

**THESE POUR LE DOCTORAT EN
MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

Fanny OLIVIER-FORCHY

NEE LE 18 MAI 1988 A GRANDE-SYNTHE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 25 NOVEMBRE 2015

LES CERTIFICATS DE SANTE DE L'ENFANT :
ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE
SEINE-MARITIME

PRESIDENT DU JURY : Pr P.GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : Dr V.VILLAMAUX

MEMBRES DU JURY : Dr J.LADNER

Dr M.CASTANET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CB - Centre Henri Becquerel	CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur GERARDIN,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur CASTANET,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.

Soyez assurée de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LADNER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.

Soyez assuré de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Valérie,

Tu as su me guider et m'encourager dans ce travail de thèse.

Tu m'as fait découvrir et aimer ce beau métier de médecin généraliste.

Tu m'as enseigné avec passion tes connaissances.

Tu m'as transmis avec cœur ton savoir-faire.

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de faire mes premiers pas de médecin.

Pour tout cela je te suis extrêmement reconnaissante.

A mes maîtres de stages, qui m'ont formé tout au long de ces années, Monsieur le Docteur Nicolas Robert, Monsieur le Docteur Sébastien Taupin, Monsieur le Docteur Xavier Lagarde, Monsieur le Docteur Matthieu Blondet, et Madame le Docteur Pascale Dubot-Guais.

A Madame le Docteur Pascale Sieurin et Madame le Docteur Elisabeth Canuel qui m'ont fait découvrir la PMI avec beaucoup de bonne humeur.

Aux différents médecins qui m'ont accordé de leur temps pour la réalisation des entretiens de cette thèse.

A Madame de Docteur Yveline Sevrin qui a su nous enseigner au cours de ces trois dernières années la médecine générale avec rigueur et bonne humeur. Merci d'avoir contribué à développer mon sens critique et de m'avoir aidé à prendre confiance en moi.

Au service de gynécologie de l'hôpital d'Evreux, merci pour ce semestre qui m'a beaucoup apporté.

A ma famille, mes parents, ma sœur Lisa et mes grands-parents qui ont su me soutenir et m'encourager dans toutes les étapes de ce parcours. Sans eux, rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir offert un si bel avenir.

A Justine, Chloé, Elsa pour tous ces beaux moments partagés et ceux à venir.

A tous mes amis nantais pour la simplicité et la richesse de notre amitié.

A Carine, Valéria, Lucie, Emelyne et mes autres co-internes normands pour ces trois années d'internat partagées avec vous, et à toi Carine pour ta relecture attentive.

A mon époux Nicolas, pour son soutien à toute épreuve.

Liste des abréviations

AHFMC : association havraise de formation médicale continue
ASE : aide sociale à l'enfance
AMY : association médicale de la région d'Yvetot
C : consultation
CAF : caisse d'allocations familiales
CAMPS : centre d'action médico-social précoce
CHAT : checklist for autism in toddlers
CMV : cytomégalovirus
CHU : centre hospitalier universitaire
CODAH : communauté de l'agglomération havraise
CRA : centre de ressource de l'autisme
CMP : centre médico-psychologique
CMPP : centre médico-psycho-pédagogique
DASS : direction des affaires sanitaires et sociales
DU : diplôme universitaire
DUMG : département universitaire de médecine générale
DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ESOPE : évaluation et soutien de l'organisation de la parole et du langage de l'enfant
FPE : forfait pédiatrique
HAS : haute autorité de santé
MGE : majoration jeune enfant
MNO : majoration nourrisson
IMC : indice de masse corporelle
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
IOTF : International Obesity Task Force
INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
JO : journal officiel
OMS : organisation mondiale de la santé
PAJE : prestation d'accueil du jeune enfant
PEA : potentiels évoqués auditifs
PMA : procréation médicalement assistée
PMI : protection maternelle et infantile
REPOP : réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique
RETA27 : réseau des troubles de l'apprentissage de l'Eure
ROR : rougeole, oreillons, rubéole
SROS : schémas régionaux d'organisation des soins
TDHA : troubles déficit de l'attention, hyperactivité
UNCAM : union nationale des caisses d'assurance maladie
UTAS : unités territoriales d'action sociale

Table des matières

Sommaire

I.	Introduction	17
A.	Le suivi des enfants de 0 à 6 ans	18
1.	Les textes législatifs et l'histoire de la pédiatrie préventive	18
2.	Le suivi prénatal	21
3.	Le suivi du jeune enfant	22
B.	Les acteurs du suivi médico-psycho social de l'enfant	30
1.	Les médecins	30
2.	Les autres acteurs	34
3.	Coordination des acteurs de santé	35
C.	Les principales pathologies et situations visées par le dépistage individuel de l'enfant.....	35
1.	L'obésité.....	36
2.	Les troubles des apprentissages.....	38
3.	Les troubles envahissants du développement.....	41
4.	Les troubles neurosensoriels	42
II.	Matériel et méthode.....	46
A.	Le type d'étude.....	46
B.	Le choix des entretiens semi dirigés	46
C.	Bibliographie	46
D.	La question de recherche.....	47
E.	L'échantillonnage.....	47
F.	Le guide d'entretien	47
G.	Le recueil des données	48
H.	La retranscription des entretiens	48
I.	L'analyse des données.....	48
J.	Le codage.....	49
III.	Résultats.....	50
A.	Caractéristiques de l'échantillon	50
B.	Les entretiens.....	52
1.	Nombre.....	52
2.	Durée	52
3.	Calendrier.....	52
4.	Lieu.....	53
C.	Les intérêts des certificats	53
1.	Un intérêt individuel.....	53
2.	Un intérêt en matière de santé publique	57
3.	Un certificat pour interpeller les services de Protection Maternelle et Infantile.....	58
D.	Les méthodes et les représentations des médecins généralistes concernant le suivi et le dépistage individuel des enfants.....	59
1.	L'organisation des médecins généralistes pour le suivi individuel des enfants.....	60
2.	La notion de manque de temps.....	63
3.	La notion de formation en pédiatrie	64
4.	La notion de travail en réseau	65
5.	La rémunération	69
6.	Les difficultés, les besoins	71
E.	Les représentations et les méthodes des médecins généralistes en matière de prévention pédiatrique.....	72

1.	La vaccination	72
2.	L'allaitement	75
3.	La diversification.....	77
4.	La prévention des accidents domestiques	77
F.	Les représentations et les méthodes des médecins généralistes en matière de dépistage en pédiatrie	79
1.	Les anomalies staturo-pondérales	79
2.	Les troubles sensoriels	80
3.	Les troubles du développement.....	82
4.	Le saturnisme	84
G.	Atouts du suivi pédiatrique en médecine générale.....	86
H.	Entretien avec la responsable statistique du département santé de Seine Maritime	87
IV.	Discussion.....	92
A.	Discussion de la méthode	92
1.	Le choix de la question principale.....	92
2.	L'échantillonnage de la population étudiée	92
3.	Le choix des entretiens semi-dirigés	93
4.	L'analyse thématique des informations.....	93
B.	Discussion des principaux résultats.....	94
1.	Perception des examens obligatoires de l'enfant avec certificat de santé par les médecins généralistes de Seine Maritime.	94
2.	Organisation pratique du suivi des enfants par les médecins généralistes	95
3.	Difficultés des médecins généralistes	99
V.	Conclusion.....	102
VI.	Bibliographie	103
VII.	Annexes.....	107

I. Introduction

L'importance des examens obligatoires de suivi de l'enfant m'est apparue au cours de mon stage ambulatoire de médecine générale puis de mon stage en Protection Maternelle et Infantile. En effet, à travers ces examens, réalisés de façon répétées et rapprochées, un professionnel expérimenté doit être capable de prévenir et de dépister précocement une multitude de situations risquant de mettre l'enfant en difficulté. Ce sont des examens, qui pour être contributifs, demandent du temps et des moyens. Ils nécessitent certaines compétences pour pouvoir être réalisés de façon optimale et permettre une prise en charge et une orientation adaptée à chaque situation.

Actuellement, les médecins généralistes assurent seuls le suivi de nombreux enfants. « En 2002, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5 % ont vu seulement un pédiatre, 40 % ont vu seulement un généraliste et 55 % ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre. » « 88% des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier. » (1) La démographie des pédiatres de soins primaires tend vers une diminution dans les années à venir. D'après les chiffres du syndicat national des pédiatres français (2): « Le nombre de pédiatres libéraux ne cesse de diminuer, alors que leur charge de travail devient de plus en plus importante. Entre 1995 et 2009, la part des Pédiatres libéraux (APE) a diminué de 19% et ne représente plus que 37,9% de l'ensemble de la profession ».

La médecine a évolué ces dernières années en accordant à la prévention une place de plus en plus importante dans les missions confiées aux professionnels de santé. Si la demande principale des patients en consultation reste le plus souvent des soins, l'évolution de la société nous amène de plus en plus à adopter une démarche préventive. Concernant l'enfant de 0 à 6ans, l'importance du dépistage individuel est réaffirmée dans des *recommandations pour la pratique clinique en 2005* par l'HAS(3). Les recommandations en matière de suivi de l'enfant sont très précises.

La littérature rapporte quelques études concernant les défauts de notre système de soins en matière de prévention de l'enfant mais peu se sont penchées sur le point de vue des médecins généralistes et la réalisation pratique de ce suivi.

C'est dans ce contexte que nous avons souhaité réaliser une enquête de terrain. Le but de cette étude était d'obtenir un état des lieux des pratiques, des connaissances et des opinions de médecins généralistes, puis d'établir des pistes de réflexion afin d'améliorer nos pratiques dans ce domaine.

Nous avons choisi comme base de travail les certificats médicaux des 9^{ème} et 24^{ème} mois. Ils sont une étape obligatoire du suivi de l'enfant. Ils reprennent une grande partie des items à aborder lors du dépistage individuel à des âges clefs et sont un outil facilement disponible à tous les médecins généralistes en pratique courante.

Nous nous sommes donc demandé comment les médecins généralistes de Seine Maritime perçoivent-ils les examens obligatoires avec certificats de santé du 9^{ème} et 24^{ème} mois. Comment les intègrent-ils dans le suivi de l'enfant ? Quelles sont leurs difficultés ? Quelles améliorations suggèrent-ils ?

Notre thèse s'articulera en trois axes :

Nous verrons dans un premier temps quelles sont les recommandations concernant le suivi des enfants de 0 à 6 ans. Quels en sont les acteurs principaux ? De quelle façon travaillent-ils en réseaux ?

La seconde évoquera les principales pathologies et situations visées à être repérées par ces consultations.

Et enfin, le dernier axe présentera notre étude de terrain et les conclusions que nous en avons tirées pour améliorer notre pratique.

A. Le suivi des enfants de 0 à 6 ans

En France, le suivi de l'enfant est très réglementé. Il s'est instauré progressivement tout au long du XX^{ème} siècle et a permis une considérable amélioration de la santé des enfants, évaluable par les taux de mortalité infantile. Il est maintenant organisé en un certain nombre de consultations obligatoires qui rentrent dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et sont définies par des textes réglementaires depuis 1945.

1. Les textes législatifs et l'histoire de la pédiatrie préventive

Dans l'après guerre, une première étape est marquée par la mise en place de mesures qui visent à limiter la mortalité maternelle et infantile. La notion de place de l'individu dans la société évolue aussi. Les valeurs qui prévalaient avant la seconde guerre mondiale sont en mutation, « *la primauté est donnée à l'individu en tant que personne et non plus comme l'élément d'un collectif.* » (4)

- **1945** : début de la protection maternelle et infantile et généralisation du carnet de santé de l'enfant
- **1946** : début des services de santé scolaire

Une deuxième étape est franchie dans les années 70. C'est une période de crise financière, les dépenses de santé sont reconsidérées et une approche plus globale de la santé est réfléchi. La notion de prévention apparaît pour la première fois dans la loi. De plus, en 1967 avec l'adoption de la loi Neuwirth, qui légalise l'utilisation de la contraception, les naissances deviennent davantage maîtrisées et les enfants ainsi attendus. L'enfant trouve aussi une place différente au sein de la famille et au sein de la société. « Le repli de la natalité observé depuis les années 1960 a créé un modèle de familles moins nombreuses et accentué le sentiment de l'enfant précieux. » (4)

La loi du 15 juillet 1970 (5) a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors des trois examens médicaux suivants : l'examen préventif obligatoire effectué dans les 8 jours suivant toute naissance, ainsi que les examens effectués au cours du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois, âges clés dans le développement de l'enfant. (6)

Il est alors prévu que les allocations jeunes enfants et mère au foyer soient subordonnées à la présentation des certificats de santé.

La loi du 20 juin 1977 (abrogé le 27 mai 2003) institue le contrôle systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge. (5)

D'après le **code de Santé Publique**, les examens de l'enfant doivent être effectués soit par un médecin d'une consultation de protection infantile, soit par un médecin choisi par les parents de l'enfant ou par la personne ayant la garde de celui-ci. Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

Art 1 « Les enfants dont la protection est organisée par le titre Ier du livre II du code de la santé publique et par le décret susvisé du 19 juillet 1962 sont soumis à des examens médicaux obligatoires dont le nombre est fixé à neuf au cours de la première année, dont un dans les huit jours de la naissance et un au cours du neuvième ou dixième mois, trois du treizième au vingt-cinquième mois, dont un au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois, et à deux par an pour les quatre années suivantes. Le calendrier des examens est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Art2 « Donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé les examens subis dans les huit jours de la naissance, au cours du neuvième mois et au cours du vingt-quatrième mois. »

Art3 « L'imprimé servant à établir le certificat de santé est inséré dans le carnet de santé prévu à l'article L. 163 du code de la santé publique.

Il comporte une formule d'attestation d'examen et une formule de certificat médical confidentiel dont les modèles sont établis par arrêté du ministre de la santé publique.

L'attestation d'examen et le certificat médical sont établis par le médecin qui effectue l'examen médical.

Ce médecin remet l'attestation au père, à la mère ou à la personne ayant la garde de l'enfant, à charge pour ceux-ci, lorsqu'ils sont bénéficiaires de prestations familiales, d'adresser ce document à l'organisme ou service payeur dont ils relèvent dans les conditions prévues par les articles R. 534-3 et R. 534-4 du code de la sécurité sociale.

Dans un délai de huit jours, le médecin adresse le certificat médical correspondant à l'âge de l'enfant, sous pli fermé et confidentiel au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant. Le médecin mentionne les résultats de l'examen dans le carnet de santé de l'enfant. »

Puis à la fin du XXème siècle la notion de santé évolue. La définition de la santé dans le préambule de l'Organisation Mondiale de la Santé nous indique le sens de cette évolution : « la santé comme un état complet de bien être physique mental et social ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. »

Les avancées législatives du début du XXIème siècle vont clairement dans ce sens avec la loi **du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique. (7) L'accent est mis sur la protection et la promotion de la santé de la famille et de l'enfance, et le repérage et soutien des groupes de populations dites "vulnérables".

De nouvelles problématiques de santé publique apparaissent et des plans nationaux sont établis : plan obésité, troubles des apprentissages, troubles du comportement, troubles sensoriels.

L'article 85 de la loi N°2002-73 du 18 janvier 2002 (8) dite de modernisation sociale intègre le dépistage des troubles spécifiques du langage dans la visite médicale de la 6^{ème} année.

« Article L541-1 Au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Cette visite, à laquelle les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants, ne donne pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles. A l'occasion de cette visite, un dépistage des troubles spécifiques du langage est organisé. Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative et les professionnels de santé afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés. »

Le Code de la santé publique évoque aussi la collaboration entre les différents acteurs de santé.

Article L 1411.6 et 8 (9) relatifs à la participation des services de santé scolaire et de la PMI et des professionnels de santé libéraux, à la mise en place de consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage.

« Tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux et tous autres organismes de soins ou de prévention peuvent, dans les limites fixées par les dispositions législatives et réglementaires, concourir à la réalisation de tout ou partie des programmes de santé (...).Les services de santé au travail, de santé scolaire et universitaire et de protection maternelle et infantile concourent, en tant que de besoin, à la réalisation de ces programmes.

L'élaboration et la mise en place de **Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de l'enfant et de l'adolescent** par la circulaire N ° 517/Dhos/01/DGS/DGAS/2004 du 28 **octobre 2004** (10) a pour objectif de structurer l'offre de soin et d'organiser la coordination des acteurs.

« Elle mobilise l'action coordonnée des différents professionnels et structures de santé que sont les pédiatres libéraux et hospitaliers, les médecins généralistes, les cabinets de surspécialités, les pédopsychiatres, les psychologues, les orthophonistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens, les psychomotriciens, les éducateurs, les établissements de santé et les structures médico-sociales, les équipes de PMI et de santé scolaire.

Elle doit donner toute leur place aux pédiatres libéraux et aux généralistes, notamment lorsqu'ils sont inscrits dans un réseau, ainsi qu'aux équipes de PMI et de santé scolaire, afin d'assurer le suivi du développement de l'enfant, les actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé. »

Le Code de la sécurité sociale (5) établissait la subordination du versement des allocations familiales à l'établissement des certificats médicaux obligatoires. Mais depuis le 20 avril 2006, un décret d'application dit que « *les organismes débiteurs des prestations familiales n'ont plus à exiger des familles les justificatifs de passation des examens.* »

Le code de la sécurité sociale prévoit toujours à l'article L.533.1 que « *le versement de l'allocation de base est subordonné à la passation des examens médicaux obligatoires* ». C'est-à-dire que si le parent ne soumet pas son enfant aux examens médicaux obligatoires, en l'absence de motifs légitimes, la caisse d'allocation familiale (Caf) peut, sur demande du médecin responsable du service départemental de PMI, suspendre le versement de prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) mais en pratique, ces sanctions sont très peu appliquées.

2. Le suivi prénatal

Le suivi de l'enfant à naître est organisé dès la grossesse de la future maman dans le but notamment de dépister rapidement des facteurs de vulnérabilité.

