-ci contient d'ailleurs de nombreuses informations destinées aux médecins (éléments à rechercher selon l'âge, messages de prévention) et aux parents (conseils d'éducation). Il est délivré à la naissance et reste confidentiel¹⁰.

Le dépistage de troubles est primordial, et le plus précocement possible, car leurs prises en charge conditionnent le développement futur de l'enfant. A chaque visite, le médecin doit le peser et le mesurer à la recherche d'un trouble de la croissance. Il s'assure de son bon développement psychomoteur et recherche des troubles de la vue, de l'audition ou du langage par la réalisation de différents tests. Un guide méthodologique de protocoles d'examens a été mis au point en Bretagne pour les enfants de 9, 24 et 36 mois¹¹. Il a pour but de faciliter la tâche du médecin généraliste ou du pédiatre, en détaillant l'utilisation d'outils sélectionnés et en indiquant ce qui peut être réalisé.

2 Le développement de l'enfant de la naissance à 36 mois

L'enfant se développe, se transforme en permanence et acquiert des compétences. Le praticien est tenu d'avoir un certain nombre de connaissances concernant le développement psychomoteur de l'enfant^{12, 13}.

2.1 A la naissance

Il présente une hypotonie axiale mise en évidence lors de l'épreuve du tiré assis et une hypertonie des membres avec attitude en flexion des 4 membres. La gesticulation est bilatérale, asymétrique et anarchique. Les réflexes archaïques sont présents, ils existent jusqu'à 3-5 mois. Leur persistance au-delà de 5 mois est considérée comme pathologique.

Il dort 20 à 21 heures.

2.2 De 0 à 3 mois

L'hypertonie des membres diminue et il acquiert un tonus axial.

A 1 mois, il soulève la tête en vacillant en décubitus ventral.

A 2 mois, la tête tient quelques instants quand il est mis assis et se retourne ventre-dos.

A 3 mois, la tenue de tête est acquise et il la mobilise volontairement.

Vers 6 semaines, apparaît le sourire réponse à la vue d'un visage humain animé. Il fixe du regard. A 2 mois, il reconnaît ses parents.

Il est capable de réagir aux bruits et produit des vocalises.

La poursuite oculaire est partielle à 1 mois et complète à 3 mois.

A 1 mois, l'enfant dort 19 à 20 heures.

2.3 De 3 à 9 mois

Il acquiert progressivement la position assise. Vers 6 mois, il tient assis avec appui des mains en avant puis tient seul sans appui vers 9 mois. Il peut tenir debout avec appui à 9 mois.

Entre 8 et 9 mois, il rampe et marche à 4 pattes.

A partir de 3 mois, il joue avec les mains puis acquiert progressivement la préhension des objets. A 7-8 mois, il les passe d'une main à l'autre. La préhension est précise à 9 mois avec la pince pouce-index.

A partir de 4 mois il gazouille.

Il s'intéresse à l'entourage, distingue les visages familiers. A 3 mois et demi, il répond aux mimiques faciales et peut rire aux éclats. A 6 mois, il sourit à son image dans le miroir. A 8-9 mois, apparaît la peur de l'étranger, il pleure au départ de sa mère et pousse des cris de joie à son arrivée. A 8 mois, il comprend le « non ».

A 8 mois, il dort 15 à 16 heures.

2.4 De 9 à 18 mois

Il découvre progressivement la marche. Elle se manifeste par un désir de se déplacer : marche à 4 pattes, sur les fesses. Les premiers pas apparaissent de 12 à 18 mois.

La préhension est bien acquise avec la pince pouce index entre 9 et 12 mois. A 9 mois, il tient son biberon et à 12 mois il mange avec les doigts.

Les premiers mots apparaissent, ce sont des syllabes répétées. : « papa », « mama ». A 12 mois, il a un langage peu compréhensible. Les premiers mots n'apparaissent qu'à partir de 18 mois, il emploie 8 à 10 mots.

A 18 mois, il comprend un ordre simple, réagit à son prénom. Il exécute des gestes simples comme bravo, merci et au revoir. Il montre du doigt ce qu'il désire.

Le champ relationnel s'élargit. Jusqu'à 12 mois, seule la mère compte puis au-delà il s'intéresse à son entourage. A 18 mois, il est capable d'imiter sa mère.

Vers 12 mois, il dort 13 à 15 heures.

2.5 De 18 à 36 mois

C'est la période d'acquisition du langage. Entre 18 et 24 mois, l'acquisition est lente : 10 mots à 18 mois et 100 à 200 mots à 24 mois. Le langage évolue très vite entre 24 et 30 mois mais c'est dépendant des stimulations de son entourage. Si l'enfant est bien sollicité, il peut prononcer 1000 mots à 30 mois.

A 24 mois, il dit son prénom et associe 2 mots. Jusqu'à 3 ans, le langage est frappé d'agrammatisme. A partir de 3 ans, apparaît le pronom « je » et la phrase est plus construite.

Dès 18 mois, il marche seul, explore les objets, tend à une certaine autonomie. Il exige de la part de l'entourage beaucoup d'attention. C'est l'âge des accidents domestiques, la mère doit être informée des risques. A 24 mois, il court, monte et descend les escaliers. Il peut taper dans un ballon. A 36 mois, il monte et descend les escaliers en alternant, il saute sur un pied et fait du tricycle.

L'opposition apparaît avec le refus d'obéir, tout comme l'agitation et l'instabilité psychomotrice. Il faut apprendre à la mère à ne pas céder, elle doit éviter l'autoritarisme ou le laxisme. C'est une grande étape de l'éducation d'un enfant.

A 24 mois, il a acquis la propreté de jour.

A 36 mois, il connaît des comptines, sait compter jusqu'à 10, mange seul et se déshabille seul.

A 36 mois il dort 11 heures.

3 La relation médecin-enfant

3.1 La relation médecin-malade

Durant les études médicales, les approches diagnostique et thérapeutique sont surtout enseignées par rapport à l'approche relationnelle. Pourtant, la relation médecin-malade est le fondement de la prise en charge d'un patient. Chaque relation est particulière, le médecin doit tenir compte du malade, de sa maladie et de facteurs environnementaux, familiaux et culturels¹⁴. Elle induit des interactions entre, d'une part le malade, qui vient demander un avis et d'autre part le médecin, qui lui apporte ses connaissances, son savoir.

La relation repose sur des principes fondamentaux comme le respect, la communication, l'empathie, la disponibilité, la compassion et l'authenticité.

La communication est la clé de la relation médecin-malade.

3.2 La communication

Elle est un échange de messages entre des personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs, ce sont les soignants et les soignés, ainsi qu'un système de transport de messages par l'intermédiaire de la parole, de l'écriture ou de comportements dans un espace défini¹⁵.

La communication a différentes fonctions. D'après Jakobson, linguiste, elles sont au nombre de 6¹⁶ :

- la fonction référentielle ou informative, c'est la principale, elle sert à communiquer des informations, développer sa pensée,
- la fonction expressive qui permet d'extérioriser ses sentiments,
- la fonction conative qui a pour but de faire agir ou réagir l'interlocuteur,
- la fonction phatique qui sert à établir le contact et maintenir la communication,
- la fonction métalinguistique, pour parler du langage lui-même, préciser le sens d'un mot,
- la fonction poétique qui représente la forme du langage, les mots employés.

Il existe 2 types de communication : le langage verbal et non verbal. Le langage verbal inclut la parole et l'écriture. Le langage non verbal comprend : la posture et le tonus, les gestes (les mouvements de tête, de mains, de bras, d'épaules,...), le regard, les mimiques et expressions faciales (le sourire, le froncement de sourcils,...), le paralangage c'est-à-dire les accompagnements vocaux du langage (l'intonation, le rythme des mots, les coupures), le rapport des individus dans l'espace et la localisation, les silences et le toucher. Le langage non verbal a 3 grandes fonctions : une fonction sémantique (il a une signification), pragmatique (il maintient l'attention et contrôle l'échange) et de facilitation (il peut faire comprendre le langage verbal).

Pour qu'une communication soit réussie, il faut qu'il y ait concordance entre le message verbal et non-verbal. Elle peut en cas de discordance générer des malentendus et donc être un obstacle à la relation¹⁷. Il est nécessaire que le médecin fasse attention aux mots qu'il emploie et à la façon dont il les utilise.

3.3 Les spécificités liées à la pédiatrie

La relation médecin-enfant diffère de celle d'un adulte.

Tout d'abord, le praticien s'adresse à des nourrissons ou jeunes enfants qui ne parlent pas ou ne comprennent pas le langage adulte. Il s'adapte donc à leur âge et à leur personnalité pour communiquer. Les moyens mis en place sont distincts de ceux employés avec un adulte. Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant ont pour conséquence qu'à certains âges celui-ci se laisse plus ou moins bien examiné. Il est possible que le médecin soit confronté à des difficultés pouvant perturber la relation.

Ensuite, la relation est triangulaire avec la présence du parent. Celui-ci fait partie intégrante de la consultation. Il détient, notamment pour les plus petits, des informations importantes les concernant. Le médecin doit communiquer avec l'accompagnant. Il a besoin parfois de les rassurer et de tenir compte de leur inquiétude. C'est l'occasion également en observant les interactions parent-enfant de se renseigner sur le comportement de ce dernier¹⁸.

MATERIEL ET METHODE

1 Recueil des données

1.1 Choix de la méthode

L'objectif était de mettre en évidence la manière dont le médecin généraliste se comportait lors de l'examen d'un enfant âgé de 9 à 36 mois. L'étude observationnelle directe, qui se veut descriptive, semblait la plus appropriée. Les méthodes d'observation détaillées par Norimatsu et Pigem dans leur ouvrage ont été appliquées pour réaliser le travail¹⁹. Des impératifs ont été fixés. Tout d'abord, l'observation devait avoir lieu au cabinet médical ou au domicile du patient lors d'une visite. Ensuite, la spontanéité du comportement du médecin était nécessaire. De plus, le support papier-crayon était imposé. Enfin, l'observateur était visible mais était tenu de ne pas participer.

1.2 La grille d'évaluation

1.2.1 Choix et caractéristiques de la population étudiée

Les externes de 4^e année du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM4) qui se rendaient en stage de médecine générale semblaient être les observateurs privilégiés. Les médecins généralistes étudiés étaient donc tous maîtres de stage attachés à la Faculté de Médecine de Brest sur l'année 2012/2013.

Pour caractériser le milieu d'exercice des médecins, la définition de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) de tranche d'unité urbaine 2010 a été retenue²⁰. Cette notion repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. En dessous, par principe, il s'agit du milieu rural.

1.2.2 Caractéristiques des enfants examinés

Les enfants devaient être âgés de 9 à 36 mois. Cette tranche d'âge a été classifiée en plusieurs catégories : 9-11 mois, 12-17 mois, 18-23 mois, 24-29 mois et 30-36 mois. L'âge de 9 mois a été retenu. Selon Spitz, psychanalyste américain, à partir de 8 mois apparaît « l'angoisse du huitième mois » ou la peur de l'étranger²¹. Il devient capable de différencier sa mère d'un étranger. Le contact avec un inconnu peut donc l'angoisser car il craint d'être abandonné par sa mère²¹. L'âge de 36 mois a été fixé. Pour Mahler, psychanalyste américaine, la dernière étape du processus séparation-individuation est caractérisée par le développement des fonctions cognitives, notamment l'acquisition du langage. Celui-ci lui permet d'exprimer son angoisse, qui jusque-là, se manifestait par une opposition corporelle²².

Les consultations devaient comporter un examen clinique comprenant un examen de la gorge et des oreilles. Celles impliquant une vaccination n'étaient pas retenues du fait de la douleur engendrée par le geste. Les visites à domicile étaient acceptées. Les enfants ne devaient être inclus qu'une seule fois.

1.2.3 Elaboration de la grille

La grille était divisée en sept parties (cf. Annexe A).

La première partie caractérisait l'observateur, c'est-à-dire l'externe, par son nom et prénom, son téléphone et son adresse e-mail. Ces données permettaient de le joindre en cas de difficultés à le relire ou de questions éventuelles.

La seconde visait à préciser le profil du médecin généraliste : son nom, prénom (ensuite anonymisés pour l'analyse), sa commune d'installation, son sexe et son âge. Ces informations servaient à évaluer la représentativité de l'échantillon et étudier une influence de son sexe, âge, milieu d'exercice sur son comportement.

La troisième partie décrivait l'enfant : les trois premières lettres de son nom et prénom pour éviter les doublons et les paramètres pouvant influencer son comportement ou celui du médecin tels que son sexe, sa date de naissance et s'il était connu ou pas du médecin. Ces 3 derniers éléments étaient aussi recherchés pour s'assurer que l'échantillon était représentatif.

Le motif de recours au médecin, qui pouvait induire une modification de l'attitude de l'enfant, et la date de l'examen étaient également requis.

La quatrième partie, rédactionnelle, comportait deux questions ouvertes :

- l'une s'adressait à l'externe, qui devait noter les stratégies de communication utilisées par le praticien pour parvenir à examiner l'enfant. Il devait apprécier les moyens mis en œuvre par le généraliste, afin d'instaurer un climat de sécurité et donc de faciliter l'examen clinique,
- l'autre était réservée aux commentaires du médecin sur la consultation qu'il venait de mener. Il devait lui aussi noter ce qu'il avait accompli pour améliorer la relation médecin-enfant.

La distinction entre médecin et externe était faite pour recueillir un maximum d'informations.

La cinquième partie consistait à évaluer le comportement de l'enfant lors de la consultation. Celle-ci a été divisée en trois phases : au début, au cours et à la fin, pour analyser l'évolution de l'attitude de l'enfant. Il s'agissait de caractériser si l'enfant était calme ou opposant. Pour cela, une échelle d'intensité cotée de 0 (pas opposant) à 5 (très opposant) a été retenue. On considère pour faciliter l'interprétation des résultats :

- 0 : comportement calme
- 1 et 2 : comportement peu opposant
- 3 et 4 : comportement assez opposant
- 5 : comportement très opposant.

En cas de modification éventuelle du comportement, il était intéressant d'essayer de trouver un lien avec les moyens employés par le praticien.

La sixième partie déterminait si oui ou non l'attitude de l'enfant avait gêné le bon déroulement de l'examen clinique. Celui-ci a été décomposé en trois : examen général, examen des tympans et examen de la gorge, pour vérifier si tout l'examen ou un moment précis était difficile. L'objectif était d'analyser si l'opposition de l'enfant engendrait ou non des difficultés pour le généraliste, si oui à quelle étape.

Dans la dernière partie une question ouverte était réservée aux commentaires libres, notamment si des facteurs autres avaient interféré dans la consultation tels le téléphone, le délai d'attente, les accompagnants... Tout événement qui pouvait expliquer l'attitude du médecin et/ou de l'enfant devait être signalé.

1.3 Période d'étude

La grille d'évaluation a été présentée aux externes de DCEM4 lors de leur séminaire de médecine générale le 14 mars 2013, sous forme d'un diaporama. Sur les 41 étudiants qui effectuaient un stage de mars à juin 2013, 30 étaient présents.

Le jour de la présentation, les informations, telles que le nom, l'adresse e-mail et le numéro de téléphone de l'externe, étaient récupérées pour les contacter et les solliciter régulièrement. Les coordonnées des externes absents ont été également recueillies par l'intermédiaire de leur représentant de promotion. La grille leur a été distribuée sous forme papier. Une version électronique au format Excel leur a été transmise le soir même par e-mail pour, d'une part, la communiquer aux absents et, d'autre part, faciliter la collecte des réponses. Les deux versions ne différaient que par leur support. Le renvoi des grilles par e-mail était préféré.

Pour obtenir un nombre suffisant de résultats 5 exemplaires ont été remis à chaque externe, soit 205 au total.

La date limite de retour avait été fixée au 14 avril 2013, soit un mois plus tard. Ils ont été relancés à raison d'un e-mail par semaine. A l'échéance prévue, celle-ci a été reculée à fin juin 2013 pour obtenir plus de grilles. Malgré les sollicitations et le report de date, leur nombre restait faible. Il leur a donc été demandé par courriel les raisons pour lesquelles ils n'avaient pu renvoyer les 5 grilles.

2 Analyse des données

Les grilles ont toutes été reçues par e-mail au format Excel. Les réponses aux différents items ont été intégrées dans un seul tableau.

Les graphiques ont été réalisés sous Excel et les résultats sont exprimés avec une précision d'une décimale.

Concernant les questions ouvertes, un système de codage couleur a été créé. Le premier thème quand il apparaissait était surligné d'une certaine couleur, le second thème d'une autre couleur, et ainsi de suite. Cela permettait ainsi d'avoir une meilleure lisibilité des résultats.

Un des objectifs du travail était d'évaluer si différentes variables modifiaient le comportement de l'enfant. Pour cela, une analyse statistique a été effectuée pour estimer la validité des pourcentages. Un test d'indépendance a été retenu²³. Les variables qualitatives ont été comparées entre elles par un test de Khi2. Lorsque les conditions de celui-ci n'étaient pas réunies, un test exact de Fisher a été appliqué pour des valeurs de variables inférieures à 5. Pour ce faire, un tableau de contingence a été réalisé (donné en annexe) ainsi que 2 hypothèses posées : H(0) hypothèse nulle et H(1) hypothèse alternative. Un résultat est dit statistiquement significatif lorsqu'il est improbable qu'il puisse être obtenu par un simple hasard. La valeur $p < 0,05$ a été fixée pour considérer une différence significative. Les résultats du test sont exprimés avec une précision pouvant aller jusqu'à trois décimales.

RESULTATS

1 Taux de réponses

Les externes ont retourné 35 grilles sur les 205 distribuées lors de leur séminaire de médecine générale, soit un taux de réponse de 17,1% malgré les relances par e-mail et le décalage du délai de réponse.

Toutes les grilles étaient exploitables.

12 étudiants sur les 41 ont répondu, soit 29,3%. En moyenne, chacun a fourni 2,9 grilles.

Devant le nombre de grilles reçues à l'échéance, celle-ci a été décalée à fin juin et il leur a été demandé par courriel les raisons du non renvoi des 5 souhaitées. Voici les réponses reçues :

- le maître de stage a peu d'enfants dans sa patientèle,
- le stage est écourté en raison de l'Examen Classant National (ECN) qui se déroule fin mai 2013,
- les enfants sont plus jeunes ou plus âgés que les limites fixées,
- le praticien est axé gériatrie et a une patientèle âgée,
- les enfants viennent pour une visite de prévention aboutissant à une vaccination, exclue de l'étude,
- observation pendant les 15 premiers jours du stage et mise en autonomie dès la troisième semaine rendant impossible l'étude car ils étaient acteurs de l'examen.

2 Caractéristiques des populations

2.1 Les médecins observés

Les externes pouvaient se rendre chez plusieurs médecins pendant leur stage.

17 médecins généralistes maîtres de stage ont donc participé à l'étude. 9 étaient des femmes, soit 52,9%.

L'âge moyen était de 45,9 ans. 7 d'entre eux étaient âgés de 40 ans ou moins, 5 avaient entre 41 et 50 ans et 5 plus de 50 ans.

14 généralistes travaillaient en cabinet de groupe, 2 en structure (SOS médecins) et 1 femme était seule.

Les milieux d'exercice des médecins se distinguaient ainsi :

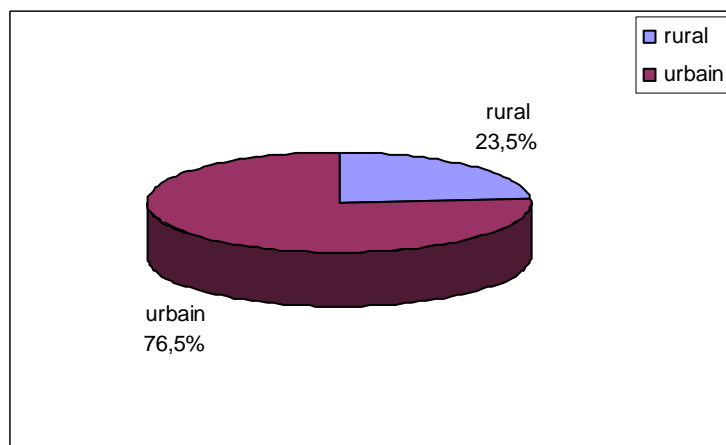


Figure 1 : Répartition des médecins en fonction de leur milieu d'exercice

		Femmes	Hommes
Rural	Seul	0	0
	Groupe	2	2
Urbain	Seul	1	0
	Groupe	6	6

Tableau 1 : Répartition des médecins étudiés

2.2 Les enfants examinés

Les 35 enfants examinés étaient répartis ainsi : 20 filles, 15 garçons avec une moyenne d'âge à 22,3 mois et une médiane à 23 mois.

Pour 7 enfants, la consultation avait lieu à domicile.

Ils étaient accompagnés pour 17 d'entre eux par leur mère, 4 par leur père, 1 bénéficiait de la présence conjointe des deux parents, 3 étaient en présence de leur grand-mère. Pour 10 d'entre eux, il n'était pas fait mention de l'accompagnant.

Toutes les classes d'âge étaient représentées, les enfants de 9 à 11 mois étaient moins nombreux.

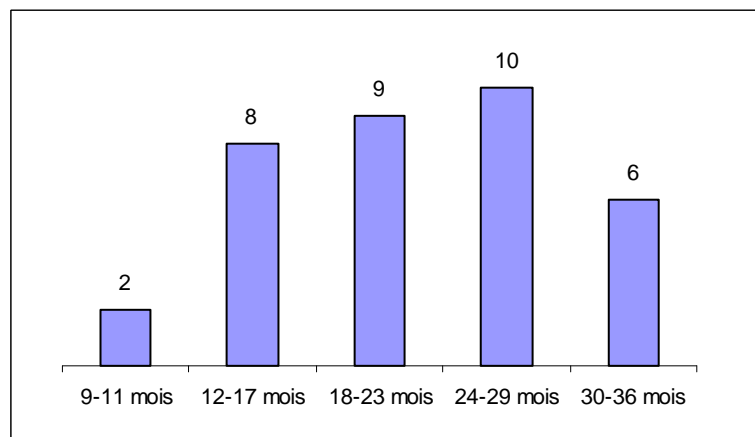


Figure 2 : Répartition des enfants en fonction de leur classe d'âge

	40 ans ou moins	41 à 50 ans	plus de 50 ans
Nombre de médecins	7	5	5
Nombre d'enfants	12	12	11

Tableau 2 : Répartition des enfants en fonction de l'âge du médecin

18 enfants avaient été vus par un médecin homme et 17 par une femme.

Dans 68,6% des cas, le médecin était déjà connu de l'enfant.

Les motifs de recours au médecin étaient variés :

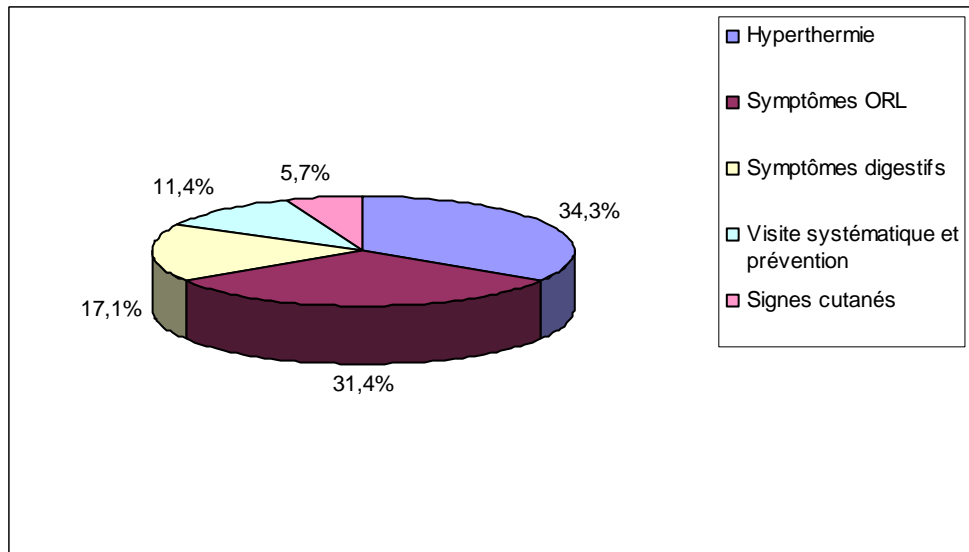


Figure 3 : Motifs de recours au médecin généraliste

3 Les stratégies mises en place par le médecin

L'observation par l'externe et le commentaire du médecin ont permis de recueillir des informations. Celles-ci ont été organisées et hiérarchisées en plusieurs thèmes : la communication, le déroulement de l'examen, l'environnement de la consultation et la récompense. Dans 3 observations, ni l'externe ni le médecin n'avaient rédigé de commentaire particulier.