En effet le **décret du 14 février 1992** (11) prévoit **7 consultations obligatoires et gratuites** pour la femme enceinte. Ces consultations permettent dès le début de la grossesse de repérer les facteurs de risque de déficience et handicap périnatal et les situations qui nécessiteraient une prise en charge adaptée (la prématurité, le retard de croissance intra utérin et post natal, l'anoxie périnatale, la gémellité, les fœtopathies toxiques et les infections périnatales.)

La première consultation doit avoir lieu avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse puis les suivantes doivent être réalisées tous les mois à partir du 4^{ème} mois jusqu'à l'accouchement.

Ces consultations donnent lieu à des bilans cliniques et biologiques, certains obligatoires, d'autres fortement recommandés. En plus de ces consultations, la loi prévoit trois échographies dont les termes sont bien définis : entre 11 et 13 semaines, entre 21 et 23 semaines, et entre 31 et 33 semaines.

Ces consultations obligatoires ainsi que les examens sont tous pris en charge à 100% par l'assurance maladie au titre de la maternité.

Une spécificité relativement récente du suivi de la grossesse mérite d'être soulignée. Suite à la loi de 2007 sur la protection de l'enfance, le plan de périnatalité 2005-2007 prévoit comme mesure prioritaire la mise en place d'une consultation « *entretien systématique psychosocial* » ou entretien du 4^{ème} mois de grossesse. (12) Cet entretien doit être systématiquement proposé par le professionnel qui confirme la grossesse et être réalisé par ses soins ou un autre professionnel de la grossesse dans l'idéal au cours du 1^{er} trimestre et dure 45 min. Le conjoint est encouragé à y participer :

«L'entretien prénatal précoce doit rendre possible pour le couple l'expérience d'une rencontre avec un professionnel dans une relation singulière, contenant, empathique, permettant d'aborder dans sa globalité la grossesse avec ces trois dimensions: médicale, sociale, psychique.»

Cet entretien doit permettre de repérer certaines difficultés, rechercher des situations de vulnérabilité et orienter vers un accompagnement adapté, si nécessaire vers un professionnel spécialisé.

L'INPES a conçu en 2010 un guide « grossesse et accueil de l'enfant » (12) pour aider les professionnels de santé à mettre en place des actions d'éducation pour la santé avec les femmes et leurs conjoints.

3. Le suivi du jeune enfant

Selon le cadre légal établi, le suivi de l'enfant s'organise de la façon suivante :

a) *Les examens médicaux obligatoires : (5)*

Au nombre de 20, ils ont pour objectif la surveillance de la croissance staturo-pondérale de l'enfant, de son développement physique, psychomoteur et affectif.

Ils doivent permettre le dépistage précoce des anomalies ou déficiences.

Ils sont réalisés par un médecin compétent au choix des parents : médecin généraliste, pédiatre ou médecin de PMI.

Le schéma de suivi recommandé entre 0 à 6 ans est le suivant:

- **premier examen lors des 8 premiers jours de vie** (avec certificat obligatoire dit « du 8^{ème} jour ») souvent réalisé par le pédiatre de la maternité avant la sortie de l'enfant.

Il reprend les antécédents obstétricaux maternels, les conditions de l'accouchement, les complications éventuelles, les pathologies de la première semaine de l'enfant, les informations sur le mode d'allaitement.

Il permet aux services de PMI départementaux d'être alertés sur des situations de vulnérabilité de certaines familles à la sortie de la maternité et de proposer un suivi personnalisé.

En pratique, ces certificats de naissances transitent par les services du département pour arriver ensuite dans les centres de PMI. Les professionnels transmettent alors par courrier aux parents des mises à disposition de leur service pour le suivi de leur enfant.

Certaines familles dont les certificats sont analysés comme comportant des facteurs de risques (âge des parents, situation de vulnérabilité sociale, suivi antérieurs de protection de l'enfance...) sont suivies de façon plus insistante par les sages-femmes et puéricultrices des services de PMI qui peuvent par exemple proposer des visites à domiciles.

Les sorties de maternité se faisant de plus en plus précoces, parfois à 2-3 jours de vie, la question du certificat du 8^{ème} jour de sortie se pose.

Ainsi les recommandations Haute Autorité de Santé sur les sorties précoces de maternités de mars 2014 (13) disent :

*« Compte tenu du raccourcissement de la durée des séjours en maternité, il est recommandé qu'un nouvel examen soit réalisé **entre le 6e et le 10e jour postnatal**, de préférence par un pédiatre ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né.*

Cet examen correspond généralement à la visite à faire dans les 8 premiers jours de vie : il est rappelé que le premier certificat de santé « à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie » ne peut être rempli que par un médecin (généraliste ou pédiatre). Si celui-ci est rempli à la sortie de maternité (donc avant le 6e jour), l'examen du nouveau-né recommandé entre J6 et J10 reste nécessaire. »

- Puis **8 examens au cours de la 1^{ère} année** :
 - une consultation par mois durant les 6 premiers mois,
 - une consultation au 9^{ème} mois (avec certificat obligatoire),
 - une au 12^{ème} mois.

- **3 examens du 13^{ème} au 25^{ème} mois** :
 - au 16^{ème} mois,
 - au 20^{ème} mois,
 - au 24^{ème} mois (avec certificat obligatoire).

- puis **chaque semestre de 2 ans à 6 ans.**

Ils sont entièrement pris en charge à 100 % par l'assurance maladie aux tarifs conventionnels au titre de la maternité soit tarifs revalorisés depuis le 7 juillet 2012 (Décision UNCAM du 20 mars 2012, publiée au JO du 07/06/2012).

- 28 euros pour un examen de l'enfant de moins de 2 ans (cotation C 23€ + MNO 5€)
- 26 euros pour un examen de l'enfant de moins de 6 ans (cotation C 23€+ MGE 5€)
- 33 euros pour les examens avec rédaction d'un certificat obligatoire dans le mois qui suit le 9^{ème} mois et le 24^{ème} mois (C23€+MNO5€+FPE5€)

Ils doivent donner lieu à un examen complet de l'enfant et à la rédaction d'un certificat. Ce dernier doit être transmis par le médecin rédacteur aux services de PMI, sous pli confidentiel dans un délai de huit jours.

Les résultats de l'examen doivent figurer dans le carnet de santé de l'enfant (Code de la santé publique - article R. 2132-1, R. 2132-2 et R. 2132-3).

b) Les certificats obligatoires :

Parmi ces 20 examens obligatoires, 3 sont particulièrement importants car ils sont réalisés à des âges clefs du développement de l'enfant. Ils comportent l'établissement d'un certificat de santé : au 8^{ème} jour, au 9^{ème} mois et au 24^{ème} mois (cf. annexe 4).

Ce sont des certificats standardisés (formulaires *Cerfa*) qui sont donnés à la naissance aux parents dans le carnet de santé.

Ils comportent plusieurs parties :

- Une partie administrative (données socio démographiques)
- Une partie médicale (items spécifiques pour évaluation du développement de l'enfant et dépistage des déficiences et handicaps)
- L'identification et spécificité du médecin rédigeant le certificat
- Possibilité de demande particulière aux services de PMI

Les principales modifications des certificats en 2006 sont les suivants (14):

- Pour le 8^{ème} jour :

Apparition :

- du niveau d'étude des parents et de leur activité professionnelle,
- de renseignements concernant la grossesse (nombre d'échographies, recherche d'antigène HBs, alcool et tabac consommés en cours de grossesse, notion de transfert in utero)
- d'informations sur l'accouchement (notion et type d'analgésie, programmation ou non de la césarienne et son indication, maternelle ou fœtale, rupture membranaire de plus de 12 heures avant l'accouchement et non plus 24 heures)
- de la notion d'antibiothérapie et d'intubation lors de la première semaine de vie
- de la notion d'une vaccination et d'une injection d'immunoglobulines contre l'hépatite B
- de la notion de réalisation de test de l'audition.

Disparition :

- des items incompatibilité sanguine et transfusion d'échange
- des anomalies congénitales telles que l'angiome tubéreux rarement renseigné ou le myéloméningocèle, l'hydrocéphalie et l'anencéphalie regroupées en anomalies du tube neural ;
- de la notion de réalisation du dépistage l'hyperphénylalaninémie et de l'hypothyroïdie congénitale.

- Pour le deuxième et le troisième certificat dits des 9^{ème} et 24^{ème} mois :

Apparition :

- des vaccinations recommandées dans le calendrier vaccinal, telles que Haemophilus influenzae b, Hépatite B, Pneumocoque et ROR
- de la notion de grande prématurité (moins de 33 semaines)
- de la notion du type d'accident domestique
- de l'item : affections broncho-pulmonaires et/ou d'otites à répétition
- pour le développement psychomoteur : d'items simples tels que « pointe du doigt » « joue à coucou le voilà » pour le 9^{ème} mois, « associe deux mots » pour le 24^{ème} mois, de l'existence d'une motricité symétrique des quatre membres
- de la réalisation et du résultat d'un examen de l'œil et de l'audition
- de l'existence et de la durée d'un allaitement maternel
- de la présence d'un risque de saturnisme
- de l'IMC
- de l'existence de dents cariées au 24^{ème} mois.

Disparition :

- de la notion de parent isolé, du contrôle tuberculitique, de la prescription de calmant...

Ils doivent être réalisés aux âges mentionnés, c'est-à-dire : au cours des 8 premiers jours de vie pour le premier, du 9^{ème} au 10^{ème} mois pour le 2nd et du 24^{ème} au 25^{ème} mois pour le 3^{ème}.

Comme cela est expliqué au dos de ces certificats, leur utilisation prévue est la suivante :

- Fournir aux services départementaux de PMI des données médicales et familiales secrètes permettant d'assurer leur rôle de prévention et de suivi individuel auprès des familles en difficultés.
- Fournir des données statistiques et épidémiologiques anonymes sur l'état de santé des enfants traitées à l'échelon départemental (conseil général) et national (DRESS).

Si l'intérêt épidémiologique de ces certificats est acquis, nous pouvons nous interroger sur leur utilité en terme de bénéfice individuel pour le patient. Dans quelle mesure celui ci est-il un outil intéressant dans le cadre du suivi de l'enfant ? Quel soutien apporte t-il au médecin ? Permet-il de fixer des rendez-vous réguliers avec les patients ? Est-il une bonne trame pour réaliser un examen clinique reproductible?

c) Les points clefs de l'examen de l'enfant

Les différents points à aborder lors de ces consultations recommandées (annexe 1) nous montrent la complexité et l'importance de ces examens.

Un site internet Pédiadoc (15) réalisé par le DUMG de Toulouse reprend d'ailleurs point par point ces différents examens afin de guider le médecin généraliste.

Nous allons reprendre les points forts de ces examens, afin de mieux comprendre par la suite quelles peuvent être les faiblesses et les forces des prises en charge des médecins généralistes.

Les premiers mois :

L'examen devra dans un premier temps **étudier l'environnement de l'enfant** :

- Attachement des parents à l'enfant, précarité, capacité à rassurer l'enfant, possibilité de subvenir à ses besoins
- Recherche d'une pathologie psychiatrique du post-partum chez la mère : baby blues à accompagner
- Rechercher les facteurs de risques qui pourraient mener à de la maltraitance
- Interroger sur les vaccinations notamment contre la coqueluche des adultes qui entourent l'enfant.

Puis faire le point sur **les antécédents familiaux, le déroulement de l'accouchement, les complications périnatales**, les premiers jours de vie de l'enfant.

Ce sont des examens pour lesquels le médecin doit être à l'écoute des parents, afin de répondre à leurs questions et leurs difficultés. (16)

Le médecin doit réaliser de façon systématique un examen clinique standard avec quelques spécificités : la prévention de la luxation congénitale de hanche, l'examen des organes

génitaux externes et l'examen de l'ombilic. Il doit aussi porter attention au développement staturo-pondéral (taille, poids, périmètre crânien), et au développement neuro-psychomoteur (réflexes, comportement). Il doit refaire le point sur les données digestives (type d'alimentation, ictère, transit) et aborder la prévention et les vaccinations. Un examen sensoriel doit être réalisé. Le médecin doit aussi reprendre les données biologiques et s'assurer du remplissage des données administratives (sécurité sociale, certificats).

Le 9ème mois :

C'est un examen général avec rédaction **du deuxième certificat de santé obligatoire**.

Il doit refaire le point sur les antécédents des premiers mois de vie et reprendre les conditions de vie de l'enfant.

L'examen aborde notamment le développement psychomoteur de l'enfant avec 8 questions :

- saisit-il un objet avec la participation du pouce ? (évaluation de la motricité fine)
- tient-il assis sans appui ? motricité symétrique des 4 membres ? se déplace ? (motricité axiale et des membres)
- réagit-il à son prénom ? (compréhension, langage, audition)
- répète-t-il une syllabe ? pointe-t-il du doigt ? et joue à coucou le voilà ? (en leur absence : premiers signes d'alerte de troubles envahissants du développement)

Les différentes parties de l'examen systématique comme citées au paragraphe précédent doivent être reprises à chaque examen, point par point.

Cet examen est aussi l'occasion d'aborder la question des accidents domestiques, de dépister le saturnisme, de refaire le point sur les vaccinations effectuées et sur l'alimentation de l'enfant et son état bucco dentaire. Il peut aussi permettre de mettre en place une surveillance spécialisée ou un suivi par les services de protection maternelle et infantile si nécessaire.

Le dépistage du saturnisme : (17)

Recherche des facteurs de risques :

L'enfant habite ou fréquente régulièrement un **bâtiment construit avant le 1er janvier 1949** et les **peintures sont écaillées ou des travaux de rénovation ont récemment été réalisés** ou **l'enfant mange des écailles de peinture** (comportement de pica), dans l'entourage de l'enfant, une autre personne (frère, sœur, camarade, mère...) est, ou a été, intoxiquée par le plomb. L'enfant habite ou fréquente régulièrement des **lieux proches d'un site industriel** à risque en activité ou non, les parents exercent une activité professionnelle ou de loisir à risque, y compris **une activité de récupération**.

L'enfant habite un logement construit avant 1955 situé **dans une commune alimentée par une eau potable agressive et il consomme régulièrement l'eau du robinet** (s'informer auprès du service « Santé environnement » de la DDASS).

L'enfant est arrivé récemment en France (exposition potentielle dans le pays d'origine).

Si au moins une des réponses est positive, **prescrire une plombémie :**

-Compléter la fiche de surveillance Cerfa « Surveillance des plombémies, Saturnisme chez l'enfant mineur 12378*01 », l'adresser au laboratoire d'analyses, reporter la prescription dans le carnet de santé.

-A la réception des résultats : prendre les mesures médicales qui s'imposent et donner les informations aux parents.

-Si la plombémie est supérieure ou égale à 50 µg/L*, il est impératif de faire parvenir à la DDASS la **déclaration obligatoire par l'intermédiaire de la fiche de surveillance.**

*Depuis juin 2015 suivant les recommandations du haut conseil de Santé Publique les autorités sanitaires ont décidé abaisser à 50 µg/L le seuil d'intervention, déclenchant une déclaration obligatoire auprès des autorités sanitaires, une enquête environnementale et des mesures de protection. (18)

Les 12 mois :

Bien qu'il ne fasse pas parti des examens avec certificat obligatoire, l'examen des 1 an est important car il correspond à la date anniversaire de l'enfant.

« A cet âge là les données recueillies doivent conduire à retrouver un enfant qui devrait tenir debout sans appui, avec un tenu genou de bonne qualité, une marche esquissée une orientation à l'appel de son nom, un lâcher volontaire, des tests faisant intervenir des objets, la notion de jeux verbaux simples, de syllabes répétées, de rythmes de sommeil de 14 à 15 heures, sieste incluse.

Enfin l'information sur l'alimentation devra porter à la mise en place des 4 repas et une attention particulière à la prévention de l'obésité par la surveillance de l'IMC et du rebond d'adiposité. »

A 18 mois :

On réalise un dépistage de l'autisme si l'enfant présente un échec au bilan de routine du développement :

Il y a 4 questions simples à poser aux parents : (15)

-Votre enfant a-t-il déjà utilisé son index pour pointer ?

-Votre enfant joue-t-il à faire semblant ?

-Votre enfant vous imite-t-il ?

-Votre enfant répond-il au sourire ?

Les inquiétudes parentales doivent être des signes d'alerte de l'autisme notamment concernant :

-La communication :

Ne répond pas à son nom,

Ne sait pas demander ce qu'il veut,

Retard de langage,

Ne répond pas à des consignes,

Paraît sourd parfois,

Semble entendre par moments mais pas à d'autres,

Ne pointe pas ou ne fait pas « au revoir »,

Disait quelques mots mais maintenant n'en dit plus.

-La socialisation :

Ne sourit pas,
Semble préférer jouer seul,
Prend les choses pour lui,
Est très indépendant,
Fait les choses « tôt »,
A un contact oculaire pauvre,
Est dans son propre monde,
Nous ignore,
N'est pas intéressé par les autres enfants.

-Le comportement :

Accès de colère,
Est hyperactif, peu coopératif ou opposant,
Ne sait pas jouer avec des jouets,
Recommence sans fin les mêmes choses,
Marche sur la pointe des pieds,
A un attachement anormal à des jouets (tient toujours un même objet),
Aligne les objets,
Est hypersensible à certaines textures ou bruits,
A des mouvements bizarres.

Les 24 mois :

C'est le 3^{ème} examen avec certificat médical obligatoire. Il doit permettre de déceler une anomalie jusque-là passée inaperçue ou suivre des anomalies déjà prises en charge.

Cet examen doit permettre de refaire le point sur le développement staturo-pondéral, sur l'alimentation de l'enfant, sur les vaccinations, l'hygiène bucco-dentaire et le développement psychomoteur à l'aide des questions suivantes :

- la marche est-elle acquise ?
- obéit-il à un ordre simple ?
- nomme-t-il une image ?
- superpose-t-il des cubes ?
- associe-t-il deux mots ?
- a-t-il une motricité symétrique des 4 membres ?

L'examen doit aussi permettre de dépister les troubles de la vue et de l'audition avec apparition d'un retard de langage ou une perturbation des compétences sociales. Il doit faire le point sur la propreté et les rapports sociaux doivent être évalués (crèche, autres enfants...).

L'enfant doit être capable de nommer 4 parties de son corps.