3.1 La communication

Le médecin mettait en place différentes stratégies de communication pour instaurer un climat de sécurité grâce au langage verbal et non verbal.

3.1.1 Le langage verbal

Le médecin utilisait un langage verbal dans 80% des cas (28 enfants), toutes les classes d'âge étaient concernées.

L'importance de s'adresser directement à l'enfant était mentionné par les externes dans 60% des cas (21 enfants) : « *il s'adresse à l'enfant* », « *il communique avec l'enfant* », « *il parle avec l'enfant* », « *il discute avec l'enfant* », « *il s'adresse à l'enfant dès le début de la consultation pour le mettre en confiance* ».

Les médecins eux-mêmes le signalaient : « *je communique avec l'enfant* », « *je discute* », « *je lui parle* », « *le discours est directement adressé à l'enfant puis à la mère* ».

Dans une grille, pour 1 enfant de 36 mois, le médecin l'appelait par son prénom.

3.1.1.1 L'information, l'explication

L'examen était expliqué et commenté à 31,4% des enfants (11 enfants) : 1 enfant âgé de 9 mois et les autres de 19 mois ou plus. 40% des enfants de 19 mois ou plus, ont reçu une explication.

Les externes : « *il explique au fur et à mesure de l'examen clinique* », « *chaque partie de l'examen est expliquée à l'enfant de manière rassurante* », « *explication des gestes avant de les réaliser* ».

Les médecins : « *j'explique à l'enfant ce que je vais faire* », « *il faut tout lui expliquer* », « *je commente tous les gestes à l'enfant* », « *il faut donner des explications à l'enfant* ».

Le médecin expliquait l'utilité du stéthoscope à 1 enfant de 22 mois : « *le médecin lui tend le stéthoscope et lui explique son utilité* ».

3 médecins notaient l'importance de la réassurance : « *tentative de contact verbal pour rassurer* », « *il faut rassurer l'enfant* », « *la réassurance passe par l'explication des différentes phases de l'examen* ».

Un médecin signalait : « *il faut expliquer l'absence de douleur à l'enfant* ».

3.1.1.2 Les questions

Le médecin avait posé des questions à 6 enfants, âgés de 23 mois ou plus : « *il demande à l'enfant ce qu'elle regarde à la télévision* », « *il s'intéresse aux poupées* », « *est-*

ce que tu manges des frites ? », « elle est où ta sœur ? », « il s'intéresse aux jouets qu'elle a », « il commence par lui poser des questions ».

Pour un externe : *« il pose des questions pour maintenir le contact et l'attention », un autre : « il pose des questions pour détourner son attention ».*

3.1.1.3 Le langage adapté

Le langage était adapté avec utilisation de consignes simples et ludiques pour 3 enfants âgés de 22, 25 et 36 mois : *« les consignes sont simplifiées avec 'regarde vers maman' au lieu de 'tourne la tête' », « lors de l'auscultation pulmonaire il utilise un morceau du drap d'examen pour la faire souffler », « les consignes sont ludiques ».*

3.1.1.4 La chanson

Un médecin a utilisé la chanson pour faciliter l'examen d'1 enfant de 13 mois.

3.1.2 Le langage non verbal

Le médecin avait recours au langage non verbal dans 74,3% des cas (26 enfants), les enfants de tous âges étaient intéressés.

3.1.2.1 L'utilisation du jeu

Dans 48,6% des cas (17 enfants) le médecin utilisait des objets, que ce soit le doudou de l'enfant, des jouets, des peluches, le stéthoscope ou l'otoscope. Les enfants de toutes les classes d'âge étaient représentés.

Les externes remarquaient : *« détournement de l'attention avec le doudou », « utilisation des jouets à disposition dans le cabinet pour prendre contact avec l'enfant ».*

Les médecins : *« la fillette a été mise en confiance grâce aux jouets », « il faut prendre un temps de jeu avec les poupées avant de commencer l'examen ».*

A 3 reprises, un objet mobile ou sonore était utilisé : *« une souris vibrante », « le mètre qui se rembobine », « stimulation auditive par une boîte à musique ».*

Les externes avaient remarqué que 2 médecins décoraient leur stéthoscope : *« utilisation d'un stéthoscope pédiatrique décoré d'un koala », « examen rendu ludique par l'utilisation d'une girafe autour du stéthoscope ».*

3 enfants âgés de 22 à 30 mois manipulaient les objets de l'examen.

Les externes : « *manipulation des objets (stéthoscope, otoscope) par l'enfant* », « *il fait toucher le stéthoscope* », « *l'enfant manipule le stéthoscope et le pose elle-même* ».

Pour un médecin, le fait de faire participer l'enfant permet de « *rendre l'enfant acteur de son propre examen clinique* ».

4 examens cliniques étaient mimés, pour 2 d'entre eux sur un doudou et les 2 autres sur un parent. Cela concernait des enfants de 21 à 28 mois.

Les externes : « *il ausculte le lapin de l'enfant au fur et à mesure de la consultation* », « *il mime sur la grand-mère* », « *il mime l'examen clinique sur un jouet et sur le papa* ».

Les médecins : « *j'utilise le doudou* », « *l'auscultation du doudou permet de dédramatiser la situation et de mettre en confiance l'enfant tout en lui parlant et en l'approchant* », « *il faut montrer l'examen sur une peluche et l'inviter à faire* ».

3.1.2.2 La présence du proche

Le recours au proche a eu lieu dans 60% des cas (21 enfants), que ce soit pour installer l'enfant, le déshabiller, l'examiner (dans les bras, sur les genoux), ou participer à l'examen clinique (mime de l'examen).

Un externe : « *il fait des exercices d'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant avec la maman* ».

Pour les médecins : « *il est important de s'aider des parents pour l'examen* », « *je demande la participation de la mère lors du déroulement de l'examen* », « *l'enfant est rassuré par la présence de la mère* ».

Pour 2 enfants de 9 et 23 mois, le médecin faisait participer l'accompagnant en leur demandant d'installer l'enfant sur la table et de le déshabiller.

L'externe : « *c'est la maman qui installe l'enfant sur la table d'examen et qui la déshabille* ».

Le médecin : « *je laisse la mère déshabiller l'enfant* ».

3.1.2.3 L'attitude

Le comportement était stipulé comme doux auprès de 2 enfants. Un externe relevait : « *une attitude douce* », un médecin disait : « *il faut éviter les gestes brusques* ».

3.1.2.4 L'intonation de la voix

Le médecin s'exprimait d'une façon douce lors de l'examen de 2 enfants âgés de 22 et 23 mois. Les médecins : « *je parle d'une voix calme et tranquille* », « *je parle à voix basse* ».

3.1.2.5 Le toucher

Le toucher était employé pour 2 enfants. Un externe constatait que pour un enfant de 2 ans : « *le médecin fait un bisou à l'enfant quand il entre dans le cabinet* ». Un médecin remarquait qu'il avait recours lors de l'examen abdominal d'un enfant de 16 mois au « *massage pour détendre l'enfant* ».

3.1.2.6 Le sourire

Un médecin employait le sourire pour essayer de faciliter l'examen d'1 enfant de 19 mois.

3.1.3 L'utilisation des différents modes de communication

Pour 14,3% des enfants (5 enfants) aucun moyen de communication particulier n'était employé. Le langage verbal et non verbal étaient associés pour 68,6% des enfants (24 enfants).

Sur les 30 enfants ayant bénéficié d'une stratégie de communication, le langage verbal et non verbal étaient associés pour 80% d'entre eux (24 enfants). Le langage verbal a quant à lui été utilisé pour 93,3% des enfants de ce groupe (28 enfants). Le langage non verbal était utilisé seul pour des enfants de 24 mois et plus.

	verbal seul	Non verbal seul	les 2 modes	aucun
9-11 mois			1	1
12-17 mois	2		5	1
18-23 mois			8	1
24-29 mois	2	1	7	
30-36 mois		1	3	2

Tableau 3 : Répartition des différents modes de communication en fonction de l'âge de l'enfant

Tous les médecins de plus de 50 ans ont eu recours aux 2 modes. Pour 81,8% des enfants examinés par l'un d'entre eux (9 enfants), les 2 modes étaient associés.

	verbal seul	non verbal seul	les 2 modes	aucun
40 ans ou moins	2		8	2
41 à 50 ans		2	7	3
Plus de 50 ans	2		9	

Tableau 4 : Répartition des différents modes de communication en fonction de l'âge du médecin

3.2 Le déroulement de l'examen

Pour 18 consultations, il n'était pas notifié où l'enfant était examiné.

L'examen clinique avait lieu sur les genoux d'un parent pour 6 enfants, dans leurs bras pour 2 enfants et sur la table pour 3 enfants.

Les externes : « examen sur les genoux », « examen dans les bras », « examen allongé », « l'enfant s'installe sur la table ».

Pour un médecin : « l'auscultation sur les genoux des parents permet une meilleure approche de l'enfant ».

La position adoptée spécifiquement pour l'examen Oto-Rhino-Laryngologique (ORL) était variable :

- un enfant était allongé et maintenu : « l'examen ORL est très difficile car appréhension importante (cris, pleurs, se débat), il est obligé de demander à la mère de tenir l'enfant allongé ».

- un autre était dans les bras de sa mère, le médecin : « elle a pris son fils dans les bras pendant l'examen ORL pour le rassurer ».

- pour les tympans, un enfant était dans les bras et un autre allongé. Un médecin disait : « j'allonge tous les enfants pour l'otoscopie ».

- pour l'examen de la gorge, un enfant était allongé avec contention : « immobilisation de l'enfant allongé par mise en opposition du corps du médecin (penchée en avant) pour

l'examen de la bouche » et un autre sur les genoux du papa : « examen de la gorge sur les genoux du papa ».

Lors de 2 examens, le médecin terminait par l'examen ORL : *« il réalise l'examen ORL en dernier (tympan puis gorge pour finir) », « l'examen ORL est réalisé à la fin de l'examen clinique ».*

Un médecin : *« l'examen de la bouche étant difficile on passe à un autre moment de l'examen puis on recommence l'examen de la bouche ».*

Dans 2 grilles, le médecin examinait l'enfant en se mettant à sa hauteur : *« le médecin prend une chaise pour avoir le visage à la hauteur de l'enfant », « il s'abaisse au niveau de l'enfant ».*

Le médecin laissait 2 enfants (2 filles, âgées de 25 et 28 mois), monter seules sur la table d'examen.

Un externe : *« l'enfant s'installe seule sur la table d'examen ».*

Un médecin : *« je laisse l'enfant monter seule sur la table d'examen ».*

3.3 La récompense

Le médecin parfois récompensait l'enfant : 4 d'entre eux recevaient une sucrerie (bonbon ou gâteau), 1 était félicité pour sa coopération, 1 réalisait un dessin qui était affiché ensuite au cabinet.

Les externes : *« il récompense les enfants avec un bonbon en fin de consultation », « le bonbon à la fin et il accroche les dessins de bonhomme au mur avec le prénom de l'enfant », « il a donné un gâteau pendant la consultation ».*

Le médecin : *« je propose un bonbon si l'enfant est sage ».*

3.4 L'environnement

Dans 2 observations, il était mentionné que le médecin instaurait un climat de sécurité en mettant à disposition de l'enfant des jouets que ce soit en salle d'attente ou dans le cabinet.