Concernant les troubles du développement voici quelques signes d'alerte absolue nécessitant un avis spécialisé :

- Absence de babillage à 12 mois,
- Absence de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois,
- Absence de mot simple à 16 mois,
- Absence d'association de 2 mots (non en imitation immédiate) à 24 mois,

-Toute régression au niveau du langage ou des compétences sociales, quel que soit l'âge.

Après 2 ans :

Les examens auront lieu tous les 6 mois avec des spécificités à certaines étapes clefs :

L'examen au cours de la 3^{ème} année :

La période entre 2 et 4 ans est riche en événements : développement psychomoteur, du langage, des rapports sociaux, entrée à l'école maternelle. Le renouvellement d'un examen complet à 3 ans permet donc de compléter l'examen sensoriel et d'évaluer l'évolution du langage. (19)

A cette période, les parents sont invités, sur les conseils du carnet de santé, à signaler des troubles du langage. Par exemple si l'enfant ne se fait comprendre que par ses proches ou s'il «bute» sur des mots.

Au cours de la 4^{ème} année, l'examen de la 3^{ème} année est repris.

Un examen de dépistage en milieu scolaire par les services de PMI est notamment proposé.

Celui-ci doit comporter un test de langage car un enfant qui ne s'exprime pas de manière intelligible à 4 ans doit être orienté vers un professionnel spécialisé.

C'est aussi l'âge où une protéinurie et une prise de la tension artérielle est recommandée.

Au cours de la 6^{ème} année, un examen en milieu scolaire obligatoire est réalisé par un médecin de l'Education Nationale. (20)

Cet examen est une visite d'entrée dans l'enseignement élémentaire. (21) Il comporte notamment une prise de poids, taille, IMC, pression artérielle, dépistage du saturnisme, bilan de vision et d'audition. Le point doit être fait sur le développement de l'enfant, son langage, et son comportement global (autonomie, spontanéité, capacité d'attention).

Les parents sont fortement invités à assister à cet examen et sont interrogés sur le langage de leurs enfants, sur l'idée qu'ils ont de son état de santé et sur ses éventuels problèmes : scolarité, sommeil, rythme de vie, comportement.

C'est un moment privilégié pour le repérage des troubles affectifs et comportementaux qui sont souvent des manifestations de souffrances psychiques. Cette consultation doit permettre d'orienter vers un spécialiste susceptible de faire un bilan et de mettre en place une prise en charge adaptée.

Ces troubles sont souvent associés à des difficultés d'apprentissage scolaire.

Si à 6 ans il est trop tôt pour dépister des troubles spécifiques des apprentissages scolaires (dyslexie), il est possible de repérer les enfants à risques, particulièrement ceux porteurs de troubles du langage oral.

B. Les acteurs du suivi médico-psycho social de l'enfant

1. Les médecins

Nous allons voir à présent quels sont les différents acteurs qui jouent un rôle dans le suivi de l'enfant. Tous ces professionnels doivent, au quotidien, être attentifs au développement de l'enfant et savoir repérer certaines situations anormales afin de mettre en place une prise en charge adaptée à chacun.

Les rôles des différents acteurs de santé en pédiatrie sont définis dans la circulaire SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) enfant et adolescent 2004. (10)

a) Les généralistes

« Les médecins généralistes assurent plus de 80 % de la prise en charge des enfants et des adolescents. La prise en charge des enfants et des adolescents, notamment des nouveau-nés, des nourrissons, requiert que les médecins généralistes, au-delà d'une formation adaptée, puissent collaborer avec les pédiatres hospitaliers et les pédiatres libéraux. Ces collaborations permettent l'actualisation des connaissances et le développement des protocoles de prévention, dépistage et traitement ; elles peuvent faciliter les demandes d'avis. »

Les médecins généralistes actuellement diplômés disposent d'une formation de base en pédiatrie.

La pédiatrie est une unité d'enseignement obligatoire à la validation de leur 2^{ème} cycle des études médicales avec un passage hospitalier dans un service de pédiatrie.

L'interne de médecine générale peut ensuite parfaire sa formation en pédiatrie au cours d'un semestre réalisé pendant le troisième cycle de ces études dans un service de pédiatrie hospitalière ou ambulatoire, mais celui-ci n'est pas obligatoire et peut être remplacé par un stage dans un service de gynécologie.

Ensuite, des formations continues et des Diplômes Universitaires sont ouverts aux médecins généralistes thésés comme le DU Santé et développement de l'enfant à Paris Descartes ou de Pédiatrie préventive à Rouen.

Le dépistage de l'enfant chez le médecin généraliste est souvent enrichi par la connaissance du tissu familial et du milieu de vie.

En 2004 le réseau sentinelle publie une enquête réalisée auprès de 537 médecins sentinelles sur les conditions du dépistage en médecine général des troubles visuels, auditifs et du développement psychomoteur de l'enfant. (22) L'objectif était de décrire les pratiques et de rechercher des facteurs à un dépistage plus approfondi. Le questionnaire portait sur le dernier enfant vu en consultation pour un examen du 9^{ème} ou 24^{ème} mois avec certificat. On en retient que :

- « Dans 69% des cas l'examen a duré plus d'un quart d'heure».
- « Les médecins jugeaient leur formation suffisante dans 89% des cas»
- «16% d'entre eux ont eu des difficultés à l'examen»

-« 21% d'entre eux ont recherché des facteurs de risque de trouble visuels, un strabisme, une amblyopie et ont réalisé au moins un test de dépistage de trouble visuel »

-« La recherche de trouble auditif et la réalisation d'au moins un test auditif a été observé chez 81 % des médecins »

-« Pour le certificat du 9^{ème} mois, 63% des médecins ont recherché des troubles du sommeil, des troubles de la relation et des conduites alimentaires »

-« A 24 mois 57% des médecins ont recherché ces même anomalies »

Les facteurs qui semblaient favoriser le dépistage étaient le fait que les médecins aient l'habitude de suivre seul des enfants ou avaient un pédiatre référent.

Une durée de consultation supérieure à un quart d'heure était associée à un dépistage plus complet de l'enfant.

L'enquête montre que le dépistage est parfois incomplet, en particulier en ce qui concerne les troubles visuels et que celui-ci pourrait être amélioré par une meilleure formation.

Enfin, les enquêteurs s'interrogent sur la réalisation d'un tel examen en pratique courante de médecine générale car un dépistage plus complet nécessite un temps plus long.

b) Les pédiatres

« Le pédiatre libéral, de par sa compétence, appréhende l'enfant dans sa globalité et peut proposer un accompagnement médico-psycho-social de la croissance d'un être en développement. Il a une mission de dépistage des troubles du comportement et des apprentissages. Il veille également à la prescription thérapeutique et d'examen complémentaires. Son intervention permet d'éviter le recours aux urgences hospitalières, ou aux hospitalisations : 50 % des consultations assurées par les pédiatres libéraux sont non programmées, 2 % des enfants vus en urgence sont hospitalisés. Il participe également à la recherche clinique en ambulatoire. Des collaborations peuvent s'organiser entre pédiatres libéraux et médecins généralistes.

Aussi, du fait des difficultés d'exercice et de l'importance stratégique que constituent les compétences des pédiatres libéraux dans la prise en charge des enfants et des adolescents, il apparaît indispensable que leur compétence puisse s'exprimer pleinement dans le maillage des différents acteurs de la santé des enfants et des adolescents. » (10)

En 2011 selon une lettre du président du syndicat national des Pédiatres français (2) le nombre de pédiatres exerçant une activité libérale restait stable avec 38 % des pédiatres inscrits à l'ordre. Mais seuls 43% des jeunes pédiatres sortants de l'internat se décident pour une activité libérale. Il existe aussi une forte disparité régionale notamment avec une désertification des petites villes.

En Europe, le suivi est exclusivement pédiatrique pour les enfants de moins de 18 ans dans 6 pays : Chypre, République Tchèque, Slovaquie, Grèce et Slovénie, Espagne jusqu'à 14 ans, mixte (Pédiatres/Généralistes) en Allemagne, Autriche, Belgique, France, Italie, Islande, Hongrie, Luxembourg.

La France compte en 2011 1 pédiatre libéral pour 4554 enfants contre 1 pour 226 en Belgique et 1 pour 2403 en Autriche. (23)

c) Les médecins de PMI

Depuis la décentralisation, la mission de protection maternelle et infantile a été confiée aux départements. Les services de PMI dirigés par un médecin départemental, sont découpés en territoires de santé sur lesquels travaillent des équipes pluridisciplinaires (puéricultrices, sages-femmes, assistantes sociales) dont fait partie le médecin de PMI.

Les missions du médecin de PMI sont multiples comme l'explique cet extrait du SROS enfant et adolescent :

« Le médecin de PMI, comme tout médecin ayant la charge d'enfants, appréhende l'enfant dans sa globalité et peut proposer un accompagnement médico-psycho-social de la croissance d'un être en développement. (...)

La PMI a une mission de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants de moins de 6 ans et de leurs parents. Les structures de PMI sont accessibles, à la fois en terme de proximité, souvent présentes au sein de quartiers comportant peu d'équipements publics, et de gratuité. La PMI constitue ainsi un dispositif original dans le système de santé en France ; elle allie action médico-psycho-sociale préventive de terrain et activité de santé publique auprès des familles, des enfants, des jeunes, au moyen de consultations, visites à domicile, bilans de santé en écoles maternelles, actions préventives collectives. La PMI a une mission de protection de l'enfance en danger, et donc un rôle dans l'identification, la prise en charge et la prévention des situations de maltraitance, et ce, jusqu'à 18 ans. Elle apporte aussi un accompagnement à des familles en situation de grande difficulté psychologique et sociale. Elle intervient dans l'agrément et le contrôle des modes d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

Les services de PMI ont également une mission de recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique. A ce titre, elles sont en capacité de transmettre aux membres du réseau de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent des informations intéressant les enjeux de santé publique. » (10)

d) Les médecins scolaires

L'activité de dépistage en milieu scolaire s'exerce notamment lors des bilans de santé des 6 ans prévus par les textes. L'activité de dépistage a pour but de détecter le plus précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité.

Le médecin scolaire a aussi des missions plus variées : éducation à la santé, bilans à la demande des enseignants et des parents, projet d'accueil individualisé, intégration des enfants en difficulté.

Ils dépendent du ministère de l'éducation nationale depuis 1991.

« La mission des services de santé de l'éducation nationale s'inscrit dans la politique de promotion de la santé en faveur des élèves. Certains axes de prise en charge paraissent prioritaires : il s'agit de repérer les troubles spécifiques du langage, d'améliorer les comportements alimentaires en s'appuyant sur l'éducation nutritionnelle et de contribuer à la prévention des conduites à risques et en particulier l'usage de substances psychoactives licites ou illicites.

La santé scolaire a également pour mission de participer à la lutte contre la maltraitance, de mieux prendre en compte le mal-être des adolescents, de permettre l'accueil des enfants et adolescents atteints de maladies chroniques par le développement des projets d'accueil

individualisés et de développer les projets d'intégration pour les enfants et adolescents atteints d'un handicap. » (10)

e) Les pédopsychiatres

« Les secteurs de psychiatrie disposent d'un éventail d'équipements et de services comportant ou non des possibilités d'hébergement. Les centres médico-psychologiques (CMP) sont considérés comme le pivot du dispositif de soins et constituent l'interlocuteur de proximité pour la population. Unités de coordination et d'accueil implantées en milieu ouvert, elles organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile.

Les missions de la pédopsychiatrie :

Une véritable spécificité de la psychiatrie infanto-juvénile s'est dégagée, au cours du milieu du 20^e siècle, dans le champ de la discipline psychiatrique dont elle fait entièrement partie. Si les bases théoriques ont des fondements identiques, l'originalité de la clinique de la souffrance psychique du jeune âge, de ses moyens thérapeutiques et de la prévention se sont progressivement affirmés.

La circulaire du 11 décembre 1992 précise les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents. Il s'agit d'améliorer les conditions de développement psycho-affectif et intellectuel des enfants et adolescents, en traitant précocement les troubles d'ordre psychopathologique survenant au cours de l'enfance et de l'adolescence et en prenant en considération les risques évolutifs à plus long terme et leurs conséquences à l'âge adulte. Elle recommande des actions spécifiques en faveur des nourrissons et des très jeunes enfants ainsi que des adolescents. Elle insiste sur l'importance du travail de prévention et de partenariat, notamment avec la pédiatrie et l'école. Elle prend acte de la prééminence des actions ambulatoires en faisant de la consultation médico-psychologique, le centre du travail de soins et de prévention dans chaque secteur. Elle insiste également particulièrement sur la nécessité de poursuivre l'amélioration du dispositif public et d'assurer la complémentarité dans le domaine sanitaire et médico-social ainsi que le développement de la coordination avec le social et médico-social et notamment avec les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'accueil médico-sociaux précoces (CAMSP). » (10)

Les structures actuelles de pédopsychiatrie sont donc :

Les CMP : Ce sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins en ambulatoire et d'intervention à domicile de nature psychothérapeutique au bénéfice des nourrissons, des enfants et adolescents ainsi que de leurs parents.

Ils sont rattachés aux structures hospitalières. Chaque établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée notamment de médecins psychiatres, psychologues, éducateurs et orthophonistes. Les Centres Médico-Psychologiques travaillent en étroite collaboration avec la famille, les services hospitaliers ainsi que les établissements scolaires. Le financement est assuré par l'Assurance Maladie.

Les CMPP : Les centres médicaux-psycho-pédagogiques sont des centres privés, généralement des structures associatives, conventionnées par la sécurité sociale. Ils présentent aussi des équipes pluridisciplinaires et accueillent des enfants et adolescents. Ils prennent en

charge les enfants et adolescents présentant des troubles des apprentissages, troubles du langage, troubles psychiatriques, troubles du comportement et du développement, le diagnostic et le traitement ambulatoire ou à domicile des enfants de 3 à 18 ans (ou 20 ans selon le cas) dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychologiques ou à des troubles du comportement, troubles divers, du sommeil, du caractère, de la conduite. C'est un lieu de parole, ouvert à tous, où les enfants et leurs parents peuvent aborder les questions qu'ils se posent dans leurs relations familiales, sociales, scolaires... Le CMPP joue également un rôle de prévention.

Les CAMPS : Centres d'aide médico-sociale précoce de 0 à 6 ans.

Ils ont des missions d'aide auprès des enfants handicapés et de leurs parents, de prévention des difficultés des tous petits jusqu'à 6 ans et de soins des jeunes enfants handicapés.

L'ensemble de son action cherche à favoriser l'insertion du jeune enfant dans son milieu familial et social, et à soutenir un développement harmonieux de ses capacités.

2. Les autres acteurs (10)

a) Les psychologues cliniciens

« Il importe de favoriser au maximum leur présence dans les services recevant des enfants et des adolescents. Ils interviennent pour repérer les difficultés et détresses psychologiques, soutenir les parents et les équipes médicale et soignante. Pour permettre aux équipes d'échanger et d'exprimer leurs difficultés, des groupes de parole peuvent être utilement mise en place. Ces psychologues doivent par ailleurs avoir une bonne connaissance des réseaux afin d'organiser la continuité de la prise en charge lors de la sortie de l'établissement. »

b) Les éducateurs

« La présence des éducateurs de jeunes enfants au sein des équipes doit être promue afin que des activités ludiques puissent être organisées. Les éducateurs spécialisés ont également un rôle important auprès des adolescents, notamment pour leur fixer des repères éducatifs. »

c) Les assistantes sociales

« Elles jouent un rôle capital en informant et orientant les familles pour les questions administratives, financières et sociales. Elles peuvent aussi éclairer l'équipe médicale et soignante sur le contexte familial et social de l'enfant. Par ailleurs, elles facilitent la collaboration entre les équipes hospitalières et les services ou établissements extérieurs. »

d) Les médiateurs interculturels

« Le recours à des médiateurs interculturels peut être encouragé de façon à mieux comprendre les références culturelles, faciliter la communication au quotidien avec les familles non francophones et permettre une prise en charge thérapeutique optimale. »

e) L'école

« Le maintien des liens avec l'école constitue un objectif essentiel. »

3. Coordination des acteurs de santé

La coordination des acteurs de la santé de l'enfant et de l'adolescent prend plusieurs formes :

- L'information régulière et réciproque des médecins de ville et hospitaliers, par l'envoi de courriers
- La participation des médecins libéraux et des médecins de PMI aux discussions cliniques, réunions de synthèse et formations proposées par les équipes médicales des établissements de santé
- La participation des professionnels à la commission régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents et à la commission régionale de la naissance.

La notion de réseaux du médecin généraliste évoque deux notions (24) :

- Les réseaux informels : c'est-à-dire les professionnels de santé que le médecin mobilisent quotidiennement autour de la prise en charge de ses patients (spécialistes, infirmiers, pharmaciens, biologistes). Le médecin généraliste adresse ses patients à des spécialistes avec lesquels il a l'habitude de travailler. Ce choix est orienté par la qualité du retour d'information, par la réputation du spécialiste et par la proximité géographique de celui-ci.
- Les réseaux institutionnels : ils sont apparus il y a une quinzaine d'années sous le terme de « réseaux de santé ». Ils ont pour objectifs de permettre une coopération interdisciplinaire entre les professionnels de santé hospitaliers, les libéraux et les professions sociales.

Nous pouvons citer dans notre région les réseaux suivants : le réseau Périnatalité en région Haute-Normandie, le réseau Répop (prévention et prise en charge de l'obésité), le réseau ESOPE (prise en charge des troubles du langage), le réseau RETA27, le réseau asthme 76, et le centre de ressource de l'autisme.

Ces institutions ont pour objectifs communs d'optimiser le dépistage et la prise en charge précoce des pathologies, d'associer les professionnels ville/hôpital, de promouvoir des actions de formation des professionnels et des familles, d'améliorer la qualité des soins, d'harmoniser les pratiques et de coordonner les prises en charge.

Des associations de Formation Médicale Continue comme l'AHFMC dans la région du havre ou l'AMY à Yvetot, ont aussi pour objectifs d'organiser et de coordonner des actions de formation. Elles souhaitent diffuser les connaissances et améliorer les pratiques, mais aussi créer des liens entre les différents acteurs de santé afin d'améliorer leurs collaborations.