Les externes : « il encourage l'enfant à jouer (nombreux jouets à disposition dans le cabinet) pendant l'interrogatoire de la maman », « la salle d'examen comporte une grande caisse à jouets et l'enfant connaissant le médecin s'est précipité pour prendre un jouet ».

4 Le comportement de l'enfant

4.1 Evolution lors de l'observation

Aucun enfant n'avait été très opposant durant toute la durée d'observation.

74,3% des enfants (26 enfants) manifestaient une opposition à un moment donné de l'observation. Parmi eux, 73,1% (19 enfants) étaient connus du médecin.

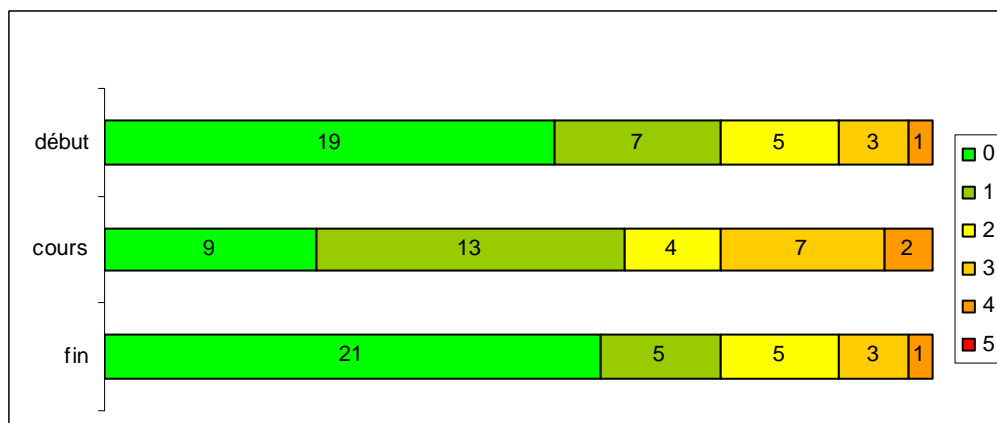


Figure 4 : Effectifs absolus des enfants en fonction de leur degré d'opposition lors de la consultation

3 enfants étaient restés dans le même degré d'opposition tout au long de la consultation. Il s'agissait de 3 filles de 19, 22 et 26 mois. 2 consultaient pour de la fièvre et 1 pour des signes digestifs. 2 ne connaissaient pas le médecin. Pour 2 enfants, le médecin était âgé de 41 à 50 ans et pour la dernière de plus de 50 ans. Elles avaient été rassurées par le langage verbal et non verbal pour 2 d'entre elles et uniquement le langage non verbal pour la troisième. 2 filles étaient examinées à domicile.

25,7% des enfants (9 enfants) étaient calmes tout au long de l'observation. Il était question de 5 garçons et 4 filles, âgés de 10 à 36 mois, qui consultaient pour des symptômes ORL pour 6 d'entre eux. 4 n'étaient pas connus du médecin. Pour 7 enfants, le médecin avait de 41 à 50 ans et pour les 2 autres 40 ans ou moins. Pour 3 enfants, aucun mode de communication n'avait été stipulé. 3 enfants étaient examinés à domicile. Un externe signalait concernant 1 enfant qu'il était passé à l'heure prévue et n'avait pas eu à attendre.

Au début de la consultation, 45,7% des enfants (16 enfants) montraient une certaine opposition. Ils se répartissaient ainsi : 10 filles, 6 garçons, âgés de 12 à 31 mois. 10 présentaient une hyperthermie, 4 des symptômes digestifs, et les 2 autres des signes ORL ou cutanés. 12 étaient connus de l'examineur. Pour 7 enfants, le médecin avait plus de 50 ans, pour 5 autres 40 ans ou moins et pour les autres de 41 à 50 ans. 93,7% (15 enfants) avaient bénéficié d'un langage verbal et/ou non verbal. 1 avait été examiné à domicile.

100% des enfants (4 enfants) ayant consulté pour une visite systématique, soit 11,4% de la population des enfants, étaient calmes au début. Il n'y a pas de différence significative entre les visites systématiques et les pathologies bénignes ($p > 0,05$, cf. Annexe B 1).

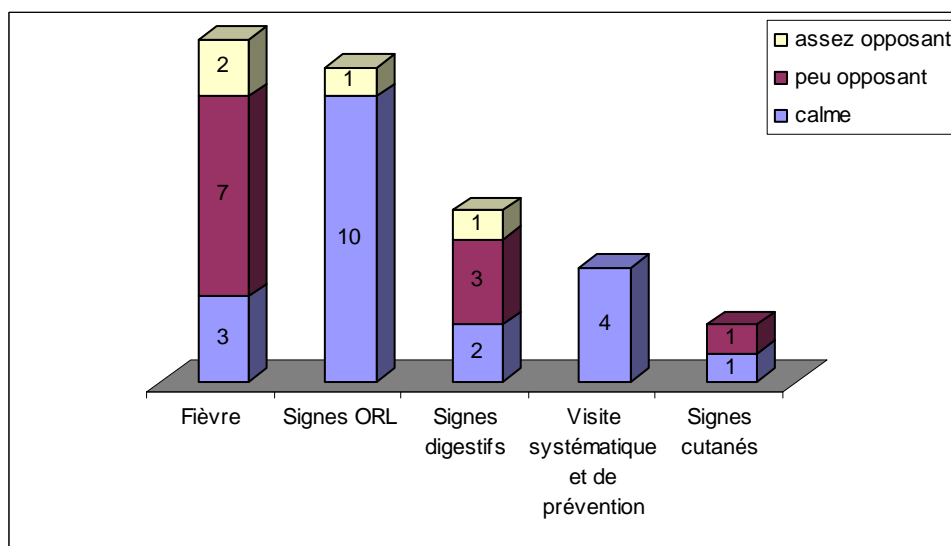


Figure 5 : Comportement de l'enfant au début de la consultation en fonction du motif de recours au médecin

Au cours de l'examen, 26 enfants, étaient peu ou assez opposants mais 16 l'étaient déjà au début.

10 enfants ont donc réagi à l'examen clinique. Cela correspondait à 28,6% de l'effectif total. La répartition des sexes était homogène : 5 filles et 5 garçons. Ils avaient tous moins de 30 mois. 4 consultaient pour des symptômes ORL, 4 pour une visite de prévention, 1 pour de la fièvre et 1 pour des signes digestifs. 7 étaient connus de l'examineur. Pour 6 enfants, le médecin était âgé de 40 ans ou moins, pour 3 autres de plus de 50 ans et pour le dernier de 41 à 50 ans. 1 seul enfant n'avait bénéficié d'aucune stratégie de communication de la part du médecin. 1 était vu à domicile.

8 enfants, ont montré une variation de comportement en majorant leur degré d'opposition. Parmi ces 8 enfants, âgés de 12 à 31 mois, 5 étaient des filles. 6 consultaient pour une hyperthermie. 1 seul n'était pas connu du médecin. Pour 4 enfants le médecin avait plus de 50 ans, pour 3 autres 40 ans ou moins et pour le dernier de 41 à 50 ans. 7 enfants avaient bénéficié d'un langage verbal et/ou non verbal.

5 enfants se sont calmés par rapport au tout début de la consultation.

Au total, 51,4% des enfants (18 enfants) ont modifié leur comportement au cours de l'examen en devenant opposant ou en majorant leur degré d'opposition.

A la fin de l'observation, 60% des enfants (21 enfants) étaient calmes contre 54,3% au début et 25,7% pendant.

4 restaient encore assez opposants. Ces enfants, 2 filles, 2 garçons, étaient âgés de 14 à 26 mois. 3 consultaient pour des symptômes digestifs. 3 n'étaient pas connus du médecin. Il était âgé de moins de 50 ans pour tous les enfants. Le médecin avait utilisé les 2 modes de langage associés pour 3 enfants et le langage non verbal seul pour l'autre.

51,4% des enfants (18 enfants) ont réduit leur degré d'opposition par rapport au moment de l'examen. 2 sont restés dans le même état que pendant l'examen et 3 enfants ont majoré leur opposition à la fin de la consultation. Ceux-ci, 1 garçon, 2 filles, âgés de 24, 26 et 33 mois, connaissaient le médecin pour 2 d'entre eux. Ils consultaient pour des vomissements ou de la fièvre ou des signes ORL. L'examineur avait moins de 50 ans pour les 3 enfants. Il avait employé les 2 modes de langage associés pour tous.

66,7% des enfants de 30 mois ou plus (4 enfants) étaient calmes au cours de la consultation. Il existe une relation statistiquement significative entre l'âge de 30 mois ou plus et le comportement calme au cours de la consultation ($p=0,027$, cf. Annexe B 2).

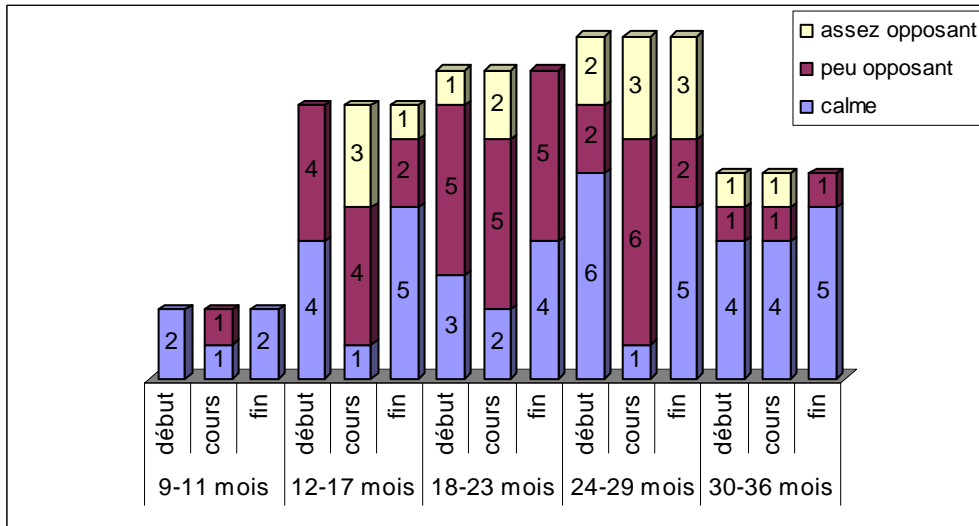


Figure 6 : Evolution du comportement de l'enfant lors de la consultation en fonction de sa classe d'âge

70% des filles (14 filles) étaient peu ou assez opposantes au cours de la consultation, contre 73,3% des garçons (11 garçons). Il n'y a pas de différence significative entre les 2 sexes ($p>0,05$, cf. Annexe B 3).

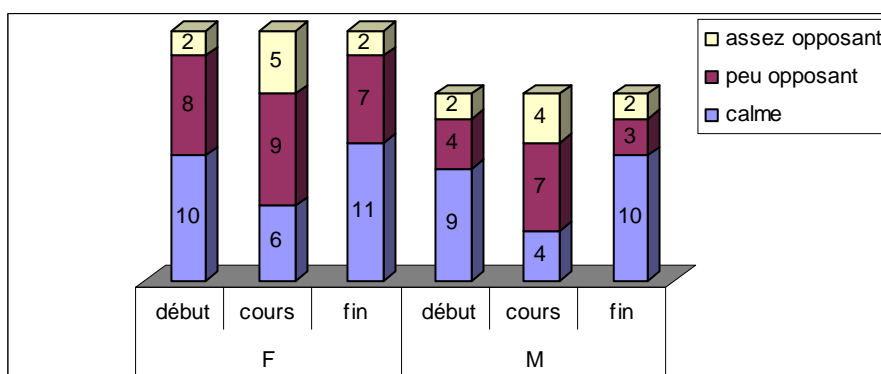


Figure 7 : Evolution du comportement de l'enfant lors de la consultation en fonction du sexe

Lors d'une visite systématique, l'enfant n'était pas opposant au début et à la fin.

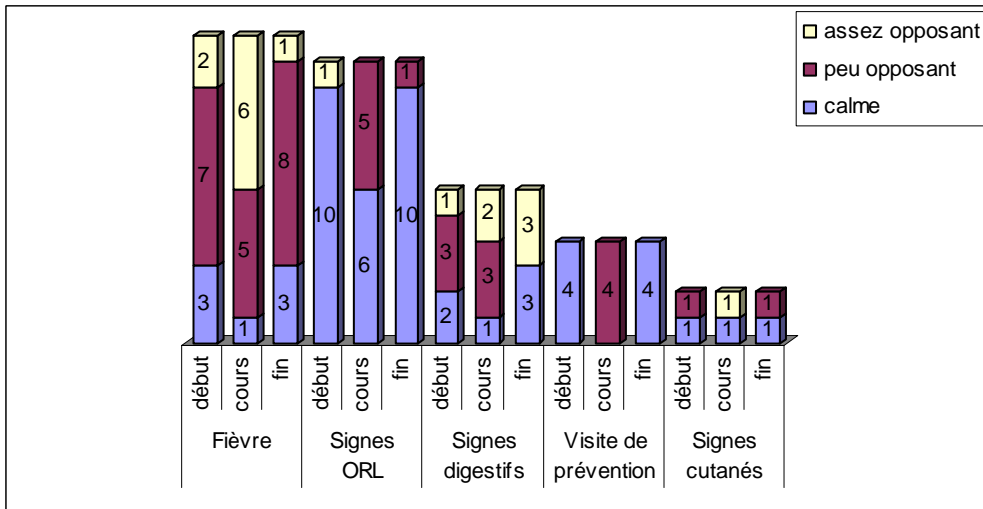


Figure 8 : Evolution du comportement de l'enfant en fonction du motif de consultation

Au début de la consultation 63,6% des enfants (7 enfants) étaient calmes quand ils ne connaissaient pas le médecin contre 50% des enfants (12 enfants) vus par le médecin habituel. Il n'y a pas de différence significative entre le fait que l'enfant connaisse ou non le médecin ($p > 0,05$, cf. Annexe B 4).

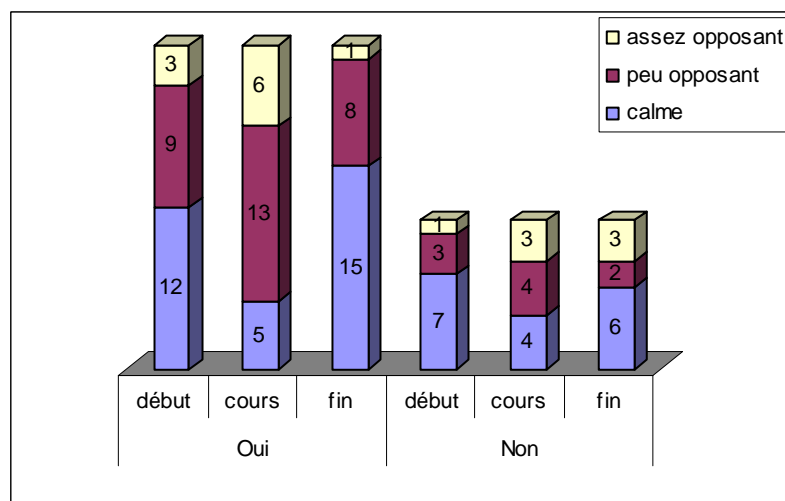


Figure 9 : Evolution du comportement de l'enfant lors de la consultation en fonction de la connaissance ou non du médecin

Au cours de la consultation, les enfants examinés par les médecins de plus de 50 ans étaient plus opposants avec 90,9% d'enfants opposants au cours de l'examen (10 enfants) alors qu'ils étaient 66,7% dans l'autre groupe (16 enfants). Il n'y a pas de différence significative entre un médecin de plus de 50 ans et un de 50 ans ou moins ($p > 0,05$, cf. Annexe B 5).

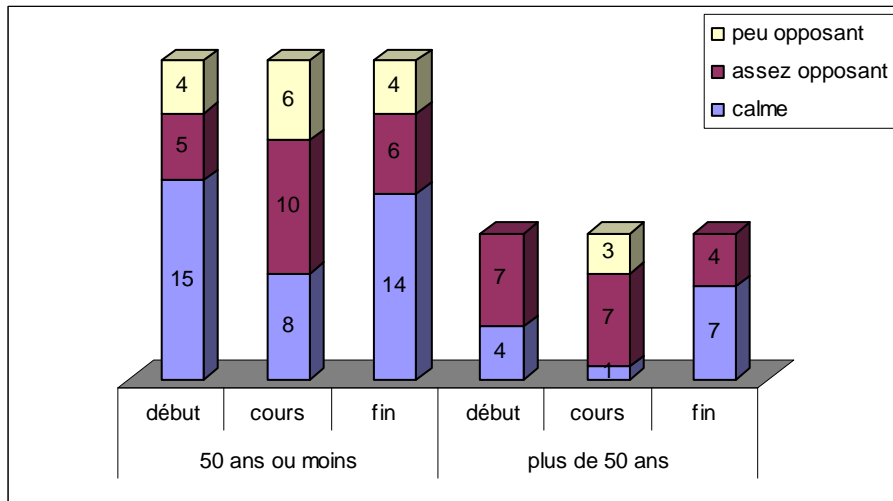


Figure 10 : Evolution du comportement de l'enfant lors de la consultation en fonction de l'âge du médecin

43,3% des enfants ayant été sécurisés par un langage verbal et/ou non verbal (13 enfants) restaient peu ou assez opposants en fin de consultation. Il n'y a pas de différence significative entre les enfants sécurisés ou non ($p > 0,05$, cf. Annexe B 6).

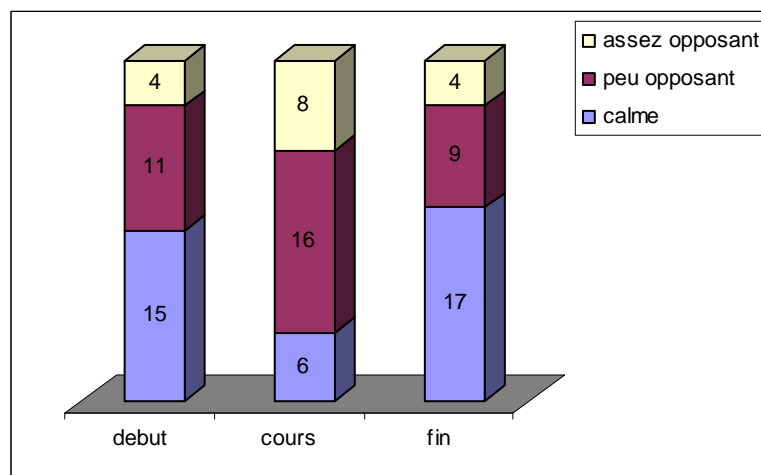


Figure 11 : Evolution du comportement des enfants ayant été sécurisés lors de la consultation

4.2 Retentissement sur l'examen clinique

L'examen général n'avait pas été perturbé dans 91,4% des cas (32 enfants) par le comportement de l'enfant. L'examen de la gorge semblait avoir posé un peu plus de difficulté pour 20% des enfants (7 enfants). Il n'y a pas de différence significative entre l'examen général et les autres examens ni entre l'examen de la gorge et les autres ($p>0,05$, cf. Annexe B 7 et 8).

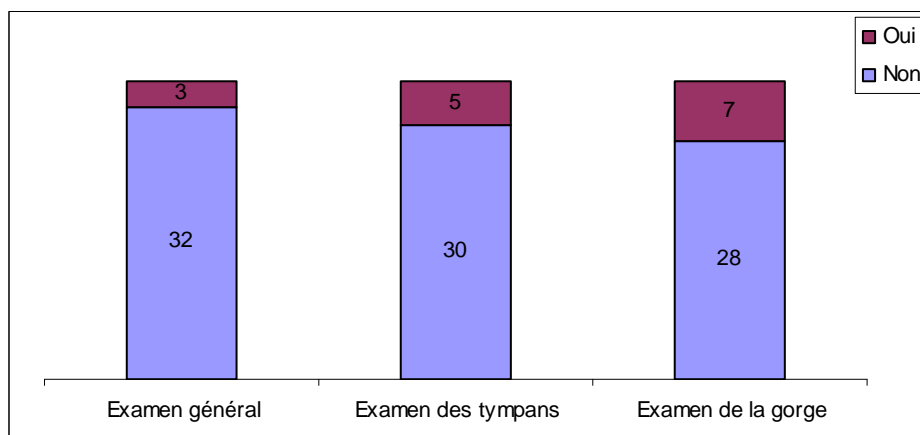


Figure 12 : Retentissement du comportement de l'enfant sur l'examen clinique

Pour 27 enfants, leur comportement n'avait eu aucune répercussion que ce soit lors de l'examen général, de la gorge ou de l'otoscopie. Parmi eux, 5 étaient examinés à domicile. Pour un autre enfant, il n'y avait pas eu de retard dans le planning des consultations.

Dans 2 cas, la totalité de l'examen avait été rendu difficile par l'enfant. Il s'agissait de 2 filles de 26 et 35 mois, consultant pour des symptômes ORL ou digestifs, non connues du médecin âgé de 41 à 50 ans. Les 2 étaient vues à domicile et l'une était examinée sur les genoux du papa. 1 avait manifesté de l'opposition tout au long de la consultation. Le médecin n'avait mis en place aucune stratégie de sécurisation pour l'une d'entre elles.

Dans 3 cas, uniquement l'examen de la gorge ne paraissait pas simple. 2 garçons de 25 et 28 mois et 1 fille de 19 mois qui consultaient tous pour de la fièvre. 2 connaissaient le médecin. Il était âgé de plus de 50 ans pour 2 d'entre eux et de 40 ans pour le troisième. 2 enfants étaient sur les genoux du papa pour l'un et de la grand-mère pour l'autre. 1 était peu opposant tout le long de l'observation alors qu'un autre était calme au début pour devenir assez

opposant et le troisième l'était déjà peu au début. Pour tous les 3, le médecin avait employé un langage verbal et non verbal.

Dans 2 cas, le comportement de l'enfant avait gêné l'examen de la gorge et des tympans. Il s'agissait d'un garçon de 13 mois et d'une fille de 22 mois consultant tous les 2 pour de la fièvre. Ils connaissaient le médecin, âgé de moins de 40 ans pour l'un et plus de 50 ans pour l'autre. La fille qui se débattait lors de l'examen avait été maintenue allongée avec la participation de la maman. Les enfants étaient peu opposants au début pour devenir assez opposants pendant l'examen clinique. Pour l'un d'eux, le langage verbal seul était utilisé.

Dans 1 cas, l'examen de la bouche avait paru simple alors que l'examen général et des tympans était plus difficile. Cela concernait une fille âgée de 19 mois consultant pour des symptômes ORL. Elle connaissait le médecin, âgé de plus de 50 ans, qui avait tenté de la rassurer. Elle était calme au début pour devenir assez opposante au moment de l'examen malgré la sécurisation induite par le médecin (les 2 modes de langage).

Pour 19 enfants sur les 26 qui montraient une opposition à un moment au cours de la consultation, leur comportement n'avait pas entraîné de répercussion sur la totalité de l'examen clinique, soit 73,1%.

L'examen de la gorge est perturbé au-delà de 12 mois dans toutes les autres classes d'âge.