C. Les principales pathologies et situations visées par le dépistage individuel de l'enfant

Les rapports de la DRESS sur la santé des enfants en milieu scolaire réalisés par les médecins et infirmières scolaires nous permettent de mieux connaître l'état de santé de la population pédiatrique en France et de suivre certains problèmes de santé publique. (25)

Des plans nationaux ont été mis en œuvre :

- Le plan concernant les troubles du langage (2001)
- Le programme Asthme (2002)

Le plan Saturnisme (2004)
Le plan Autisme (2005)
Le plan National Nutrition Santé n°1 (2001) et n°2 (2006)
Le plan de prévention des accidents de la vie courante

En 2003, le comité Européen de l’OMS* a placé la santé et le développement des enfants comme une priorité. Le projet de résolution s’intitulait « Stratégie Européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents ».

Ses actions prioritaires ciblaient la nutrition, les vaccinations, les accidents, le développement psycho social.

Actuellement le contexte politique européen vise à appréhender précisément l’état de santé des enfants dans chaque pays afin de cibler les programmes d’actions sur leurs problèmes de santé prioritaires.

**bureau régional pour l’Europe de l’OMS dans le monde constituée de spécialistes dans les domaines de la santé publique, des sciences et des techniques, qui sont en poste au siège régional de Copenhague (Danemark).*

Nous allons brièvement évoquer quelques situations spécifiques à aborder lors du dépistage individuel de l’enfant qui font l’objet de ces plans nationaux.

1. L’obésité

La prévention de l’obésité chez les jeunes enfants est un enjeu majeur de santé publique. Il est l’un des objectifs principaux du dépistage précoce de l’enfant et fait l’objet de « plans nationaux nutrition santé en 2001, 2006 et 2011-15. »

Selon les recommandations de l’HAS de septembre 2011 sur le surpoids et l’obésité de l’enfant, la proportion d’enfant entre 5 et 12 ans en surpoids a progressé de 6% à 13% entre la fin des années 70 et 1996. Cette proportion a tendance à se stabiliser depuis les années 2000.

En 2006, la prévalence estimée du surpoids était selon les références IOTF*, de 18 % chez les enfants de 3 à 17 ans, dont 3,5 % présentaient une obésité.

Deux notions doivent retenir notre attention. D’une part que les prévalences du surpoids et de l’obésité sont supérieures dans les populations défavorisées. Et d’autre part, que la probabilité qu’un enfant obèse le reste à l’âge adulte est de 20 à 50% avant la puberté et augmente à 50 à 70% après celle-ci. (26)

Les médecins qui suivent des enfants doivent connaître les notions que nous allons aborder et être particulièrement attentifs au dépistage de cette pathologie.

L’étiologie du surpoids est multifactorielle. On reconnaît à son origine : un déséquilibre de la balance apports/dépenses énergétiques et certaines prévalences génétiques qui sont elles même modulées par des facteurs épigénétiques. (26)

** International Obesity Task Force : a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l’obésité chez l’enfant, en utilisant des courbes de l’IMC établies à partir de données recueillies dans six pays disposant de larges échantillons représentatifs.*

Les facteurs principaux associés au risque de surpoids et d'obésité à rechercher sont :

- Le surpoids chez les parents notamment de la mère en début de grossesse.
- Une prise de poids excessive pendant la grossesse chez la mère ou un diabète quel que soit son type.
- Un excès ou un défaut de croissance fœtale.
- Un gain pondéral accéléré dans les deux premières années de la vie.
- Des difficultés socio-économiques des parents.
- Un manque d'activité physique et la sédentarité.
- Le manque de sommeil.
- Des attitudes inadaptées de l'entourage par rapport à l'alimentation (trop strictes ou trop permissives.)
- Des facteurs psychopathologiques (dépression chez les filles, boulimie, hyperphagie.)
- Une négligence ou des abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence.
- Le handicap (moteur ou intellectuel).

Concernant l'alimentation du jeune enfant une étude récente publiée dans The Journal of Pediatrics (27) montre bien l'importance d'une alimentation adaptée en fonction de l'âge de l'enfant. En effet cette étude a montré que l'allaitement maternel avait un effet protecteur sur le risque d'obésité à 20 ans. Les chercheurs soulignent également que les apports nutritionnels à l'âge de deux ans sont déterminants pour assurer cet effet bénéfique.

« Les résultats montrent que l'effet bénéfique de l'allaitement apparaît nettement lorsque l'on prend en compte les apports nutritionnels jusqu'à 2 ans et est significativement associé à une diminution de la graisse corporelle à 20 ans. Par ailleurs, dans le modèle statistique, les apports élevés en lipides à 2 ans sont associés à une diminution de la masse grasse à 20 ans »

« L'alimentation des jeunes enfants est souvent caractérisée par des apports élevés en protéines et faibles en lipides, or le lait maternel est riche en graisse et contient une faible proportion de protéines. D'après les recommandations officielles, les lipides ne doivent pas être restreints chez les jeunes enfants afin de répondre à leurs besoins élevés en énergie pour la croissance et pour le développement rapide de leur système nerveux. En particulier, les laitages allégés qui comportent peu de lipides et une proportion élevée de protéines ne sont pas indiqués avant l'âge de 2-3 ans. Une restriction des lipides peut programmer le métabolisme de l'enfant pour faire face au déficit, mais cette adaptation le rendra plus susceptible de développer un surpoids lorsque les apports lipidiques augmenteront plus tard »

Il est donc primordial que le médecin évalue régulièrement les apports du jeune enfant et apporte des conseils et des rectifications en fonction de la situation de l'enfant et de sa famille.

Dans leurs recommandations de bonne pratique Laurence Niesten et Geneviève Bruwier consacrent un chapitre aux complications de l'obésité chez l'enfant. Le fait d'être obèse dans l'enfance augmente le risque de morbidité à l'âge adulte et certaines complications sont visibles et doivent être recherchées dès l'enfance : trouble de l'estime de soi, dépression, complications métaboliques (dyslipidémie, diabète, puberté précoce) troubles squelettiques, complications cardio-vasculaires et respiratoires. (28)

Par conséquent, il est recommandé (26) de surveiller l'IMC systématiquement chez tous les enfants et adolescents quels que soient leur âge, leur corpulence apparente et le motif de la consultation. La fréquence minimale recommandée pour effectuer cette mesure est de 3 fois

par an, de la naissance à 2 ans et de 2 fois par an, après l'âge de 2 ans. De plus, il conviendra de reporter les mesures de taille, poids, périmètre crânien et IMC sur les 3 courbes qui figurent dans le carnet de santé.

Le médecin doit être particulièrement vigilant lors de la lecture de la courbe d'IMC à l'ascension continue de la courbe depuis la naissance, à un rebond d'adiposité précoce (plus il est précoce plus le risque de devenir obèse est élevé) et à un changement rapide de couloir vers le haut. (26)

2. Les troubles des apprentissages

Le collège national des pédiatres universitaires les définit de la façon suivante (29) :

« Une perturbation du développement des aptitudes, en dehors de toute étiologie somatique (auditive, visuelle, neurologique), de tout retard mental, et de tout trouble envahissant du développement. L'enquête clinique et paraclinique doit éliminer ces différentes causes. »

On distingue plusieurs types de troubles des apprentissages :

- les troubles du développement du langage : langage oral ou écrit
- les autres troubles des apprentissages : dyspraxie, dyscalculie...
- les troubles déficits de l'attention/hyperactivité (TDAH).

Le retard scolaire se définit comme un décalage dans les apprentissages attendus d'un élève donné dans une classe donnée, et les acquisitions (insuffisantes) que l'élève parvient à effectuer.

L'échec scolaire correspond à un retard scolaire supérieur à 2 ans.

a) Les troubles du développement du langage

Afin d'accompagner les médecins dans leur mission de dépistage, la Direction Générale de la Santé et la Société Française de pédiatrie ont élaboré le guide pratique intitulé : « les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant ». (30)

En effet, il est primordial de dépister les troubles du développement du langage chez l'enfant car la maîtrise du langage est un élément fondamental du développement de la personnalité de l'enfant, de sa réussite scolaire, de son intégration sociale et de sa future insertion professionnelle.

« Quatre à cinq pour cent des enfants d'une tranche d'âge sont concernés par des troubles de l'évolution du langage, ce qui représente un enfant par classe. Un quart d'entre eux sont atteints de troubles sévères. »

Le rôle du médecin généraliste est de réaliser un dépistage précoce de ces troubles afin que soit élaboré, le plus rapidement possible, un projet thérapeutique personnalisé.

Il doit d'abord faire le lien entre les parents et le médecin scolaire ou médecin de PMI.

Il doit juger de la qualité du langage. Si celle-ci paraît insuffisante pour l'âge mais ne justifiant pas d'emblée un travail d'orthophonie, il se doit de le revoir à 6 mois pour une réévaluation.

Il peut très tôt donner aux parents des conseils de prévention : parler à l'enfant, l'écouter, reformuler en utilisant un vocabulaire plus précis, une meilleure construction des phrases et une bonne articulation.

Il doit s'intéresser à la scolarité de l'enfant en faisant préciser, s'il y a un problème, ce qui ne se passe pas bien : l'apprentissage, le comportement, les relations avec les autres élèves.

En cas de doute, les principaux interlocuteurs du médecin généraliste doivent être le médecin de PMI, ou le médecin scolaire après 6 ans.

En pratique, les signes d'appel à rechercher suivent ces dogmes :

- Si à tout âge, l'enfant ne semble pas réagir aux bruits, présente des infections ORL à répétition ou à des difficultés à répondre ou à comprendre de façon appropriée. Il faut suspecter et rechercher une surdité.
- Si l'enfant ne comprend pas le langage du quotidien, communique très peu malgré son désir de communiquer ou faute de désir de communiquer ou ne fait pas ou peu de progrès de langage malgré la socialisation. Il faut rechercher un trouble envahissant du développement.
- Si à partir de 4 ans et 6 mois, il prononce mal certains sons : on évoque un trouble de l'articulation.
- A partir du CE2, si l'enfant ne maîtrise pas la lecture ou l'écriture : il faut rechercher une dyslexie ou une dysorthographe.

Le dépistage d'un trouble du langage doit conduire à un bilan orthophonique. Le guide de la société de pédiatrie rappelle sous forme de tableau les situations devant conduire à ces bilans. (cf. annexe 2)

Ce référentiel évoque aussi la possibilité qu'ont les médecins de faire appel à un centre de référence des troubles du langage. Ils existent depuis 2001 dans le cadre du plan d'action interministérielle en faveur des enfants atteints de troubles spécifiques du langage. Ils sont généralement implantés dans les centres hospitaliers régionaux et sont composés d'équipes pluridisciplinaires (médecins, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, instituteurs spécialisés).

L'objectif de ces centres est de réaliser des bilans complets à visée diagnostique permettant de préciser le caractère spécifique des troubles et leur sévérité.

Ces bilans doivent être demandés quand des difficultés sévères persistent malgré une prise en charge adaptée et bien suivie par un orthophoniste ou afin d'aider à la prise de décisions importantes concernant l'orientation scolaire de l'enfant.

L'examen plus précis des fonctions cognitives doit permettre d'adapter les modalités de la prise en charge du trouble. Le centre assure par la suite le suivi et la coordination des soins qui sont réalisés en ville la plupart du temps.

b) Les "dys" (31)

L'INSERM définit les « dys » comme : « La dyslexie (trouble spécifique de la lecture), la dyspraxie (trouble du développement moteur et de l'écriture), la dyscalculie (trouble des activités numériques), la dysphasie (trouble du langage oral) et les troubles de l'attention. Ces

troubles sont durables, mais leur prise en charge permet d'améliorer et/ou de compenser les fonctions déficientes.»

Les enfants « dys » ont un comportement social et une intelligence normale. Ils n'ont pas de trouble sensoriel (vision, audition). Plusieurs troubles peuvent être associés chez un même enfant : 40% des enfants « dys » présentent plusieurs troubles. La dyslexie ou la dyscalculie sont fréquemment associés à des troubles de la coordination motrice. Selon les enfants, les manifestations de ces troubles et leurs prises en charge diffèrent.

Le diagnostic est posé grâce à un bilan neuropsychologique qui évalue l'ensemble des fonctions cognitives. Par exemple, dans le cas de la dyslexie, ce sont les performances de lecture qui sont testées (exactitude, rapidité, compréhension) et analysées en fonction de l'âge de l'enfant, de son niveau intellectuel et de l'enseignement dont il bénéficie. Ce bilan recherche les mécanismes qui expliquent les déficits observés (par exemple une déficience visuo-spaciale ou une déficience phonologique chez un enfant dyslexique).

On comprend ainsi que la prise en charge ne sera pas la même en fonction du mécanisme qui entraîne le trouble. Dans tous les cas, ces troubles sont durables et leurs prises en charge permettent seulement de compenser les fonctions déficientes avec pour objectif de développer le potentiel scolaire du patient. Des aménagements scolaires peuvent permettre à l'enfant de développer ses compétences non touchées (photocopies ou ordinateur pour les troubles de l'écriture, reformulation pour les troubles de la compréhension du langage).

L'étiopathogénie de la dyslexie a été la plus étudiée. Les chercheurs ont identifiés 5 gènes de prédisposition, tous impliqués dans la migration neuronale. « *Certains neurones ratent leur cible pour se nicher dans d'autres zones du cerveau* ». Des facteurs environnementaux entrent aussi en jeu (environnement linguistique et intellectuel, repérage précoce, accompagnement) et influencent la sévérité des troubles et le retard scolaire.

« *Des études épidémiologiques ont montré que la dyslexie est plus fréquente (ou en tout cas plus sévère) chez les enfants qui ont un langage très pauvre. Le déficit de vocabulaire empêcherait le cerveau de faire le lien entre le mot écrit et sa signification.* »

c) Les troubles déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Les troubles déficits de l'attention et hyperactivité sont définis pas une impulsivité, un trouble de l'attention et d'une hyperactivité associés à des degrés divers et entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire et de la qualité de vie. (32)

Les signes évocateurs d'un TDAH portent sur trois points :

- Des plaintes ou des difficultés exprimés par l'enfant ou émanant de sa famille ou de l'entourage de l'enfant (scolaire/extra scolaire)
- apparues avant l'âge de 12 ans, qui ont des répercussions négatives au niveau familial, social ou scolaire, qui sont observés dans différents environnements (familial, scolaire, extra scolaire) et qui persistent au cours du temps (>6mois).
- A apprécier en tenant compte de l'âge de l'enfant, du stade de développement, du niveau scolaire et du contexte de vie.

Ainsi, les principales plaintes non spécifiques rapportées par l'enfant présentant ce trouble sont : les conflits avec ses parents, le manque d'amis, la faible estime de soi. Ses parents le

jugent facilement distrait, trouvent qu'il n'écoute pas, qu'il a des difficultés à s'organiser, qu'il fait des oublis fréquents, qu'il est impatient, qu'il coupe la parole et qu'il est agité. A l'école, les professeurs disent de lui qu'il est rêveur, dans la lune, que ses capacités de concentration fluctuent, qu'il a des difficultés à mémoriser et à être autonome.

Le rôle du médecin de premier recours, en cas de suspicion du diagnostic, est d'orienter l'enfant et la famille vers un médecin spécialiste des TDAH. Il doit informer la famille que cette suspicion diagnostique doit être évaluée et confirmée par un spécialiste, qui lui-même proposera une prise en charge la plus adaptée.

Le médecin généraliste doit pouvoir expliquer les spécificités des TDAH à la famille pour relativiser leur part de responsabilité et l'informer de l'existence d'association de parents afin de les aider à surmonter les difficultés quotidiennes.

En cas de difficultés scolaires, il pourra initier des aménagements pédagogiques en lien avec le médecin scolaire.

La prise en charge est multimodale. Elle associe des mesures non médicamenteuse : psychologiques, éducatives et sociales a une prise en charge médicamenteuse par Méthylphénidate dont la prescription initiale est hospitalière et les renouvellements annuels doivent être fait par un spécialiste.

3. Les troubles envahissants du développement

L'autisme et les troubles envahissants du développement restent des pathologies mal connues et difficilement abordées par les médecins généralistes.

Le diagnostic d'autisme est clinique et dès qu'il est évoqué doit permettre à l'enfant d'être orienté vers une unité de diagnostic spécialisée de l'autisme (CRA) puis rapidement vers une structure multidisciplinaire, permettant sa prise en charge (CMP, CAMPS).

Les familles doivent être accompagnées dans leurs démarches et leurs difficultés du quotidien.

L'autisme se dépiste vers 18 mois. C'est un faisceau de signes cliniques qui font suspecter son diagnostic. (33)

D'abord le nourrisson tarde à sourire, évite activement le regard et le contact, ne tend pas les bras, n'imité pas certains gestes (montrer du doigt, faire « au revoir » de la main), ne répond pas à son prénom, ne répond pas ou ne suscite pas de moments d'attention partagée.

Avant trois ans, une indifférence, une passivité et un manque de réactivité à l'environnement font craindre une évolution vers un trouble autistique.

Après trois ans, le diagnostic repose sur la triade symptomatique : troubles de la réciprocité des interactions sociales, troubles de la communication et comportements répétitifs et stéréotypés. L'enfant a peu d'intérêt pour les jeux sociaux ou de « faire semblant » (*pretend play*) et préfère s'enfermer dans des activités répétitives ou des stéréotypies (battre des mains ou se balancer, faire tourner les roues d'une voiture, présenter des réactions visuelles anormales) avec une aversion pour tout changement des habitudes ou de l'environnement.

Comme le démontre l'article de Médecine : *Le médecin généraliste et les « patients experts » : « L'autisme est une pathologie sévère dont l'enjeu pronostique est en partie lié à la précocité des soins et donc à son diagnostic »*

Dans cette étude qualitative l'objectif était d'évaluer le vécu parental des soins précoces et leur itinéraire thérapeutique, et de préciser le rôle du médecin de famille dans cet itinéraire. Nous en retenons que le médecin de famille peut avoir un rôle facilitateur dans le diagnostic en faisant prendre conscience aux familles du trouble de leur enfant mais peut aussi parfois être un frein par non compréhension de la requête des parents et probablement par une mauvaise connaissance de la pathologie.

« Bien souvent, les parents racontent leur solitude devant l'étrangeté des comportements de leur enfant, parfois avant l'âge d'un an. Certains dénoncent l'attitude malheureusement entravante du praticien : « J'en avais parlé à mon médecin qui m'avait dit : vous vous faites des idées, c'est parce qu'il est trop dans vos jupes... » Des parents relatent des itinéraires thérapeutiques où ne figure même pas le médecin de famille. »

Concernant le diagnostic *« le médecin de famille a souvent été absent »*.

Dans tous les cas, le praticien généraliste doit partir du postulat que les inquiétudes des parents sont sincères et ne jamais banaliser leur discours.

Les divers symptômes peuvent être repérés par le praticien à l'aide du *CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)* (cf. annexe 3)

4. Les troubles neurosensoriels

a) Les troubles de l'audition (34)

La déficience auditive est le déficit sensoriel le plus fréquent à la naissance. En effet, 80% des surdités de l'enfant existent dès la naissance avec 1 enfant sur 1000 qui naît sourd profond. A 3 ans, la prévalence des surdités sévères et profondes est de 3 pour 1000. Enfin 12 à 18 % des enfants présenteront dans les 5 premières années de leur vie, une otite séreuse durable qui altérera leur audition de façon plus ou moins prolongée.

Lors du suivi de l'enfant, il est important de rechercher les facteurs de risque de trouble de l'audition (antécédents familiaux de surdité, prématurité < 32 semaines, faible poids de naissance, infirmité cérébrale motrice ou neuromotrice, anomalie chromosomique, craniosténose ou malformation de la face, embryofetopathie (CMV-Rubéole), exposition in utéro à des toxiques (tabac/ alcool/autres), hyperbilirubinémie, infection grave, exposition aux aminosides, une anoxie périnatale, infection (méningite), otites à répétition).

Il faut ensuite repérer les signes d'appel qui peuvent être relevés par la famille :

- Dans les premiers mois : une absence de réaction aux bruits mais une réaction vive aux vibrations et au toucher, un sommeil trop calme.
- De 3 à 12 mois : des sons émis non mélodiques, une disparition du babillage, une non réponse à son prénom.
- De 12 à 24 mois : une absence de mot, une communication uniquement gestuelle, une absence d'attention à ce qui n'est pas dans son champs visuel.
- De 24 à 36 mois : un retard de parole et de langage, des troubles du comportement à type de retrait ou d'agitation.

- Après 3 ans : un retard de parole, des troubles du comportement, des difficultés d'apprentissage.

Les facteurs de risque et les inquiétudes parentales devront être corrélés aux tests de dépistage. De réalisation simple en pratique courante, ils comprennent notamment la recherche du réflexe acoutrope* et le test à la voix nue**.

**ou réflexe d'orientation investigation. Se manifeste par une rotation complète de la tête et du tronc ou par une simple déviation du regard vers une source sonore (jouets de Maotti ou d'un Sensory baby test).*

*** L'examineur placé à 40 cm de l'oreille de l'enfant, hors de sa vue, appelle l'enfant par son prénom en chuchotant. L'émission vocale doit se faire sans vibration laryngée, uniquement par participation des structures buccales et en cachant les lèvres. La réponse de l'enfant doit être la même que pour le test précédent. En cas de non-réponse, un nouvel essai est pratiqué en élevant la voix : voix normale, puis voix forte.*

Un examen ORL doit être demandé dès que le dépistage est positif ou si l'enfant de moins de 6 mois présente des facteurs de risque de surdité et n'a pas pu bénéficier d'un test de dépistage néonatal (type PEA).

b) Les troubles de la vision (35)

L'objectif principal du dépistage précoce des troubles de la vision chez le nourrisson est de découvrir le plus tôt possible des situations à risque d'amblyopie qui est la cause la plus fréquente de mauvaise vue unilatérale chez l'enfant. Des examens simples et réalisables en cabinet de médecine générale permettent de dépister des pathologies qui sont pour la plupart réversibles sous traitement dans les premières années de la vie.

La fonction visuelle évolue rapidement entre la naissance et 6 ans. Ainsi l'enfant passe d'une acuité visuelle à 1/30   la naissance (doigt à 30 cms), à une acuité visuelle à 1/10 (crayon à 30 cm), acquisition de la poursuite oculaire à 4 mois et pour finir à une acuité visuelle à 10/10 à 6 ans.

La présence des facteurs de risque cités ci-dessous doivent rendre très attentifs dès la naissance et doivent faire réaliser un examen ophtalmologique avec réfraction après cycloplégie entre 3 et 12 mois, même en l'absence de signes d'appel.

- Prématurité, souffrance cérébrale, réanimation
- Petit poids de naissance <1500g
- Surdité
- Troubles neuromoteurs, IMC
- Anomalie chromosomique (trisomie 21)
- Craniosténose, dysostose craniofaciale
- Infection congénitale (toxoplasmose)
- Exposition in utéro à la cocaïne et à l'alcool
- Antécédents familiaux de strabisme, de trouble sévère de la réfraction, d'amblyopie, d'astigmatisme ou de maladie ophtalmologique héréditaire.

Avant 4 mois les signes suivant doivent alerter :

- Une anomalie objective au niveau des paupières, des globes oculaires, des conjonctives ou des pupilles (leucocorie)
- Un strabisme (tout strabisme constant avant 4 mois est pathologique)
- Un nystagmus (La découverte d'un nystagmus ou d'une leucocorie doit faire réaliser un examen ophtalmologique dans les jours qui suivent)
- Un torticolis
- Une anomalie du comportement: manque d'intérêt aux stimuli visuels, absence du réflexe de fixation (après 1 mois), absence de réflexe de clignement à la menace (après 3 mois), absence de poursuite oculaire (après 4 mois) ou retard d'acquisition de la préhension des objets
- Un plafonnement ou une errance du regard
- Un enfant qui appuie sur ses yeux

Après 4 mois un strabisme intermittent est toujours pathologique.

Plus grand, toute difficulté à la réalisation de tâche nécessitant une attention visuelle doit faire rechercher un trouble visuel.

L'examen de l'œil :

A tout âge : examen externe de l'œil

- les paupières : épicanthus, ptosis
- vérification de la taille et symétrie des globes (buphtalmie, microphthalmie)
- examen à l'aide d'un point lumineux de la conjonctive (rougeur, larmoiement) de la cornée (opacité, trouble, grande cornée du glaucome), de l'iris (colobome) de la pupille (leucocorie)

Dans les premières semaines :

- recherche du réflexe photomoteur : recherche d'anomalie organique
- leur pupillaire (recherche de trouble des milieux transparents : cataracte, rétinoblastome)
- reflets cornéens, recherche de strabisme

A 4 mois :

- fixation mono et binoculaire
- poursuite oculaire : recherche de nystagmus, amblyopie

De 9 à 15 mois :

- occlusion alternée (recherche d'amblyopie)
- signe de la toupie (amblyopie et examen de la mobilité)
- test stéréoscopique

Après 2 ans et demi

-mesure de l'acuité visuelle de près et de loin en utilisant des méthodes d'appariement des lettres ou dessins

Vers 5 ans :

- acuité visuelle avec échelle des chiffres ou lettres

A 5-6 ans :

- test de la vision des couleurs

Après avoir abordés les principales recommandations concernant le dépistage de l'enfant de 0 à 6 ans, il semble certain que les médecins généralistes aient un rôle primordial, de première ligne, dans le suivi du développement harmonieux de l'enfant et une mission d'accompagnement de la famille.

Nous allons maintenant décrire l'étude que nous avons réalisée. L'objectif est de mieux connaître les pratiques et les points de vue des médecins généralistes de Seine-Maritime dans ce domaine afin d'imaginer des pistes d'amélioration.

II. Matériel et méthode

A. Le type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés dont l'objectif est de recueillir les différents points de vue et pratiques des médecins généralistes de Seine Maritime concernant le suivi et le dépistage individuel des enfants de moins de 6 ans.

La recherche qualitative, issue de la recherche sociologique « étudie des phénomènes complexes dans leur milieu naturel, elle s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent ». Le raisonnement est « inductif à l'opposé du raisonnement déductif où l'on vérifie statistiquement une hypothèse. »

Cette méthode me semble adaptée dans le cadre d'une étude basée sur le ressenti des médecins et leurs expériences.

En effet, nous avons souhaité nous intéresser à la vie de tous les jours dans les cabinets de médecine générale afin de mieux comprendre quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins dans leur démarche de dépistage de l'enfant.

Nous avons aussi voulu nous interroger sur l'importance que représentent les certificats médicaux obligatoires à leurs yeux mais aussi quelles relations les médecins généralistes entretiennent avec leur réseaux de pédiatrie (pédiatrie hospitalière, PMI...)

B. Le choix des entretiens semi dirigés

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés avec un guide d'entretien.

Les entretiens individuels prennent davantage de temps mais permettent des réponses personnalisées sans jugement extérieur, non influencées et permettant aux médecins de se livrer plus facilement sur leurs expériences personnelles.

C. Bibliographie

La bibliographie a été réalisée à partir des moteurs de recherche Pubmed, Cismef et Google Scholar. Les mots clefs utilisés étaient : « dépistage et enfant », « prévention et enfant », « certificats de santé et enfant », « réseaux de santé et enfant », « pédiatrie et médecine générale ».

Nous avons exploré certains sites internet institutionnels français : légifrance, ministère de l'éducation et de la santé, collectivités territoriales, le Journal Officiel de la république.

Nous avons aussi réalisé des entretiens et des rencontres avec des professionnels de la petite enfance dans le cadre d'un stage de PMI (équipe des CMP (puéricultrices en charge de la petite enfance, assistantes sociales, pédopsychiatre et éducateurs spécialisés, responsables prévention des services sociaux, responsables de l'ASE, kiné de l'enfant, orthophonistes, ergothérapeutes, médecins scolaires, responsable de la cellule enfance en danger du

département de Seine Maritime. La mise en page a été réalisée à partir du logiciel Zotero en format Vancouver.

D. La question de recherche

Notre question part de la nécessité d'un état des lieux des pratiques des médecins généralistes concernant le suivi des enfants de 0 à 6 ans.

Cette étude a pour but de faire préciser la façon dont sont perçus et réalisés les examens obligatoires avec certificats de santé du 9^{ème} et 24^{ème} mois par les médecins généralistes et quel est leur intérêt dans le parcours de suivi d'un enfant.

E. L'échantillonnage

Les médecins ont été choisis de manière à disposer de profils variés selon les critères suivants :

- lieu d'installation géographique (Seine-Maritime)
- milieu d'exercice (rural, urbain ou semi-urbain)
- mode d'exercice (en groupe ou seul)
- sexe
- âge
- médecin faisant de la pédiatrie au moins ponctuellement.

Ont été exclus : les médecins ayant une seconde activité directement en lien avec la pédiatrie comme les médecins de PMI.

L'accès à cet échantillon fut pour une part orienté par nos connaissances et pour une autre lié au hasard en consultant les pages jaunes dans l'ordre alphabétique tout en répondant au mieux aux critères énoncés précédemment.

F. Le guide d'entretien

Le guide a été réalisé suite à une recherche d'information sur le sujet : recherche bibliographique, stage en PMI de 6 mois.

Nous avons utilisé ce guide comme fil conducteur de l'entretien et permettant d'aborder les différents thèmes de notre recherche.

Nous avons pris comme trame pour ce questionnaire et pour l'entretien un certificat médical du 24^{ème} mois vierge, tel qu'on le trouve dans les carnets de santé.

Nous avons rédigé des questions ouvertes à partir des différents items du certificat afin d'obtenir des sujets un maximum d'informations personnalisées.

Le guide a évolué au fur et à mesure des entretiens.

G. Le recueil des données

Nous avons réalisé les entretiens dans les cabinets des médecins généralistes après avoir fixé avec eux un rendez-vous d'une demi-heure afin de disposer d'un temps libre suffisant ne nous limitant pas dans les informations.

Nous avons enregistré les entretiens avec l'application dictaphone d'une tablette et après avoir obtenu l'accord des médecins interviewés.

H. La retranscription des entretiens

Les entretiens ont été intégralement restitués un par un de façon manuelle sur logiciel Word® en écoutant les bandes d'enregistrement.

Nous nous sommes attachés à ce que cette retranscription soit la plus fidèle possible afin de ne pas dénaturer l'entretien. Nous avons donc retranscrit tous les mots ainsi que les onomatopées et les rires.

Les entretiens ou verbatim sont retranscrits de façon anonyme.

La durée de la retranscription a été influencée par la qualité des enregistrements et de la clarté vocale des personnes entretenues.

I. L'analyse des données

Nous avons réalisé une analyse des données de façon évolutive tout au long de la réalisation de nos entretiens. En effet après la réalisation du premier entretien, nous avons effectué un codage axial du verbatim en classant chaque partie dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule.

Ces catégories ont ensuite été regroupées en thèmes plus généraux. Nous avons ainsi veillé à faire ressortir un maximum d'informations et de points de vue différents qu'ils soient consensuels ou au contraire contradictoires.

Cela nous a permis d'adapter le guide d'entretien après les premières interviews, mais aussi de déterminer le moment où nous sommes arrivés à « saturation d'idées » (lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours) et ainsi terminer le recueil de données.

De cette analyse, sont ressortis différents concepts qui ont évolués au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

Nous avons ensuite réalisé une analyse descriptive des données. Chaque catégorie a fait l'objet d'une synthèse descriptive qui nous a permis de déterminer grossièrement (sans validité statistique) sa fréquence dans la population étudiée.

Au terme de l'étude, nous avons finalement réalisé une analyse plus interprétative des données que nous avons placée dans la discussion. Elle a été enrichie d'une comparaison des données existantes dans la littérature et nous a permis d'aboutir à la formulation d'hypothèses.

J. Le codage

Nous avons réalisé un codage des données grâce à une retranscription des informations par thème dans un fichier Excel®.

Chaque entretien a d'abord été retranscrit de manière intégrale dans son état brut, puis une seconde lecture a permis de coder les différentes informations qui ont été classées sur dossier Excel® par thème dans des onglets différents.

Les différents concepts sont apparus à la lecture des entretiens. Certains sont liés à la trame du certificat médical et donc liés à la trame du guide d'entretien. D'autres ont été apportés par les personnes interrogées, en fonction de leur point de vue personnel et par association d'idées.

Les concepts principaux qui ressortent de ces entretiens sont :

-d'une part, **les questions d'organisation pratique** : le schéma de suivi de l'enfant propre à chaque médecin (durée, fréquence, motifs des consultations), la gestion administrative des certificats et leur envoi, la rémunération des consultations, le dossier patient et la notion de travail en réseau.

-d'autre part, **la réalisation de l'examen clinique et ses difficultés** (mensurations, développement psychomoteur) et **les notions de préventions abordées** (saturnisme, accidents domestiques, alimentation)

-enfin une dernière partie concerne **la libre expression des médecins** sur le sujet en explorant leurs **difficultés**, **les améliorations** qu'ils suggèrent et **leurs besoins** afin d'améliorer leur pratique.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon

Identité	Sexe	Lieu d'installation	Année de thèse	Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle
Médecin 1	Féminin	Rural	2012	20%
Médecin 2	Féminin	Semi rural	2003	25%
Médecin 3	Masculin	Semi rural	1991	30%
Médecin 4	Masculin	Urbain	2002	15%
Médecin 5	Masculin	Rural	1970	<5%
Médecin 6	Féminin	Semi rural	2006	15-20%
Médecin 7	Masculin	Semi rural	2003	5-10%
Médecin 8	Féminin	Urbain	2005	30%
Médecin9	Masculin	Urbain	1984	30%
Médecin10	Masculin	Urbain	1990	10%
Médecin11	Féminin	Rural	1996	30%
Médecin12	Masculin	Rural	1995	25%