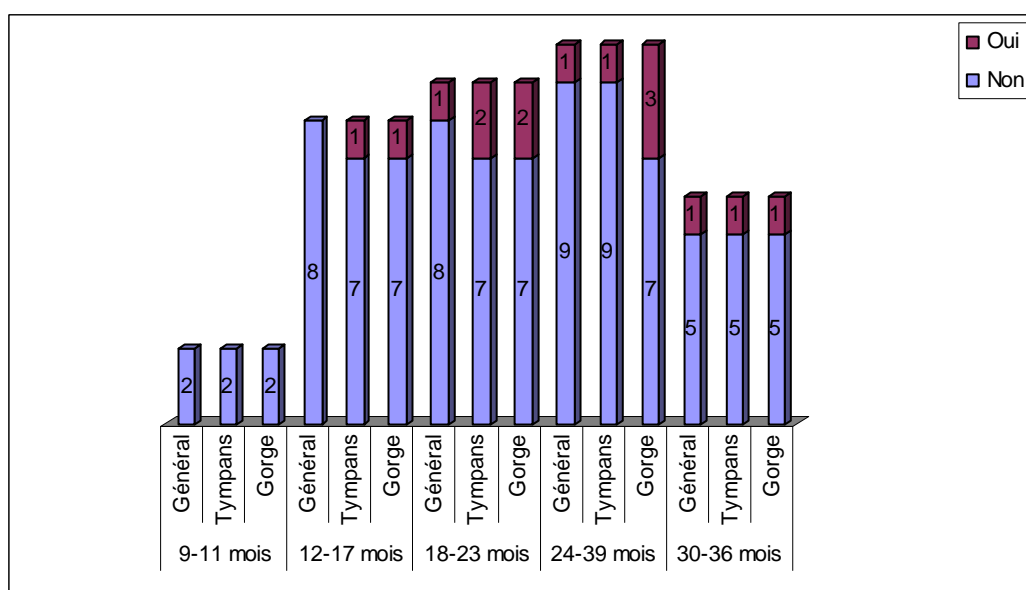


Figure 13 : Perturbation de l'examen clinique en fonction de l'âge de l'enfant

20% des filles et des garçons (4 filles et 3 garçons) perturbent l'examen de la gorge. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 sexes ($p > 0,05$, cf. Annexe B 9).

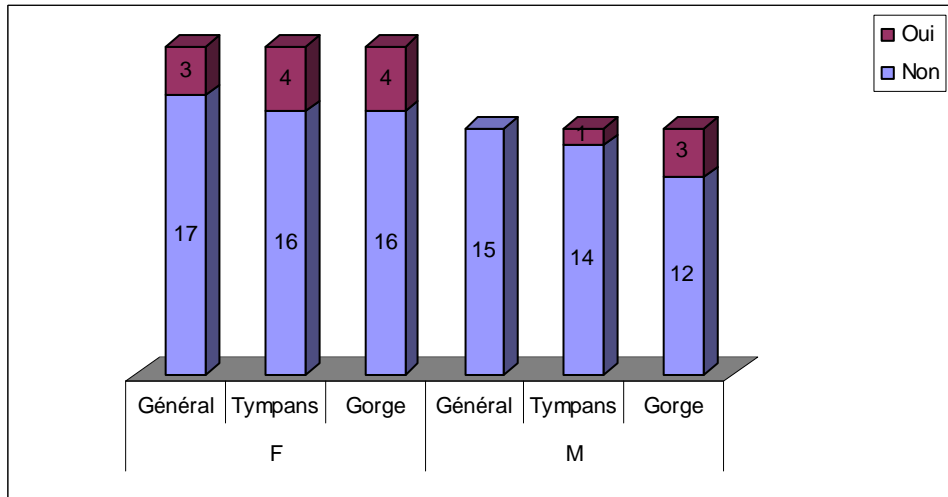


Figure 14 : Perturbation de l'examen clinique en fonction du sexe de l'enfant

L'examen de la gorge est perturbé chez 27,3% des enfants examinés par un médecin de plus de 50 ans (3 enfants) contre 16,7% par un médecin de 50 ans ou moins (4 enfants). Il n'y a pas de différence significative entre un médecin âgé de plus de 50 ans et un de 50 ans ou moins ($p > 0,05$, cf. Annexe B 10).

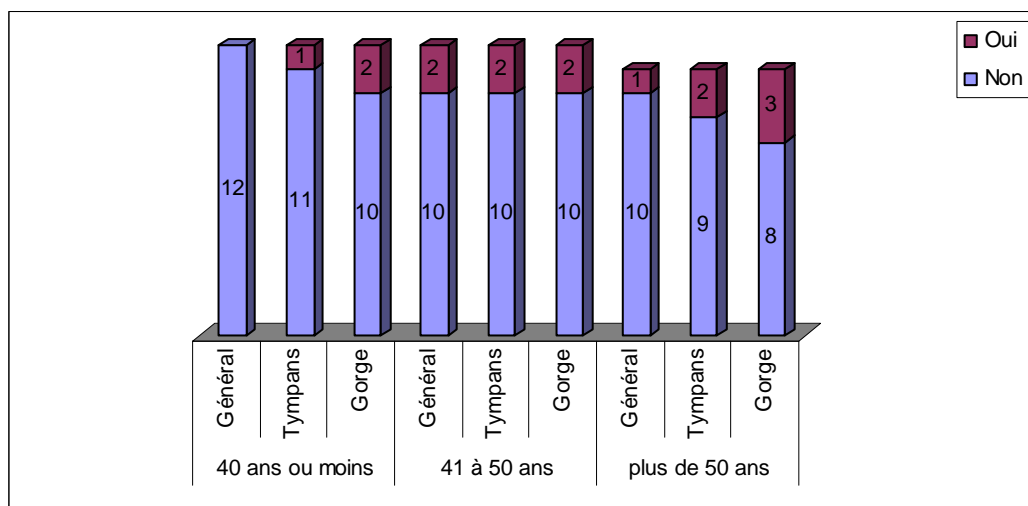


Figure 15 : Perturbation de l'examen clinique en fonction de l'âge du médecin

DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail était d'identifier les moyens de communication mis en place par les médecins généralistes lors de l'examen des enfants âgés de 9 à 36 mois. De plus, il s'agissait de vérifier l'hypothèse selon laquelle le comportement du médecin influence celui de l'enfant.

Pour tenter d'y répondre, le choix de la méthode s'est porté sur une étude observationnelle. La sélection des médecins s'est faite par l'intermédiaire des externes en stage qui remplissaient les grilles d'évaluation. Après analyse des données, il apparaît que le praticien a recours pour examiner les enfants à des stratégies, élargies au champ initial de la communication. Cependant, l'hypothèse de départ n'a pu être vérifiée.

1 Validité des résultats

1.1 Validité interne

L'étude concerne un échantillon trop petit pour pouvoir en tirer quelque conclusion fiable. De plus, il existe peu d'observations directes réalisées en médecine générale. Cela rend donc difficile la comparaison avec d'autres travaux.

70,6% des médecins sont âgés de 50 ans ou moins. Les résultats sont concordants avec les données de la DREES, où les jeunes médecins semblaient davantage engagés dans la prise en charge des enfants. 52% des moins de 50 ans consacraient plus de 10% de leur activité aux enfants, contre 34% chez les plus de 50 ans²⁴.

L'observation montre que 25,7% des enfants sont restés calmes tout au long de la consultation. Ces données sont cohérentes avec le travail des Dr Canevet, Erbacher et Senand³ qui a mis en évidence que 20% des enfants n'ont à aucun moment manifesté d'inquiétude.

1.2 Limites de l'étude

1.2.1 Taux de réponse

Le nombre de grilles reçues était faible malgré les relances par e-mail et le report de la date initialement fixée. Le taux de réponse n'est que de 17,1%. La principale limite est donc le manque de puissance de l'étude. Il aurait fallu un effectif beaucoup plus grand, peut-être obtenu en allongeant la période d'étude. Celle-ci a été réduite à 1 mois pour des contraintes organisationnelles.

La taille trop réduite de l'échantillon ne permet pas d'obtenir des résultats suffisamment précis pour établir des conclusions. Aucune extrapolation ne peut être faite à partir de ce travail. Seules de simples tendances sont constatées et devraient être confirmées ou infirmées par d'autres études à plus grande échelle.

1.2.2 Biais de sélection

Le choix de l'observateur s'était porté sur l'externe de DCEM4 qui se rendait en stage de médecine générale. Ceci a conduit à un biais de recrutement. Etant donné qu'il n'y a pas eu de sélection des médecins généralistes par randomisation, l'échantillon n'est pas représentatif des médecins généralistes.

Par ailleurs, l'échantillon était limité aux maîtres de stage affiliés à la Faculté de Médecine de Brest générant un biais de sélection géographique.

La population étudiée comportait 52,9% de femmes, ce qui ne correspond pas à la démographie médicale actuelle avec en 2012 une part de femmes évaluée à 41%²⁵.

1.2.3 La grille d'évaluation

Tout d'abord, le codage du degré d'opposition de l'enfant, selon une échelle d'intensité de 0 à 5, a été choisi. En cours d'étude, il se révèle que cette méthode engendre une subjectivité importante, en raison de l'implication de plusieurs observateurs de sensibilité différente. Il apparaît un biais de reproductibilité non négligeable²⁶. S'il fallait envisager une nouvelle recherche sur le comportement de l'enfant, l'élaboration d'une grille codifiée serait nécessaire afin d'homogénéiser le recueil des données. Des échelles validées d'hétéro-évaluation du comportement de l'enfant existent²⁷ telles l'échelle OPS (Objective Pain Scale), l'échelle CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) ou l'échelle d'Amiel-Tison inversée. Elles ont été élaborées initialement pour évaluer l'intensité de la douleur des

enfants en postopératoire. L'examen médical, même s'il est parfois mal vécu par l'enfant, n'occasionne pas réellement de douleur, ces échelles n'ont donc pas leur place pour évaluer l'attitude de l'enfant pendant l'examen.

Ensuite, des éléments importants tels l'accompagnant, les antécédents (hospitalisation, kinésithérapie, chirurgie) ou la présence du doudou (ou autre objet transitoire de réassurance) auraient dû être obligatoirement recherchés. Ces détails permettraient peut-être d'expliquer certaines attitudes.

Enfin, les consultations avaient lieu dans différents cabinets médicaux ou à domicile. Il est logique de penser que le comportement du médecin ou de l'enfant soit influencé par l'environnement de l'observation. Il existe donc un biais de reproductibilité.

1.2.4 Biais d'interprétation

L'évaluation de comportements est subjective et elle peut varier d'une personne à l'autre. Il existait plusieurs investigateurs, ce qui majore ce biais.

La présence du stagiaire, en tant que spectateur, risquait de modifier l'interaction médecin-enfant.

Les praticiens étaient informés du travail en cours, leur attitude n'était peut-être pas spontanée. En outre, les maîtres de stage, forment des étudiants et au contact de ceux-ci, ils peuvent adapter leur pratique.

2 Analyse des résultats

2.1 Les stratégies mises en place par le médecin

Différentes stratégies ont été utilisées par le médecin pour examiner les enfants de 9 à 36 mois. La communication prend une place primordiale dans la consultation. Pour 80% des enfants, il a eu recours au langage verbal et pour 74,3% au langage non verbal, les 2 étaient associés pour 68,6%. Tous les enfants examinés par ceux de plus de 50 ans ont été rassurés par les 2 modes de langage, associés pour 81,8% d'entre eux.

2.1.1 Le langage verbal

Le médecin s'adresse dès de début de la consultation à l'enfant. Celui-ci est ainsi mis en confiance et peut s'impliquer dans la relation.

Il utilise l'explication, notamment en détaillant les différentes étapes de l'examen. Il présente les objets (stéthoscope, otoscope), dans le but de rassurer, de dédramatiser.

Les questions sont posées pour essayer d'établir un contact mais aussi parfois pour détourner leur attention.

Il semble tenir compte de l'âge de l'enfant pour communiquer avec lui. L'examen était expliqué dans 31,4% des cas et 90,9% d'entre eux avaient 19 mois ou plus. Cet élément est retrouvé dans la thèse du Dr Le Calvez. Elle s'est intéressée au comportement des enfants de 9 à 30 mois et du médecin lors de l'otoscopie. Elle a montré que dans 80% des cas les médecins informaient les enfants du geste. 70% de ceux qui n'avaient pas été informés avaient moins de 13 mois²⁸.

Le généraliste considère probablement qu'à partir d'un certain âge l'enfant est capable d'intégrer des informations. Il questionnait ceux de 23 mois ou plus. Cette constatation est sans doute liée au fait qu'il s'adapte au développement du langage de l'enfant qui est capable d'associer deux mots à partir de 24 mois¹³. Les consignes sont également adaptées avec un vocabulaire simple.

Cette phase d'explication, de questionnement permet aussi au praticien de rechercher l'absence de trouble cognitif ou du langage. Il s'assure que l'enfant comprend la consigne ou parle pour répondre aux questions.