Tableau 1 : Descriptif des médecins

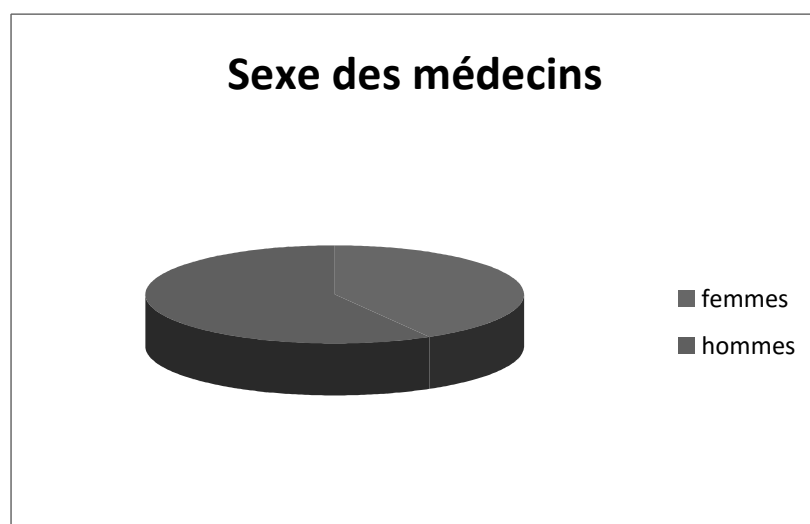


Figure 1 : Sexe du panel des médecins

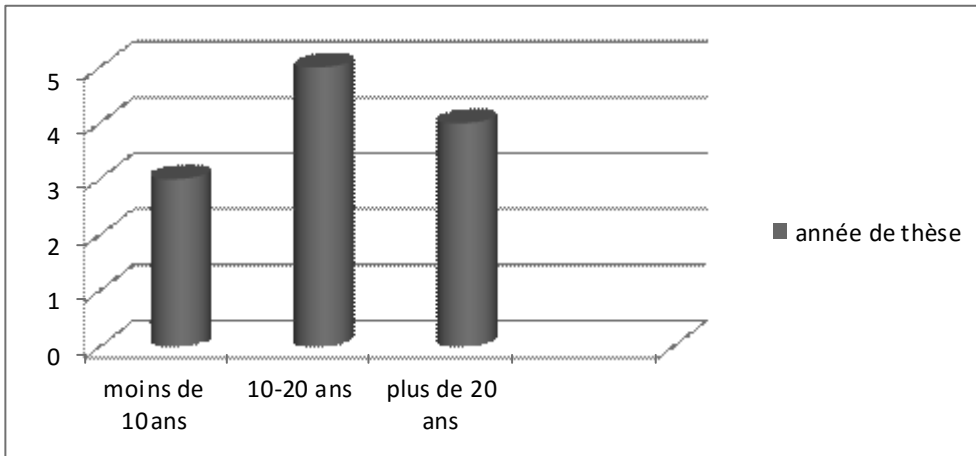


Figure 2 : Temps écoulé depuis la soutenance de thèse des médecins

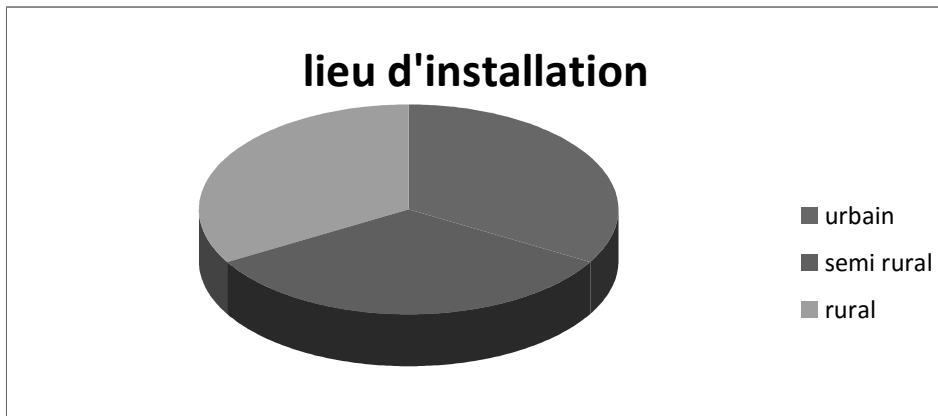


Figure 3 : Lieu d'installation des médecins

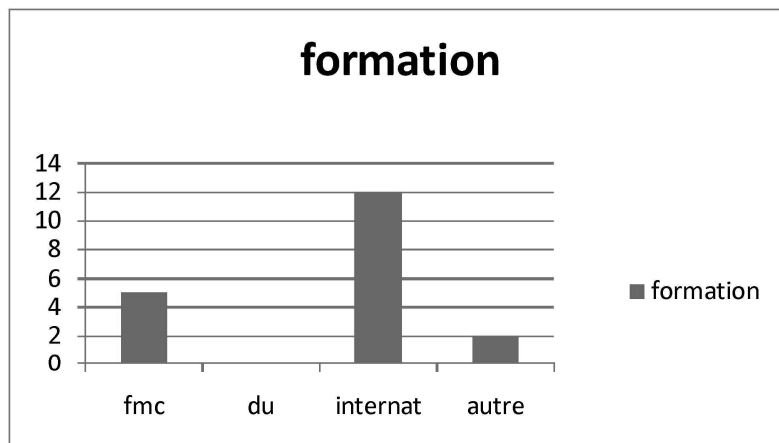


Figure 4 : Type de formations suivies par les médecins

Les principales formations évoquées par les médecins sont les Formations Médicales Continues types groupe de pairs et la formation par le réseau « Périnatal ».

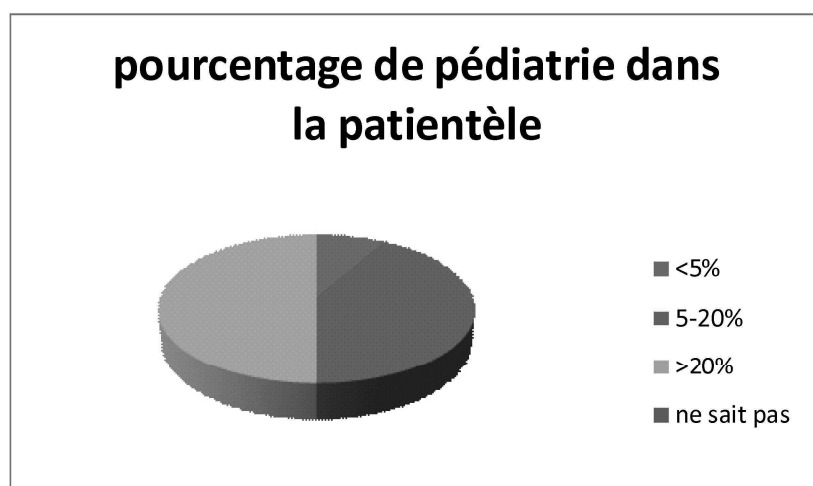


Figure 5 : Pourcentage de pédiatrie dans la patientèle des médecins

B. Les entretiens

1. Nombre

Nous avons interrogé 12 médecins dont 7 hommes et 5 femmes.

Nous avons aussi réalisé un entretien auprès de la responsable statistique des services de PMI du département afin de répondre à certaines questions laissées en suspend.

La saturation des données a été obtenue à partir du 11^{ème} médecin.

2. Durée

La durée des entretiens était comprise entre 27min (médecin 4) et 10,13 min (médecin 7).

Nous n'avons pas été limités par le temps pour obtenir toutes les informations que nous souhaitions.

3. Calendrier

Les entretiens se sont déroulés du 12/03/2015 au 4/06/2015.

4. Lieu

Nous avons réalisé les entretiens au cabinet des médecins généralistes pour 11 d'entre eux. Au calme assis à leur bureau pour 5, dans la salle de pause pour les 6 autres. Le dernier entretien a été réalisé au domicile du médecin généraliste.

Nous avons pu répondre grâce à ces 12 entretiens à notre question de départ.

Ils nous ont permis de mieux connaître les pratiques, les difficultés et les atouts des médecins généralistes de Seine-Maritime concernant le suivi de l'enfant en bas âge notamment lors des consultations obligatoires avec certificats médicaux de l'enfant.

C. Les intérêts des certificats

1. Un intérêt individuel

a. L'occasion de faire un point sur le développement

Plusieurs médecins ont évoqué l'intérêt d'un **rendez-vous fixé** et enregistré comme tel par les parents pour **faire un point** sur le développement de l'enfant **en dehors d'une consultation pour une pathologie aiguë** :

M1 « oui un point de référence. »

M6 « peut être obligé dans une certaine mesure à faire à un moment un point sur le développement »

En particulier après les 6 premiers mois de vie.

M6 « Voilà, surtout 24 mois je trouve que autant les enfants petits on les voit souvent, autant 24 mois ça commence à être le flou, les gens ne viennent plus systématiquement et je trouve que ces certificats-là permettent, comme les gens savent qu'il a un certificat à faire, ils viennent uniquement pour ça et on peut faire le point. »

M11 « ça sert à faire un suivi de l'enfant parce que je pense qu'il n'y aurait pas le certificat, on ne les verrait plus. Comme 2 ans il n'y a pas de vaccins je pense qu'on les verrait plus. »

Un intérêt pour **organiser le suivi de l'enfant et s'assurer de la bonne observance** de ces rendez-vous par les parents.

M12 « Et les parents ça les force aussi à venir nous voir au 9^{ème} et au 24^{ème} mois. »

Les médecins ont aussi pointé le fait que ce soit des consultations indispensables à **des âges clefs du développement** de l'enfant, pour faire un **dépistage précoce de troubles du développement ou neuro-sensitif** et ainsi éviter **un retard diagnostique** pour certaines pathologies banalisées par les parents.

Deux des médecins utilisent **toujours la menace de la suppression des allocations familiales** pour remplir le certificat.

M11 « *donc justement les anomalies qu'on voit c'est justement là l'importance parce que ce soit troubles auditifs, troubles au niveau de la marche, des retards d'acquisition c'est justement à 2 ans qu'on le voit, qu'on déclenche les bilans* »

M11 « *parce que pour beaucoup de parents ça dépend des allocations familiales, faut le dire aussi et donc du coup je pense qu'on ne verrait plus ces enfants-là qui nous échapperaient et il y aurait probablement moins de dépistage de fait quoi. Que ce soit les problèmes de langage, d'hypoacousie, problèmes visuels c'est souvent là aussi qu'on voit qu'il y a des strabismes des choses comme ça, des problèmes psychomoteurs, des retards de marche etc. ça nous arrive de temps en temps des enfants qui ont deux ans et qui ne marchent pas encore. Mais je pense que si ce certificat n'existait pas bien je pense que ça nous échapperait, les parents diraient oh c'est banal, c'est comme ça et c'est peut être vers 4-5 ans que les parents viendraient le montrer quoi.* »

Un examen qui permet aussi à 2 ans de faire le point sur les acquisitions de l'enfant avant l'entrée à la maternelle.

M11 « *ça permet aussi de voir les choses parce que souvent ils ont deux ans, deux ans et quelques et souvent après on commence à parler de la scolarisation (...), les écoles ont pris des très petites sections donc des moins de 3 ans, des 2 ans et 3 mois 2 ans et 6 mois, donc ça permet de voir aussi s'ils sont aptes ou pas ! Des fois c'est la demande des parents qui veulent les mettre à l'école et qui demandent s'ils sont aptes, et des fois ils sont trop jeunes quoi. Ça permet d'évaluer et de pourvoir envisager correctement les choses.* »

b. Une base de référence pour l'examen clinique

Un des médecins évoque l'intérêt **de document de référence**, un **repère** pour évaluer le développement psychomoteur de l'enfant. Et une aide pour expliquer aux parents les éventuelles difficultés de leurs enfants à un âge donné.

M1 « *Moi je trouve que c'est pas mal pour se donner un repère dans le développement de l'enfant, et dans les questions que ça peut apporter, et que les parents peuvent avoir* »

Il peut aussi représenter **une aide** pour certains médecins moins à l'aise avec l'examen pédiatrique.

M4 « *Je ne crois pas que cela soit utile dans nos pratiques. Sauf si on a, ce qui peut tout à fait être compréhensible en médecine générale, un petit défaut en pédiatrie, comme n'importe quel médecin peut en avoir en gynéco, en pédiatrie, en cardio, pourquoi pas mais sinon je ne crois pas. En tout cas je vois ça comme ça.* »

M9 « *ça peut aider je sais pas un jeune médecin, quelqu'un qui n'a pas le réflexe* »

Un outil **qui permet de gagner du temps** dans l'organisation de la consultation.

M12 « oui et puis l'avantage, c'est aussi qu'il va relativement vite. Ça peut se faire lors d'une consultation classique hein quasiment. On prend peut-être 5 minutes de plus mais pas plus. »

Ou inutile à leur **examen déjà systématisé** en pédiatrie :

M4 « c'est pas lui qui va me cadrer heu...la trame directrice de l'examen clinique ou du suivi d'un enfant de 0 à 2 ans »

« Moi j'ai un examen systématisé(...) Donc on a un examen systématisé et on voit, si ça rentre dans le cadre ou pas. Donc on commence de la tête ou pieds ou des pieds à la tête : on fait les yeux, on fait les mouvements. Symétriques, pas symétriques. On regarde si grasping, pas grasping. Si pieds varus pas varus. Ensuite les hanches, ça c'est pas forcément pour le développement psychomoteur : après on voit si il tient assis pas assis, si il relève la tête. S'il a un bon contact s'il fixe le regard. Enfin il y a toutes sortes de critère. C'est une consultation très chargée donc il faut que ce soit très systématisé pour ne rien oublier. Donc si tôt qu'on commence l'examen clinique, voilà et on le réitère à chaque fois, en fonction de l'âge de l'enfant. Donc ça pour le coup ça montre le certificat ça vient un peu comme un cheveu sur la soupe. »

Une trame maintenant remplacée par les logiciels informatiques :

M9 « c'est presque un pense bête pour le médecin mais maintenant avec les logiciels ça n'a pas beaucoup d'intérêt. »

c. L'intérêt d'un examen dédié à la prévention

Certains médecins évoquent l'intérêt de faire **un point sur l'alimentation, le suivi médical, les vaccinations.**

M2 « donner des conseils : 9 mois plutôt au niveau alimentaire, 24 mois plus trop, mais oui des petits conseils »

M4 « sur le plan du suivi médical, les vaccinations elles doivent être faites, bien faites. Parfois malheureusement c'est mal fait, ça je le vois en garde. C'est vrai que le calendrier vaccinal change régulièrement »

M9 « peut-être l'occasion de se reposer un peu des questions par rapport au côté développement psychomoteur si quelque fois on n'avait pas fait les choses comme il faut. Un peu comme une aide ouai ouai, je le vis pas mal ça ouai je pense qu'on peut le voir comme ça »

Un examen qui permet de **prendre le temps de réfléchir** en termes de prévention.

M12 « ça nous force nous, à être peut-être un petit peu plus vigilants que ce qu'on pourrait faire sur d'autres examens »

Et qui peut même être vu comme une contrainte nécessaire par les médecins pour s'astreindre à accorder ce temps nécessaire au suivi de l'enfant hors pathologie.

M12 « nous forcer nous à faire un point, vraiment au moment ad hoc, et à des paliers un peu...importants »

d. Un outil de référence sur les antécédents pour les médecins

Un des médecins évoque l'intérêt de **retrouver plusieurs années plus tard la trace** des examens fait dans l'enfance pour comprendre l'évolution de l'enfant, retrouver des explications à certains troubles. **Un carnet de santé** avec les examens de suivi bien remplis devient **un outil précieux** pour le médecin qui débute le suivi d'un grand enfant ou d'un adolescent qu'il ne connaissait pas.

M8 « même pour plus tard, si le gamin pose problème à tel ou tel âge, au moins tu pourras revenir en arrière, bon bah l'examen du 9, par exemple, il y avait rien donc, c'est pas un développement anormal, tu vois ou te référer à des choses comme ça. Le carnet de santé il a un point essentiel là-dessus par exemple, par rapport aux gamins de foyers que je suis par exemple, c'est intéressant tu vois de voir qu'il y a eu une prématurité à la naissance, euh la plupart du temps y a aucun examen à 9 mois ou des choses comme ça, tu te dis bon bah voilà il y a eu une prématurité donc c'est un point à signaler, qui peut expliquer certaines choses, l'examen est-ce qu'il a été normal ou pas ? Moi je trouve que c'est intéressant de revenir en arrière sur ces choses-là. »

e. Un intérêt individuel discuté par certains médecins

Certains médecins trouvent **inutile** cet examen avec certificat obligatoire. Ils parlent d'un examen qui n'est **pas utile de façon individuelle** à l'enfant.

M4 « je ne l'utilise pas vraiment le certificat médical comme un support de prise en charge »

M7 « pour l'enfant ça sert à rien » « pour le patient ça sert à rien »

Ils évoquent le fait que les examens nécessaires à l'enfant **ont été faits bien avant la rédaction du certificat**. Le suivi de l'enfant est totalement indépendant de la rédaction du certificat.

M9 « oui, parce qu'en fait les autres fois c'est pas à l'occasion du certificat qu'on se pose la question. Le certificat fin dans ma pratique, il est généralement fait parce que c'est le moment, le problème qu'il peut y avoir eu à gérer. On l'a géré avant. »

2. Un intérêt en matière de santé publique

a. La notion d'intérêt épidémiologique

100% des médecins vus en entretiens ont évoqué **la notion d'intérêt statistique** de ces certificats.

M1 « Euh après j'imagine qu'il doit y avoir aussi des données statistiques qui peuvent être intéressantes »

M2 « oui c'est pour ça que c'est fait. Je pense » en parlant de l'intérêt épidémiologique

M7 « sûrement des statistiques mais pour l'enfant ça sert à rien »

Les notions **d'outil de santé publique** et **d'outil administratif** sont évoquées :

M1 « en terme de santé publique par exemple les vaccinations ou même les poids et les tailles on sait que les enfants grandissent plus maintenant que il y a 100 ans. »

M4 « Je vois vraiment ça plutôt comme un outil administratif, un outil de santé publique, pour une étude de population de l'enfant de 0 à 2 ans. Voilà c'est peut-être pas bien mais... »

« Je l'utilise plutôt comme un outil administratif que l'on se doit de remplir. Enfin c'est comme ça que je le perçois » « Sauf si on fait de la santé publique sur ça »

M5 « mais c'est vraiment de la santé publique »

b. Une méthode discutée

Certains médecins **doutent** du fait que les certificats apportent **des données utiles** en matière de santé publique car :

-Un problème de nombre de reçu

M4 « très limité, par ce que les statistiques je ne sais pas quel est le pourcentage de reçu. Ca doit être heu... »

-3 des 12 médecins rejettent leur rôle en matière de santé publique.

Ils ont relevé le fait que **cette partie épidémiologique ne les concerne pas**. Ils jugent qu'ils n'ont pas un rôle à jouer en matière de santé publique et délèguent cette tâche aux médecins de PMI ou de santé publique.

M3 « Que les PMI fassent ça c'est très très bien, mais moi au niveau de ma clientèle. Pff aucun intérêt, fin faut pas dire ça non plus... mais c'est vraiment de la santé publique. Mais moi ça ne me concerne pas. Fin je n'ai pas l'impression d'être un médecin de santé publique. Fin ce n'est pas comme ça que j'ai été formé. Moi je suis un médecin libéral et pas de santé publique. Alors ça change hein. Moi je suis pas contre que les gens s'investissent là pour quoi pas ? »

M7 « pour le patient ça sert à rien. Nous on s'occupe du patient. On s'occupe pas de la population générale. »

c. Des certificats jugés mal faits et un contenu désuet

Plusieurs médecins remettent en cause le contenu des certificats, les trouvent **mal fait** ou **désuets**.