2.1.2 L'utilisation du jeu

Le médecin a eu recours au jeu, pour des enfants de tous âges, dans 48,6% des cas. D'après l'analyse, il s'en sert pour entrer en communication avec lui, détourner son attention ou le rassurer (en mimant l'examen par exemple).

Pour Dr Liberman, pédopsychiatre, l'activité ludique correspond à l'assimilation psychique d'un évènement important du réel (la présence ou l'absence de sa mère) qui échappe à son contrôle. Elle lui permet de décharger l'angoisse née de la prise de conscience de l'existence de l'objet libidinal séparé de lui. Il maîtrise ainsi ses relations conflictuelles²¹. Le jeu est l'occasion pour l'enfant de décharger son agressivité.

Pour Freud, psychanalyste autrichien, le jeu d'un enfant est aussi un moyen de gérer l'angoisse de séparation^{21,29}.

Après ces notions, il semble qu'il est préférable de laisser un enfant jouer, pour lui permettre de mieux tolérer l'anxiété induite par l'examen.

Le temps du jeu fait également partie intégrante de la consultation. Il donne au médecin la possibilité de l'observer et d'identifier d'éventuels troubles du développement (moteur ou affectif). Les praticiens, qui utilisent des objets sonores ou mobiles, détournent leur attention mais testent aussi leurs capacités visuelles et auditives.

2.1.3 La participation de l'accompagnant

Le médecin a fait appel au(x) parent(s) dans 60% des cas. Parmi les 25 enfants où l'accompagnant est mentionné, 68% sont arrivés avec leur mère. Il leur demande d'installer, de déshabiller l'enfant, de le tenir ou de le porter lors de l'examen. Il mime parfois l'examen sur eux.

L'angoisse de séparation, correspondant pour Spitz à la crainte pour l'enfant d'être abandonné par sa mère²¹, laisse à penser qu'il est important qu'elle soit dans son champ de vision pendant l'examen.

Par ailleurs, pour Dr Bursztejn, pédopsychiatre, le nourrisson est sensible précocement aux expressions du visage et à l'intonation de la parole. Pour lui, un nouveau-né d'un jour est capable de différencier un visage triste d'un visage gai²¹. Si le parent manifeste une inquiétude à un moment donné de la consultation, il peut la ressentir et exprimer une forme d'angoisse. Il est donc important pour le praticien de rassurer les parents, qui eux-mêmes peuvent tranquilliser leur enfant.

De plus, l'observation des interactions parent-enfant est l'occasion pour le médecin de dépister d'éventuels troubles du comportement de l'enfant¹⁸.

2.1.4 Le déroulement de l'examen clinique

L'examen est réalisé dans différentes positions : allongé sur la table, dans les bras ou sur les genoux de l'accompagnant. L'étude n'a pas systématiquement recherché ce détail. Pour les 17 observations, où cet élément a été mentionné, les genoux ont été préférés, puis la table et enfin les bras. L'examen, au contact du parent, permet sans doute de limiter l'angoisse

engendrée par l'examen clinique, à condition que le proche soit lui-même rassuré, comme montré précédemment.

Le médecin dans 2 cas a précisé terminer par l'examen ORL. L'intérêt de différer cette étape souvent mal vécue par l'enfant³, permet de retarder le moment d'apparition de l'angoisse et de profiter d'un maximum de temps d'un climat serein.

2.1.5 La récompense

La récompense est apparue dans 6 cas. Le courage de l'enfant est ainsi reconnu par le praticien. Elle a lieu pendant ou en fin de consultation, ce sont des friandises le plus souvent. Pour un enfant, il s'agissait de réaliser un dessin, le voir accroché au mur peut-être gratifiant. Le discours de félicitation prononcé par le médecin est également une forme de reconnaissance. Celle-ci permet donc de le reconforter.

Pour Brazelton, pédiatre américain, il faut réussir à « l'appivoiser »³⁰ et cela peut passer par une récompense.

2.2 Le comportement de l'enfant

2.2.1 Par rapport au médecin

73,1% des enfants manifestant une opposition à un moment donné de la consultation connaissaient le médecin. A contrario, pour 4 des 9 enfants calmes tout le long de l'observation, il n'était pas connu. Ceci suggère que leur anxiété n'est pas liée au médecin lui-même. Les Dr Canevet, Erbacher et Senand dans leur étude ont également tiré cette conclusion³. Pour Spitz, c'est la perception du visage étranger, différent de celui de sa mère, qui génère cette angoisse²¹.

Ce travail a montré que les enfants examinés par les médecins de plus de 50 ans, les moins nombreux, ont été plus opposants tout au long de l'observation que ceux examinés par les praticiens plus jeunes. Ce constat ne peut pas être pris en compte devant le faible taux de réponse et le résultat du test statistique.

2.2.2 Par rapport à l'âge de l'enfant

Dans l'étude, les enfants de 9 à 11 mois sont les moins représentés avec seulement 2 enfants. Il aurait été logique de trouver des comportements plus opposants dans cette tranche d'âge, où apparaît la peur de l'étranger. Pour Spitz, la première manifestation d'angoisse apparaît vers 8 mois²¹.

Les enfants de 24-29 mois ont été les plus opposants pendant l'examen. Ceux de 30 mois ou plus ont été les plus calmes et ont le moins réagi à l'examen clinique. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'enfant commence à s'exprimer par le langage et non plus seulement par son corps, comme l'a suggéré Malher²².

2.2.3 Par rapport à l'examen clinique

51,4% des enfants ont modifié leur comportement au moment de l'examen clinique, soit en devenant opposant ou en majorant leur degré d'inquiétude. Ils étaient également 51,4% à se calmer à la fin de l'examen. L'examen clinique lui-même est vécu comme angoissant.

Néanmoins, pour 73,1% des enfants opposants au cours de la consultation, la totalité de l'examen clinique n'a pas été perturbée. En règle générale, l'examen n'est pas gêné par le comportement peu ou assez opposant.

L'examen ORL (gorge et otoscopie) apparaît plus difficile que l'examen général, avec une part plus importante pour l'examen de la gorge. La thèse du Dr Erbacher, qui a étudié le comportement des enfants en médecine générale, a retrouvé cette notion. Elle a démontré que les enfants ont manifesté de l'anxiété pour 63,2% d'entre eux lors de l'examen des tympans et 69,5% pour celui de la cavité buccale³¹. On peut penser que l'examen ORL est vécu comme intrusif par l'enfant et principalement celui de la bouche par l'utilisation de l'abaisse-langue. D'ailleurs, le médecin proposait à certains enfants de manipuler les objets, comme l'otoscope, sans doute pour les mettre en confiance avant de réaliser le geste.

2.2.4 Par rapport au motif de consultation

L'enfant qui consulte pour une visite de prévention semble plus calme au début de la consultation, par rapport à celui qui vient pour un problème de santé. Cette affirmation est à nuancer car les visites systématiques qui comportaient une vaccination ont été exclues du travail. 11,4% de visites de prévention ont été retrouvées. Le Dr Griot dans « Les

consultations d'enfants en médecine générale : consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires »⁸ à partir d'une année d'observation a évoqué 32,1% d'actes de prévention chez un enfant de 0 à 2 ans. Cela confirme que l'on ne peut tirer de conclusion quant à l'influence d'une visite de prévention sur leur attitude. L'analyse statistique a d'ailleurs montré qu'il n'y avait pas de corrélation entre ce motif et le comportement de l'enfant.

2.2.5 Autres facteurs

45,7% des enfants ont manifesté de l'anxiété dès le début et parmi ceux vus à domicile, 2 ont été opposants pendant toute la durée de l'examen malgré le fait d'être dans leur environnement. Les facteurs qui peuvent expliquer cette opposition n'ont pas été mis en évidence dans ce travail. L'analyse commence au début de la consultation mais il aurait peut-être fallu s'intéresser à ce qui se passait avant, comme l'attente, l'heure de la consultation, du repas ou de la sieste.

2.3 L'influence du comportement du médecin sur celui de l'enfant

L'étude montre que le médecin met en place des stratégies pour essayer de rassurer l'enfant. L'attitude de celui-ci est évaluée tout au long de la consultation ainsi que le retentissement de son comportement sur l'examen. Le constat est que malgré le nombre d'enfants opposants au cours de l'examen clinique, celui-ci est possible sans difficulté dans la grande majorité des cas. Cependant, l'analyse n'a pas permis de montrer si les stratégies utilisées par le médecin facilitaient l'examen, c'est-à-dire influençaient le comportement de l'enfant.

2.4 La participation des externes à l'étude

12 externes ont répondu, permettant d'obtenir 35 grilles sur une période relativement courte. Leur participation fait poser des interrogations.

Les étudiants ont donné des éléments de réponse pouvant expliquer l'absence de retour de grilles de leur part. Cependant les raisons énoncées étaient-elles les seules ? Il s'agissait peut-être d'un surcroît de travail avec la proximité de l'ECN. De plus, le travail n'était pas

sanctionné par une évaluation, ils n'avaient donc aucune obligation d'implication et de réponse. Le but de la recherche et la façon de remplir la grille leur avaient été présentés au cours de leur séminaire de médecine générale par un diaporama mais peut-être n'avaient-ils pas compris ni la méthode ni l'enjeu. L'étude montre que le recueil de données à partir d'externes investigateurs est possible mais il faut réussir à améliorer leur participation et à susciter leur motivation.

Leur collaboration engendre cependant un biais d'interprétation non négligeable dans ce genre d'étude descriptive. Afin de le limiter, il faudrait les former spécifiquement à la méthode de travail avec une grille d'évaluation plus précise.

3 Nouvelles perspectives

Ce travail permet de présenter certaines stratégies utilisées en place par les praticiens pour examiner des enfants de 9 à 36 mois mais l'influence du comportement du médecin sur celui de l'enfant n'est pas démontrée. Le faible retour de grilles de la part des externes a limité l'analyse. Deux données déjà constatées par d'autres travaux ont été confirmées : l'examen ORL est plus difficile à réaliser, surtout celui de la gorge et le médecin lui-même ne semble pas être le facteur anxigène.

Cette recherche démontre également que la technique d'observation directe permet de recueillir de nombreuses informations. Une telle analyse a sa place dans la recherche en médecine générale.

Une nouvelle étude de plus grande envergure serait à envisager sur une période plus longue, avec une grille plus codifiée pour en limiter le biais de reproductibilité. Il conviendrait, notamment, de tenir compte cette fois de l'accompagnant et de l'environnement. Il serait intéressant de mettre en évidence les raisons pour lesquelles l'enfant est opposant dès le départ de la consultation.

CONCLUSION

L'étude observationnelle directe réalisée auprès de 17 médecins généralistes, maîtres de stage de la Faculté de Brest, a mis en évidence quelques stratégies mises en place par les praticiens pour parvenir à examiner des enfants de 9 à 36 mois. La communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, apparaît être l'élément primordial pour instaurer une relation médecin-enfant sereine. Le généraliste prend également en considération l'organisation de l'examen clinique. En outre, la présence du parent est souvent sollicitée par le praticien. Lors des consultations pédiatriques, le médecin s'adapte à l'âge de l'enfant dans le but de l'examiner dans de bonnes conditions. Il doit également tenir compte des stades du développement psychomoteur et affectif de celui-ci. L'observation de l'enfant et ses interactions avec l'accompagnant font partie de la consultation, et à cette occasion, d'éventuels troubles du comportement peuvent être dépistés.

L'étude n'a pas permis de corréler le comportement du médecin et celui de l'enfant mais a mis en avant d'autres éléments. Tout d'abord, l'examen clinique, notamment celui de la gorge, est angoissant pour l'enfant, et non pas le médecin lui-même, ce qui corrobore d'autres études. Il paraît donc logique de terminer par celui-ci pour bénéficier plus longtemps d'un climat serein. Ensuite, l'examen est contributif pour le médecin dans la plupart des cas dans l'étude, et ce, malgré le comportement opposant de l'enfant. Ceci est important car l'objectif du praticien est, certes d'examiner un enfant le plus calme possible, mais principalement de recueillir, pour parvenir au diagnostic, un certain nombre d'informations par l'intermédiaire de son examen clinique.

La particularité de ce travail est qu'il a été effectué à partir de données recueillies par des investigateurs, qui étaient des externes en stage de médecine générale. Il s'agissait avant tout d'un travail pédagogique pour eux. A l'avenir, pour d'autres travaux de recueil de données, leur participation devrait être améliorée. Leur formation à la méthode aurait besoin d'être perfectionnée afin d'en limiter les biais.

BIBLIOGRAPHIE

1 Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, et al. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale [en ligne]. DREES, septembre 2007. [Consulté le 24/02/2013]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud69.pdf>.

2 Roussey M, Kremp O. Examens systématiques de l'enfant. In : EMC Pédiatrie. Paris : Masson, 2007, Vol. 4-002-B-10.

3 Canevet JP, Erbacher N, Senand P. Comportement des jeunes enfants en consultation de médecine générale. *Exercer*. 2009;89:138-42.

4 Engel J. Guide de poche d'examen pédiatrique. 3^e éd. Paris : Berti Ed., 1999.

5 CNGE. Médecine Générale. Paris : Ed. Scientifiques L&C, 2001.

6 Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Barcelone : WONCA Europe, 2002.

7 CNAMTS. La consommation de soins des enfants de moins de 3ans [en ligne]. Point de conjoncture n°7, Novembre 2002. [Consulté le 24/02/2013]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Point_conjoncture_07.pdf.

8 Griot E. Les consultations d'enfants en médecine générale. *Rev Prat Med Gén*. 1998;421(12):24-31.

9 INVS. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du HCSP. *BEH* n°14-15 [en ligne]. *BEH*, avril 2013. [Consulté le 10/06/2013]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013>.

10 Dommergues JP, Decobert M. Du bon usage du carnet de santé de l'enfant. Rev Prat. 2004;54:2030-4.

11 Buisson G. Guide méthodologique. Protocole d'examen systématiques des enfants de 9, 24 et 36 mois. Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne et Institut de la Mère et de l'Enfant de Rennes, 2005.

12 Flehmig I. Le développement normal du nourrisson et ses variations. Paris : Masson, 1993.

13 Valleteau J. Développement psychomoteur. In : Guide pratique de la consultation en pédiatrie. Paris : Masson, 2009, p. 21-39.

14 Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin-malade. Paris : Elsevier, 2004.

15 Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient. Paris : Masson, 2001.

16 Beaudichon J. La communication : processus, formes et applications. Paris : Armand Colin, 1999.

17 Edward S, Gordon T. Communiquer avec ses patients. Canada : Les Editions Logiques Inc., 1997.

18 Rosenberg E, Thivierge R. Les enfants. In : La communication professionnelle en santé. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique Inc., 2005, p. 327-43.

19 Norimatsu H, Pigem N. Les techniques d'observation en sciences humaines. Paris : Armand Colin, 2008.

20 INSEE. Table d'appartenance géographique des communes au 01/01/2012 [en ligne]. INSEE, juin 2013. [Consulté le 16/08/2013]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-table-appartenance-geo-communes.

21 Gosle B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. 4^e éd. Paris : Masson, 2008.

22 Mazet P, Stoleru S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. 3^e éd. Paris : Masson, 2003.

23 Borsali F. Statistiques médicales et biologiques. Paris : Ellipses, 2010.

24 Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, et al. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites [en ligne]. Etudes et résultats, août 2007. [Consulté le 26/04/13]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>.

25 Fauvet L. Les médecins au 1er janvier 2012 [en ligne]. Etudes et résultats, mars 2012. [Consulté le 16/08/2013]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er796.pdf>.

26 De Singly F. Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes. 3^e éd. Paris : Armand Colin, 2012.

27 ANAES. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans : argumentaire. Paris : ANAES, 2000.

28 Le Calvez A. Interaction médecin/patient lors de l'otoscopie chez l'enfant de 9 à 30 mois : étude par observation naturaliste de 103 otoscopies en soins primaires en Loire Atlantique. Thèse : Médecine. Nantes, 2012.

29 Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. 6^e éd. Paris : Presse Universitaire de France, 2005.

30 Brazelton T.B. L'enfant et son médecin. Paris : Payot, 1993.

31 Erbacher N. Observation du comportement de l'enfant de 2 ans en consultation de médecine générale. Thèse : Médecine. Nantes, 2006.

ANNEXES

Annexe A : La grille d'évaluation

La relation médecin-enfant en médecine générale ambulatoire.

Il s'agit d'évaluer les stratégies de communication utilisées par les médecins généralistes au cours d'une consultation concernant un enfant âgé de 9 à 36 mois, incluant un examen ORL et excluant une vaccination.

Externe	
Nom & prénom :	
Téléphone portable :	
Adresse Email :	

Médecin MSU		
Nom & prénom :		
Commune d'installation :		
Sexe :	M	F
Age :		

Date de l'examen :	
Motif de la consultation :	

Enfant de 9 à 36 mois						
3 premières lettres des nom & prénom :						
Sexe :	M			F		
Date de naissance :						
Patient connu du médecin :	Oui			Non		

Observation par l'externe au cours de la consultation :
« Quelles sont les stratégies de communication utilisées par le médecin pour faciliter l'examen de cet (te) enfant »

Commentaires du médecin MSU sur la consultation :
« Quelles stratégies de communication ont été utilisées pour faciliter l'examen de cet (te) enfant »

Evaluation du degré d'opposition de l'enfant lors de la consultation :	Cocher un chiffre entre 0 (pas opposant) et 5 (très opposant)					
Au début :	0	1	2	3	4	5
Au cours :	0	1	2	3	4	5
A la fin :	0	1	2	3	4	5

L'attitude de l'enfant a-t-elle gêné le bon déroulement de l'examen :		
Examen général :	Oui	Non
Examen des tympanes :	Oui	Non
Examen de la gorge :	Oui	Non

Commentaires supplémentaires sur la consultation :
D'autres facteurs ont-ils interféré dans la consultation ? (<i>Délai d'attente ? Accompagnants ? Téléphone ? Autres...</i>)

Merci de votre contribution qui me servira à l'élaboration de ma thèse.
En cas de question, vous pouvez me contacter par e-mail ou téléphone.

Annexe B : Tableaux de contingence

1. Comparaison du comportement de l'enfant au début de la consultation en fonction d'une visite de prévention ou une pathologie bénigne (figure 5).

	Comportement		Total		
	calme	opposant		2,3	1,7
visite de prévention	4	0	4	17,7	13,3
pathologie	16	15	31		
Total	20	15	35		

Test de Fisher : **p-value = 0,119**

2. Comparaison du comportement de l'enfant au cours de la consultation en fonction de son âge (figure 6).

	Comportement		Total		
	calme	opposant		7,5	21,5
moins de 30 mois	5	24	29	1,5	4,5
30 mois ou plus	4	2	6		
Total	9	26	35		

Test de Fisher : **p-value = 0,027**

3. Comparaison du comportement de l'enfant au cours de la consultation en fonction de leur sexe (figure 7).

	Comportement		Total		
	calme	opposant		5,7	14,3
F	6	14	20	4,3	10,7
M	4	11	15		
Total	10	25	35		

Test de Fisher : **p-value = 1**

4. Comparaison du comportement de l'enfant au début de la consultation en fonction de la connaissance ou non du médecin (figure 9).

	Comportement		Total
	calme	opposant	
connu	12	12	24
pas connu	7	4	11
Total	19	16	35

13	11
6	5

Test de Fisher : **p-value = 0,493**

5. Comparaison du comportement de l'enfant au cours de la consultation en fonction de l'âge du médecin (figure 10).

	Comportement		Total
	calme	opposant	
50 ans ou moins	8	16	24
plus de 50 ans	1	10	11
Total	9	26	35

6,2	17,8
2,8	8,2

Test de Fisher : **p-value = 0,217**

6. Comparaison du comportement de l'enfant en fin de consultation selon qu'il ait été sécurisé ou non (figure 11).

	Comportement		Total
	calme	opposant	
sécurisé	17	13	30
non sécurisé	5	0	5
Total	22	13	35

18,9	11,1
3,1	1,9

Test de Fisher : **p-value = 0,134**

7. Comparaison du retentissement du comportement de l'enfant sur l'examen général et l'examen ORL (figure 12).

	Retentissement		Total
	oui	nont	
examen général	3	32	35
examen ORL	12	58	70
Total	15	90	105

5	30
10	60

Test de Fisher : **p-value = 0,375**

8. Comparaison du retentissement du comportement de l'enfant sur l'examen de la gorge et le reste de l'examen (figure 12).

	Retentissement		Total
	oui	non	
examen de la gorge	7	28	35
autres examens	8	62	70
Total	15	90	105

5	30
10	60

Test de Fisher : **p-value = 0,250**

9. Comparaison du retentissement du comportement de l'enfant sur l'examen de la gorge en fonction de leur sexe (figure 14).

	Retentissement		Total
	oui	non	
F	4	16	20
M	3	12	15
Total	7	28	35

4	16
3	12

Test de Fisher : **p-value = 1**

10. Comparaison du retentissement du comportement de l'enfant sur l'examen de la gorge en fonction de l'âge du médecin (figure 15).

	Retentissement		Total
	oui	non	
plus de 50 ans	3	8	11
50 ans ou moins	4	20	24
Total	7	28	35

2,2	8,8
4,8	19,2

Test de Fisher : **p-value = 0,652**

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par **Monsieur le Professeur DE PARSCAU**

Titre de la thèse

Les stratégies utilisées par les médecins généralistes lors de l'examen des enfants de 9 à 36 mois.

Etude auprès de médecins généralistes maîtres de stage de la Faculté de Brest.

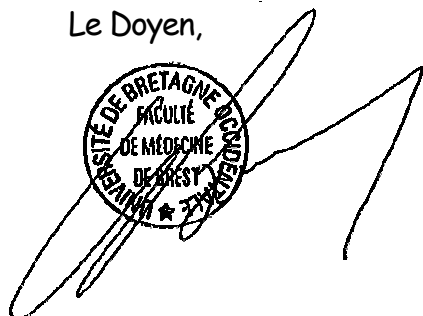
ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE :

OUI x

NON...

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à **Mademoiselle Christelle Le BIAVANT**

A BREST, le 27/09/2013
VISA du Doyen de la faculté
Le Doyen,



A BREST, le 27/09/2013
Le Président du Jury de Thèse,

A handwritten signature in purple ink, which appears to read "D. de Parscau", is written over a horizontal line.

LE BIAVANT (Christelle) - Les stratégies utilisées par les médecins généralistes lors de l'examen des enfants de 9 à 36 mois - 65 f., 15 ill., 4 tabl.

Th. : Méd. : Brest 2013

RESUME :

Contexte : La prise en charge des enfants fait partie intégrante de l'activité du médecin généraliste. Le médecin doit s'adapter aux difficultés rencontrées lors de la consultation.

Objectif : Le but de ce travail est de décrire les stratégies mises en place par les généralistes lors de l'examen des enfants de 9 à 36 mois et de vérifier leur efficacité.

Méthode : Etude descriptive observationnelle directe auprès de médecins généralistes maîtres de stage de la Faculté de Médecine de Brest. Les externes en stage chez le généraliste ont observé et décrit les stratégies mises en place à partir d'une grille d'évaluation.

Résultats : Pour améliorer la relation médecin-enfant, le médecin utilise le langage verbal, le jeu, la présence du parent, la récompense et organise le déroulement de l'examen clinique. La corrélation entre le comportement du médecin et de l'enfant n'a pas été démontrée.

Conclusion : La communication verbale et non verbale apparaît être l'élément primordial pour le bon déroulement de l'examen. Le médecin s'adapte à l'âge de l'enfant et tient compte des stades de son développement psychomoteur.

MOTS CLES :

QUALITE DES SOINS

NOURRISSON ET ENFANT

COMPORTEMENT

MEDECINE GENERALE

RELATION MEDECIN-PATIENT

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Loïc DE PARSCAU

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE

Monsieur le Professeur Bernard LE FLOCH

Monsieur le Docteur Benoît CHIRON

Madame le Docteur Anne-Marie LE BERRE

DATE DE SOUTENANCE :

24 octobre 2013

ADRESSE DE L'AUTEUR :

6 allée Mgr Claude de Rohan - 29000 QUIMPER