M4 « Ca pourrait être intéressant pour l'épidémiologie mais faudrait que ce soit mieux fait. »

«Après il faut voir si le saturnisme a toujours sa place ? »

«il a des choses qui sont pertinentes et à mon avis il y a des choses qui le sont un peu moins. »

«Supprimer peut être le saturnisme »

d. Des résultats non communiqués

Beaucoup des médecins nous font remarquer que le manque d'intérêt qu'ils peuvent avoir vis-à-vis de ces certificats est peut-être lié au fait que les **résultats ne leur sont pas communiqués**, ni en terme de quantité de réponse, ni en terme de résultats épidémiologiques ce qui peut avoir d'après eux **un effet démotivant**. Ils expliquent qu'ils y verraient peut-être plus d'intérêt à les remplir s'ils étaient certains de l'intérêt des résultats recherchés et tenus au courant des avancées en matière de santé publique qu'ils apportent.

M4 « Ce qui serait intéressant c'est de voir à posteriori quel est l'intérêt de tous ces items ? Est ce que finalement il n'y a pas beaucoup de déchets ? Quel est l'intérêt d'avoir certaines informations ? Et par contre lesquelles seraient plus pertinentes. »

« Les antécédents ok, les mesures, pour moi c'est pas indispensable par ce que c'est déjà inscrit maintes et maintes fois. Sauf si on fait de santé publique sur ça. »

« l'allaitement pourquoi pas mais c'est pareil, il faut en avoir une utilisation. On est très mauvais en France, ça n'a pas changé même si c'est marqué dans le certificat médical. Qu'il soit marqué ou pas on est toujours aussi mauvais... »

M9 « j'ai pas réellement eu de retour qui me permettrait de dire que c'est intéressant ou pas donc que j'avoue que prr pas forcément. »

3. Un certificat pour interpeller les services de Protection Maternelle et Infantile

Cette notion d'utiliser le certificat **pour interpeller les services de PMI** est très peu évoquée par les médecins généralistes.

Ne pas passer par un certificat **mais interpeller directement.**

M1 « Euh après je sais pas. C'est vrai que j'ai jamais coché vouloir être contacté par la PMI donc je sais pas si ça ça suivrait directement. Je pense que si j'ai besoin d'être contactée par la PMI c'est moi qui fait le nécessaire, c'est pas via un certificat. »

Une utilisation **ponctuelle.**

M2 « oui, c'était pour un enfant qui n'était pas à jour de ses vaccinations. On avait beau dire à sa maman de prendre rendez vous. Elle ne prenait jamais rendez-vous. Et l'enfant je ne sais plus quel âge il avait mais il n'avait quasiment aucune vaccination. Et après je ne l'ai plus jamais revu. J'avais mis le motif : vaccination non à jour malgré les conseils. »

La case « demandent à être contacté par le médecin de PMI » est très souvent cochée « non » sauf ces rares exemples et la case « l'enfant nécessite une surveillance particulière » est aussi rarement cochée.

Un des médecins dit à ce propos :

M6 « oui ça m'est déjà arrivé, hum. C'était plutôt des asthmes du nourrisson, ou des retards de développement. »

D. Les méthodes et les représentations des médecins généralistes concernant le suivi et le dépistage individuel des enfants

Ces entretiens nous ont permis de nous pencher sur la notion de **suivi individuel** de l'enfant en bas âge. Si les examens et les certificats obligatoires de l'enfant ont un intérêt discuté par les médecins généralistes comme nous l'avons vu précédemment, quelles sont leurs méthodes de travail en matière de suivi et de dépistage individuel de l'enfant et quelles sont leurs représentations à ce propos ?

1. L'organisation des médecins généralistes pour le suivi individuel des enfants

Tous les médecins ne suivent pas les enfants de 0 à 6 ans de la même façon.

Voilà comment s'organisent les différents médecins vus en entretien :

Médecins	1	2	3	4	5	6
Mois						
1er mois		Une fois par semaine			Pas de schéma organisé	vu
1	vu	vu	vu			vu
2	vu	vu	vu	vu		vu
3	vu	vu	vu	vu		vu
4	vu	vu	vu	vu		vu
5	vu	vu				vu
6	« après ça s'espace un peu plus... »	vu		vu (7 ^{ème} plus que 6 ^{ème})		vu
9		vu	vu	vu		vu+/-
11		vu	« après si tout va bien on espace, c'est à la demande des parents »	vu		« un peu plus âgés j'essaie de leur dire qu'ils viennent me voir en dehors des pathologies aiguës. »
12		vu		vu		
16		« à peu près tous les 3 mois en fonction »		vu		
20				vu		
24				vu		vu+/-

Médecins	7	8	9	10	11	12
Mois						
1er mois	Toutes les semaines si allaitement maternel	très facilement entre J8 et J15	vu toutes les semaines pour pesée	à peu près de façon mensuelle	à la sortie de la maternité parfois certificat 8 ^{ème} jour	tous les mois les premiers mois en alternance avec la PMI
	Sinon tous les 15 jours					
1	vu	vu	vu		vu	
2	vu	vu	vu vaccins		vu	vu
3	vu	vu	pas toujours		vu	
4	vu	4 ou 5	vu vaccins		vu	vu
5	vu		vu		vu	
6	vu	vu tous les mois ou mois ^{1/2} en fonction du stress des parents	vu 6 et 7		tous les mois jusqu'à un an	
9			vu		vu	vu
11		vu vaccins			vu	
12		idem	vu		vu	
16		après c'est un peu plus lâche			vu	
20						
24		une fois par an après	Ne reconvoque pas systématiquement		vu	vu

Tableau 2 : Suivi des enfants de 0 à 24 mois

Chaque médecin a sa propre organisation.

Nous pouvons constater que chez les médecins rencontrés les enfants sont souvent vus **avant l'examen du 1^{er} mois**, la plupart du temps pour un accompagnement de l'allaitement et la surveillance de la prise de poids.

Un des médecins interrogés a même déjà eu l'occasion **de rédiger des certificats du 8^{ème} jour**.

M11 « *oui oui quand les bébés sortent à 3 jours. Parce qu'il y a de plus en plus de bébés qui sortent à 3 jours. Et il suffit que la visite ait été faite et le certificat pas rempli donc nous on les revoit à 8 jours et puis de toutes manières les parents aiment bien nous les présenter à 8 jours quand même.* »

Ensuite les enfants sont beaucoup suivis lors des 4 à 6 premiers mois de vie. Une fois par mois pour la majorité des médecins. Puis les consultations s'espacent. Les vaccins semblent être les motifs principaux qui amènent les consultations des 11^{ème} et 12^{ème} mois.

M9 « *euh en général j'aime bien les voir dans les 15 premiers jours au moins une fois, premier mois, deuxième mois, troisième mois. En général entre 4 et 5 parce qu'on fait l'introduction pour ce qui est diversification. Et puis après globalement 6-7-8 -9 je dirais tous les mois chez les parents un peu stressés tous les 1 mois ^{1/2} chez les parents un peu plus détendus. 9 mois c'est systématique. 11 de toute façon on a les vaccins, 12 pareils, donc en fait il y a des choses qui se réfèrent au calendrier vaccinal et qui nous permettent de fixer les choses et puis après globalement tous les mois ou tous les 2 mois on va dire.* »

Après 1 an, les médecins espacent les consultations. Parfois le rythme des consultations après cet âge est laissé à la libre décision des parents.

M12 « *Tous les mois jusqu'à 1 an et après en fonction de l'examen. Après 1 an je passe aux vaccins de 16-18 mois et puis après 24 mois et après c'est à la demande aussi quoi !* »

Certains médecins évoquent plus de **difficulté à re-convoquer** et à suivre de façon systématique les enfants après les premiers mois passés.

M12 « *oui oui ça c'est ce qu'on a le plus de mal à faire faire aux parents, souvent ils ont du mal, je dirais même certains, ils sont un peu plus compliqués sur les vaccins, parce qu'on les voit que quand ils sont malades, et heu « ah bah on est en retard dans les vaccins » Bah oui forcément, je vous avais dit de revenir avant.* »

Les certificats ne font pas toujours l'objet d'une **consultation spécifique dédiée à la prévention et au dépistage**. Beaucoup de médecins disent les remplir au **décours de consultations pour des pathologies aiguës**.

M10 « *Et du coup le certificat vous leur dites de venir spécifiquement pour le certificat ?
R bah non c'est au cours, quand ça tombe à ce moment là* »

M7 « *Malheureusement c'est que la consultation elle est rarement dédiée à ça !* »

2. La notion de manque de temps

Le **manque de temps** lors des journées de consultation des médecins généralistes seinomarine notamment le temps dédié à chaque consultation pédiatrique est très souvent abordé lors des entretiens.

De façon globale les consultations pédiatriques sont **longues et chargées**.

M6 « Sachant que j'hésitais pour les consultations jusqu'à 6 mois pour mettre carrément 30 minutes de consultation pour avoir le temps. J'estime que oui oui on en avait discuté avec une autre collègue c'est que jusqu'à un an, je trouve que les consultations elles sont longues. Quand tu fais les vaccinations, les mensurations et que tu reparles alimentation, prévention, dépistage machin. Voilà ça tourne vite long. Donc je pense que je finirais par bloquer 2 rendez-vous pour avoir le temps pour les tout petits hors pathologies aiguës, parce que c'est long, sur les consultations programmées des suivis »

Les enfants sont prioritairement vus pour des **pathologies aiguës** et les consultations dédiées à la prévention et au dépistage sont associées à ces consultations par les médecins généralistes ou par les parents.

M5 « Malheureusement c'est que la consultation elle est rarement dédiée à ça ! »

M7 « bah c'est chronophage et pour le patient ça sert à rien »

M3 « Le problème c'est que les patients viennent pour une pathologie et qu'ils disent voilà est ce qu'on pourrait remplir le certificat. Etant donné que les délais sont compliqués pour les rendez-vous. Du coup je leur fais mais du coup on ne va pas à fond, à cause de ça. Parce qu'on n'a pas le temps. Il faudrait un rendez-vous spécifique. Et à la limite il faudrait bloquer une demi-heure pour avoir le temps de le faire. Mais en ¼ d'heure on n'a pas le temps. Déjà en temps normal un enfant c'est plus une demi-heure pour un examen classique, tu pèses tu mesures ça va déjà vite ! Pour moi tout enfant, je perds, fin je fais largement plus d'un quart d'heure. Les mamans des fois elles sont super efficaces elles ont tout préparé en avance et des fois y en a d'autres il faut mettre jusqu'au bout de l'écharpe. »

Certains médecins évoquent la nécessité **d'une consultation plus longue pour les enfants** que pour les adultes et certains le font. D'autres parlent de **l'intérêt d'informer les parents** qu'une **consultation dédiée à la prévention serait nécessaire**.

Beaucoup disent que le temps qu'il faudrait donner à ces consultations de pédiatrie préventives pour qu'elles soient bénéfiques est **difficile à caler dans leur emploi du temps surchargé**.

D'autres en revanche ne trouvent pas que le temps pour réaliser ces consultations soit un problème. Certains trouvent même que le certificat, par le fait qu'il soit récapitulatif et concis, permet de gagner du temps.

M12 « oui et puis l'avantage, c'est aussi qu'il va relativement vite. Ça peut se faire lors d'une consultation classique hein quasiment. On prend peut-être 5 minutes de plus mais pas plus. »

3. La notion de formation en pédiatrie

Les médecins rencontrés ont été interrogés sur leur formation en pédiatrie.

Tous parlent d'une **formation initiale** lors de leurs premières années de médecine ou de leur internat de médecine générale pour les plus jeunes.

La plupart ont effectué **un stage hospitalier en pédiatrie** lors de cette formation initiale.

M12 « a part être passé dans de nombreux services, c'est-à-dire que j'ai fait la chir pédiatrie au CHU, j'ai fait la médecine pédiatrique au CHU heu j'ai fait 3 stages de pédiatrie, Je suis passé aux urgences et j'ai fait la radio-pédiatrie. »

Certaines notions de pédiatrie ont parfois aussi été **transmises par leurs paires** soit lors de leur stage en médecine générale soit lors de groupes de pairs.

M1 « la formation des internes de médecine générale à Rouen. Le cursus rouennais c'est-à-dire 6 mois de stage en pédiatrie hospitalière et puis 2 semestres en médecine générale où on fait de la pédiatrie »

5 médecins sur 7 interrogés ont suivi des **formations médicales continues en pédiatrie** notamment avec le **réseau « Périnat »** (2/7). Ils évoquent des thèmes de formation concernant le suivi des enfants, des dépistages des troubles sensoriels.

M6 « des formations sur le réseau périnatalité, sur des samedis matin, voilà il y a eu des formations sur le suivi de l'enfant et puis j'avais fait des formations aussi par MG form, sur dépistage du développement du jeune enfant. »

Les formations complémentaires leur ont souvent apporté des connaissances dans des domaines **qu'ils avaient peu abordés durant leurs études initiales**.

M8 « les séminaires de formation sur le dépistage des « dys », sur le développement psychomoteur de l'enfant »

Peu de médecins, lorsque nous les interrogeons sur leurs besoins pour un meilleur suivi de l'enfant, évoquent la nécessité d'une meilleure formation en pédiatrie ou une formation complémentaire sauf un :

M4 « Des formations, oui c'est toujours intéressant d'être formé. Ca peut permettre de remettre les choses, des tableaux, pour les vaccinations »

Un médecin dit même avoir une bonne formation à ce sujet :

M3 « Alors là pour le coup je suis pas sure, parce que nous on se forme déjà, on évalue déjà. On fait déjà des évaluations de pratique professionnelle. »

Un des médecins dit beaucoup se former en pédiatrie grâce aux revues spécialisées en médecine générale.

M12 « *Je lis pas mal moi sur les revues, donc heu sur les trucs tout ce qui est pédiatrie, ou les revues, dans la revue du Prat il y a souvent des rappels de pédiatrie, je lis beaucoup là-dessus.* »

Un autre médecin dit que parfois avant même de se former dans un domaine il faut déjà **être conscient de ses propres lacunes.**

M10 « *Mais le problème des formations. C'est que c'est pas toujours facile de trouver des sujets et après quand tu as un sujet c'est pas évident de le vendre et de faire en sorte que les gens viennent parce que tu ce que les spécialistes font, en fait en FMC tu as les besoins que tu ressens parce que tu sais que tu ne sais pas. Et puis il y le faite que je pense savoir le faire comme il faut et en fait je le fais mal. C'est même pas que tu ne sais pas c'est que tu ignores qu'il y a quelque chose que tu devrais savoir.* »

4. La notion de travail en réseau

Les réseaux de pédiatrie évoqués par les médecins généralistes ne sont pas très nombreux. Les médecins interrogés travaillent avec :

a. Les pédiatres des maternités

Ce sont eux qui quasi exclusivement voient l'enfant pour l'examen du 8^{ème} jour. Sauf un des médecins qui travaille en milieu rural.

M2 « *non je n'ai pas encore eu l'occasion d'en remplir* »

M3 « *jamais, c'est toujours fait avant en pédiatrie par mes collègues pédiatres que ce soit Monod ou l'HPE, ils ont des vacances pour ça* »

La prise en charge de l'enfant dans le **cadre organisé du plan de « sortie précoce de maternité »** semble mal connue par les médecins rencontrés.

Les médecins généralistes travaillent très bien avec les médecins hospitaliers lors du suivi des enfants nés prématurément. Ce qui semble une très bonne chose selon eux.

M1 « *alors je veux bien le suivre mais souvent c'est vrai que je demande bien est ce que il y a un suivi pédiatrique en parallèle* » « *non après souvent de toute façon avant 33 semaines les parents continuent un suivi pédiatrique hein, l'enfant est re-convoqué par le pédiatre souvent hospitalier d'ailleurs.* »

M6 « *En fait ils sont très bien suivis en consultation néonatal' en fait ils ont des consultations régulières donc simplement un peu plus vigilante sur le développement psychomoteur mais c'est tout* »

Un des médecins parle du fonctionnement efficace d'après lui de son secteur concernant les enfants prématurés.

M9 « on suit un petit peu, quand tout se passe très bien, l'hôpital nous demande des nouvelles et voilà j'envoie, ou en alternance ou ils ne les voient pas mais ils demandent au médecin, souvent on a une petite lettre, bah donnez des nouvelles, fin j'en ai eu 2-3-4 comme ça et bon bah voilà on envoie un petit mot, on dit aux parents vous emmenez le double à l'hôpital et ça se passe comme ça. »

b. Les pédiatres de ville

Ils sont aussi évoqués par les médecins généralistes. Ils semblent moins installés dans un travail en collaboration avec eux mais d'avantage dans une organisation de travail en **parallèle ou en alternance**. Les médecins parlent d'avantage de choix entre un suivi par les pédiatres ou avec eux. Ce qui n'est pas évoqué de façon négative.

M4 « oui et s'ils décident que c'est la pédiatre qui le suit, je leur dis que c'est le pédiatre qui doit faire ça et que moi je suis là, pour autre chose, pour des pathologies si le pédiatre n'est pas disponible, le patient à le choix. »

M1 « je leur dis que je peux suivre leur enfant, que si j'ai des difficultés je l'adresserai au pédiatre. » « J'ai les différents cas et j'ai quelques familles qui font aussi un suivi par un pédiatre (en libéral souvent) et ça ne me pose pas de problème. Je leur explique que ça peut être concomitant. »

2 médecins collaborent avec les pédiatres **pour la prise en charge de certaines pathologies**.

M6 « plutôt plus de 3 épisodes, après je considère que c'est plus un asthme du nourrisson. Et si je peux je les adresse aux pédiatres ou pneumopédiatres. »

M1 « J'ai déjà adressé certains de mes patients en pédiatrie mais ça a été plusieurs intervenants »

Un des médecins **regrette toutefois que ce travail soit en parallèle plus qu'en binôme**. Il estime que le pédiatre est un spécialiste comme un autre et que la communication médecin généraliste/ pédiatre devrait parfois être plus évidente.

M12 « Je trouve que de temps en temps, il y a quand même une certaine...alors j'ai absolument rien contre les pédiatres...mais c'est clair qu'il y a quand même souvent un fossé et on a souvent un problème de communication. C'est-à-dire que chacun fait un petit peu son truc dans son coin. Je trouve qu'il y aurait besoin quand même qu'il y a des liens beaucoup plus importants. Comme il peut y avoir dans d'autres spécialités. Alors est-ce que c'est du fait justement que ce soit un accès libre au pédiatre, et par rapport à d'autres spécialités, bien que je ne sois pas non plus très très chaud, pour le fait de se taper des lettres à longueur de journée. Mais ceci dit, c'est une spécialité avec laquelle moi, honnêtement, je trouve qu'on n'a pas beaucoup de liens. »

Un **pédiatre pour se rassurer** ce qui ne dérange pas les médecins généralistes.

M9 « Ça arrive que quelques fois, les patients montrent leur bébé au pédiatre une fois ou deux, le pédiatre va pas dire vous revenez dans un mois fin, tu vois ce que je veux

dire, il va très très bien pas de problème vous avez prévu les vaccins avec votre médecin à 2 mois et 4 mois vous les faites. Tu vois ça voilà. Il y a quelques patients pour se rassurer, ils vont montrer le bébé. J'ai ça hier il y a une visite du pédiatre, je l'ai vu à 1 mois là je l'ai vu là pour un problème de patho bah il y a 8 jours il avait vu le pédiatre mais j'avais prescrit les vaccins ils vont faire les vaccins ici. »

Mais les médecins généralistes **refusent souvent de voir l'enfant de façon ponctuelle pour des pathologies aiguës s'ils n'ont jamais vu l'enfant auparavant :**

M9 *« par contre je les préviens quand même l'enfant qui est vu par le pédiatre, que je ne vois pas, je ne veux pas les prendre un vendredi soir à 22h parce qu'il a 40.*

Ils expliquent que **la confiance qu'ils établissent avec l'enfant** au cours du suivi systématique est indispensable pour réaliser un examen qui sera vraiment contributif surtout si l'enfant est difficilement examinable parce qu'il est malade.

M9 *« Je leur dis vous comprenez votre gamin il va pas me connaître, déjà c'est pas facile à examiner, il va hurler quand il va me voir. Je veux dire c'est pas évident que ça soit si simple que ça. Ça la secrétaire elle est encore pire que moi. S'il est suivi par le pédiatre elle va l'envoyer à la maison médicale. »*

« Je pense que quand tu vois un gamin le soir avec 39° c'est bien de l'avoir vu déjà avant. De le connaître et de savoir un peu les problèmes qu'il va poser. Le gamin sera très confiant, le gamin qui t'embrasse quand tu le vois, parce qu'à 18 mois il sait que tu vas le guérir, c'est plus facile qu'un gamin qui hurle quoi ! Fin moi je vois ça avec mon remplaçant parfois, les parents me disent il a rien pu faire, il disait où est le docteur, donc voilà quoi, je pense que c'est important que le gamin te fasse confiance et te connaisse bien ! »

M12 *« l'avantage c'est que c'est plus facile de taper à la porte de son médecin généraliste à 19h ou à 19h30 pour une otite que de taper à la porte du pédiatre. Donc si on n'a pas vu l'enfant de façon chronique, si on le découvre alors qu'il a 15 mois ou 16 mois et bah d'une part ce n'est pas très plaisant et en plus ce n'est pas satisfaisant. »*

Et un des médecins regrette la **difficulté de demander un avis pédiatrique spécialisé.**

M1 *« même un accès aux pédiatres facilité, je trouve que il y a peu de pédiatres et c'est vrai que pour certaines situations où on est embêtés, on n'a pas de rendez vous aussi facilement que ça »*

Mais c'est une donnée qui semble **davantage un problème local** puisque d'autres médecins parlent d'un réseau qui fonctionne très bien.

M8 *« Oui oui parce qu'on a quand même des espèces de réseaux, qui nous permettent, voilà, un kiné qui me fait des bilans psychomoteurs exceptionnels, y a un pédiatre sur Monod qui répond très bien via les mails quand on a besoin de choses en urgence...»*

M9 « oui oui je te dis j'envoie très très facilement chez les pédiatres, l'avantage à Rouen c'est que tout le monde a du boulot et que le pédiatre est pas là à te ... voilà quoi. Mais les relations avec les pédiatres sont très bonnes. »

c. Les médecins de PMI

Le suivi de l'enfant seul ou en alternance avec le médecin généraliste par la PMI est évoqué par deux des médecins :

M1 « si parallèlement ils préfèrent un suivi aussi en PMI par exemple, ça peut être tout à fait euh, enfin si c'est leur choix y a pas de problème pour moi, ça peut même être de l'alternance entre la PMI et moi. »

M12 « beaucoup ici sont quand même suivis à la PMI, il y a une alternance avec la PMI, donc je trouve que c'est pas mal pour tout ce qui est pesées etc et heu, moi les premiers mois je les vois souvent pour les vaccins, pour le suivi de la vaccination »

Quelques médecins généralistes demandent parfois **des avis** au médecin de la PMI.

M1 « Je passe un coup de fil, et puis j'explique la situation. Et plusieurs fois oui, j'ai été plusieurs fois en contact avec le médecin de la PMI locale »

M4 « Je travaille souvent associé oui avec le médecin de PMI qui suit et s'il y a quelque chose qui l'inquiète elle m'appelle »

Mais souvent elle reste la **référence en matière de protection de l'enfance** aux yeux des médecins généralistes :

M1 « oui oui, pour des situations sociales un peu compliquées. Récemment j'ai eu un dossier de maltraitance et donc là oui, j'étais en lien direct avec la PMI. »

M2 « La situation de maltraitance à laquelle j'ai été confrontée c'était plutôt les suites judiciaires qui m'ont fait me rapprocher de ma PMI »

M3 « Ça m'est arrivé une fois, c'était un contexte particulier. Pour qu'ils interviennent. »

M2 « oui, c'était pour un enfant qui n'était pas à jour de ses vaccinations. On avait beau dire à sa maman de prendre rendez-vous. Elle ne prenait jamais rendez-vous. Et l'enfant je ne sais plus quel âge il avait mais il n'avait quasiment aucune vaccination. Et après je ne l'ai plus jamais revu. J'avais mis le motif : vaccination non à jour malgré les conseils. »

M6 « non, non pas vraiment. J'avais été amenée à appeler une fois je crois, pour justement un gamin pas suivi, pas de vaccins à jour etc. Mais ça avait été compliqué parce que j'avais oublié de prendre l'adresse et puis comme c'est très administratif et que j'avais pas assez de renseignements.»

Ils leur arrivent aussi parfois **d'être interpellés par le médecin de PMI pour collaborer** :

M3 « à travers les carnets de santé interposés. Ils mettent des petits mots, ou s'ils estiment que c'est au médecin traitant de voir, voilà j'écris un mot un peu plus conséquent sur le carnet de santé mais c'est tout. Je n'ai pas eu l'occasion de les interpeler pour autre chose. »

M4 « Je travaille souvent associé oui avec le médecin de PMI qui suit et s'il y a quelque chose qui l'inquiète elle m'appelle » « Ça serait plutôt l'inverse, ça serait plutôt les instances PMI/ASE qui auraient besoin de nous solliciter pour faire le point sur certaines situations difficiles »

5. La rémunération

La rémunération **C+MNO+FPE** n'est pas connue et pratiquée pour les examens obligatoires avec certificats par tous les médecins interrogés pour différentes raisons.

M11 « Alors je crois qu'il y a une majoration, moi personnellement je prends le 28 euros classique, je crois qu'il y a 3 euros de plus ? Je sais même plus. »

Soit parce que **l'habitude de patients** leur semble difficile à modifier et c'est une demande qu'ils peuvent avoir du mal à formuler.

M10 « Bien normalement on peut faire comme il faut. Mais la plupart du temps les gens ont déjà fait leur chèque et puis heu... donc tant pis (rire) Ouais enfin bon ça c'est ma manière de faire. De ne pas faire payer 36 choses et tout ça mais normalement oui il y a la cotation adéquate. Et ça serait à nous d'insister plus. C'est vrai qu'on rouspète des fois qu'on ne gagne pas grand chose mais si on ne fait pas ce qu'on a le droit de faire. C'est de bonne guerre hein. Non mais c'est pas évident non plus ! »

Mais aussi **une volonté de ne pas vouloir faire payer d'avantage les familles** lorsqu'elles viennent déjà de manière répétées.

M11 « je crois qu'on est pas très nombreux à les prendre, si vous voulez on fait la visite et en même temps qu'on fait la visite, pendant que les parents rhabillent (...) pendant ce temps-là hop, on remplit le certificat, donc je crois en plus on les connaît tellement par cœur que on n'en a pas pour longtemps quoi. Et puis c'est-à-dire qu'on a pris 28 euros pendant des mois, pendant 2 ans, je ne me vois pas demander 33 euros qui correspondent à une visite, je trouve que c'est un peu trop. Parce que c'est vrai qu'on y passe un petit peu plus de temps, mais de toute façon les 28 euros ils l'ont créé pour ça donc ça donc demander 5 euros en plus, moi je trouve que ça fait un peu beaucoup quand même. Même si en ce moment la conjoncture actuelle n'est pas très bonne (rire) mais c'est vrai qu'honnêtement, moi pour ma part ça me paraît beaucoup (...) Donc quand on a la connaissance de notre patient c'est très rapide. Donc moi personnellement je ne prends pas la majoration »

Ces deux médecins évoquent **les revendications de revalorisation de rémunérations des médecins** mais ne souhaitent pas demander la majoration aux patients.

Certains médecins ont connaissance de cette cotation qui leur apparaît systématiquement au passage de la **carte vitale** aux âges des certificats.

Les consultations de suivi de l'enfant avant 2 ans sont facturées **C +MNO** mais très peu de médecins les font passer au titre de la maternité à 100%, certains par non connaissance de cette possibilité, d'autres sans raison particulière.

M1 « je fais le C+FPE+MNO donc 33 euros et j'explique que c'est pris en charge à 100% par la sécurité sociale »

Certains utilisent les **100% maternité** pour les examens avec certificats pour les patients en **difficulté financière** :

M2 « oui oui je le fais passer comme ça et même parfois quand je sais que parfois les patients c'est un peu dur, je ne me fais pas régler, je me fais rembourser après, en tiers payant. »

Une autre encore l'utilise pour les consultations avec **cotation d'un audio test** :

M6 « parce que tu sais tu peux passer tous tes examens de suivi, Alors non moi je le passe quand je fais mon dépistage de l'audition parce qu'il y a une cotation particulière et là je la fais passer en 100% quand ça m'arrange quoi. »

Une encore explique ne pas le faire pour **les difficultés de comptabilité** que cela entraîne par la suite :

M 8 « heu non parce que c'est très compliqué le 100% maternité (rires), c'est comme les 30 premiers jours de vie de l'enfant parce que les mutuelles ne répondent pas de la même façon que la sécu, c'est-à-dire que la sécu il faut lui mettre 30 premiers jours de vie de l'enfant, etc fin voilà, les mutuelles il faut que tu passes sur la case maternité, c'est un peu compliqué quoi alors comme ils ont pas la même conduite, c'est un frein. Donc j'utilise le forfait FPE et voilà ça marche bien comme ça (rire). »

Mais elle ne pense **pas que ce soit un frein** à la venue des parents pour cette consultation.

« c'est vrai du coup ça fait payer les parents parce qu'on passe pas sur le 100%, mais c'est pas un frein à la consultation. Non je ne pense pas. J'ai pas l'impression que pour eux... voilà quand tu leur dis il y a un examen à 9 mois : « oui », un examen à 24 : « oui ». C'est pas parce que tu vas être gratuit que les gens vont plus te les amener, parce que les gens qui vont t'amener leur enfant c'est les gens qui suivent correctement la santé de leur enfant. Donc je pense que c'est pas un frein. Bon a priori même si tu fais 33 avec le tiers payant en plus ça marche bien. Quand tu fais le tiers payant sur les 33 en fait tu te retrouves à faire le tiers payant sur la consultation à 28. Et en fait le forfait FPE tu es payé en plus de tes...fin tu vois. Donc en fait les gens ils paient 8 euros 40 comme si c'était un tiers payant sur une consultation MNO 28. Donc ça ne change rien pour eux.

6. Les difficultés, les besoins

Les difficultés concernant le suivi des enfants en bas âge rapportées par les médecins généralistes sont les suivantes :

-Le **temps nécessaire** à la consultation d'un enfant, à fortiori pour faire une consultation de dépistage et de la prévention semble une difficulté pour beaucoup de généralistes qui pensent ne pas réussir à y accorder assez de temps.

M4 « *le manque de temps, l'intérêt, c'est pour quoi faire... le sens. Il y a pas mal de choses à gérer* »

-15 minutes n'est pas suffisant pour une consultation de suivi de l'enfant

M5 « *ah bah c'est le temps, parce que c'est long et du coup on remplit ça, on remplit le carnet de santé, on met un mot dans leur dossier ordinateur, pour peu que les gens ne viennent pas que pour ça.* »

M3 « *heu bah déjà surtout le temps, 30 min, après c'est exhaustif, c'est long mais bon en même temps ça fait partie du certificat. C'est plus le côté temps que je trouve contraignant.* »

M2 « *Parce qu'on n'a pas le temps. Il faudrait un rendez vous spécifique. Et à la limite il faudrait bloquer une demi-heure pour avoir le temps de le faire. Mais en ¼ d'heure on n'a pas le temps. Déjà en temps normal un enfant c'est plus une demi heure pour un examen classique, tu pèses tu mesures ça va déjà vite* »

-La nécessité de voir l'enfant sur des créneaux de consultations programmés en dehors d'une pathologie aiguë.

M 5 « *Alors moi, j'essaie de les faire venir que pour ça. En fait c'est long et ça multiplie les choses à remplir.* »

Ces notions sont spontanément évoquées par les médecins mais peu les mettent en pratique. Ils évoquent l'impossibilité de caser cela dans leur emploi du temps ou même la difficulté de faire venir les parents pour une consultation programmée.

-Le manque d'accès à un avis spécialisé pédiatrique dans la région comme nous l'avons vu précédemment.

-Le manque de matériel notamment pour les dépistages audio-visuels

M9 « *il faudrait que je m'équipe dans les jouets de Moatti. Je pense que c'est quelque chose qui faut que je fasse dans les années à venir et peut-être une échelle de dépistage un peu plus appropriée pour la vue, heu et puis un audiogramme ça serait pas mal, rires, ça faut que j'en parle à mes confrères.* »

M4 « *Bah peut-être tout ce qui est auditif et visuel. Faudrait que j'investisse dedans.* »

-La redondance des outils de suivi de l'enfant : le carnet, les certificats, le dossier informatisé.

M7 « un papier de plus à remplir »

M4 « il y a le nouveau carnet de santé, qui est très bien fait. D'ailleurs on retrouve certains items. On le remplit, on le remet une deuxième fois, je trouve que c'est un peu absurde »

M9 « les vaccins sont marqués maintenant, tu marques le lot et tout ça c'est long, tu remarques sur le carnet, bon » « Des fois, tu regardes le carnet de santé tu dis oh il manque un vaccin et en faites non tu l'as noté sur l'ordinateur. »

Un des médecins n'y voit aucun frein.

M11 « des freins je vois pas ! Non, non pas spécialement, au contraire moi j'adore faire ça en plus, c'est sympa la pédiatrie. »

E. Les représentations et les méthodes des médecins généralistes en matière de prévention pédiatrique

1. La vaccination

Les vaccinations de l'enfant ne semblent pas poser beaucoup de problèmes aux médecins rencontrés.

Les parents sont **coopérants acceptent** facilement et ont **confiance**.

M6 « Globalement les gens suivent tout ce que tu peux leur dire »

M7 « Non, non ils acceptent. Ou alors ils disent pas non »

M4 « Ils ne se posent pas trop de questions. Ils ont une certaine confiance en la médecine allopathique. »

Un médecin évoque toutefois la **difficulté liée aux changements réguliers de calendrier vaccinal** :

M3 « Sauf que ça a changé beaucoup. Maintenant faut s'adapter c'est tout. »

Et un autre les **erreurs de vaccinations** qu'il rencontre lors des gardes dans les carnets de santé des enfants :

M4 « Je comprends que ça, sur le plan du suivi médical, les vaccinations, elles doivent être faites, bien faites. Parfois malheureusement c'est mal fait, ça je le vois en garde. C'est vrai que le calendrier vaccinal change régulièrement. »

Un des médecins rencontré se positionne clairement **contre les vaccinations** et pense qu'elles sont même un danger pour le développement de l'enfant. Il ne leur voit pas d'intérêt individuel :

M5 « Mon point de vue c'est que l'humain est intelligent heu mais pas dans la tête hein. Au niveau du vivant et que les maladies infantiles comme on dit sont utiles. On a besoin de faire des maladies infantiles. De les supprimer, d'éradiquer les maladies infantiles par les vaccins qui surviennent à des moments souvent pas propices pour l'enfant. Et en général, quand un enfant fait une maladie, c'est qu'il a besoin de faire la maladie. A chaque fois qu'il y a une pathologie, l'enfant grandit. Au niveau neuro-sensoriel justement, du développement psychique. C'est enfant, en particulier ceux qui font des bronchopathies sont plein d'eau quoi, des enfants qui ont un tempérament hydrique. Ils ont absolument besoin de faire de la fièvre, ils ont absolument besoin de faire ces pathologies-là. Et le fait de ne pas les faire, c'est sûrement un handicap pour plus tard. Bon alors ça il ne faut pas le dire, ce n'est pas politiquement correct. Et donc je suis très inquiet pour l'avenir de nos enfants du fait des vaccins. »

Beaucoup évoquent des **cas isolés dans leur patientèle de familles refusant les vaccins.**

M2 « j'ai juste une famille où les parents ne veulent pas que les enfants soient vaccinés, mais là les enfants sont grands, ils ont plus de 6 ans largement, mais ils ne veulent plus faire de vaccins. »

M4 « si c'est très très rare. Mais il existe des oppositions à certaines vaccinations. Mais c'est quand même très très sporadique, fin dans ma patientèle. Je pense que dans d'autres patientèles le problème peut être différent. »

M6 « pas énormément, alors après, il y a des gens qui sont franchement contre les vaccinations mais globalement il n'y a pas grand-chose à faire parce qu'ils ne sont pas très réceptifs à tout ce qu'on peut leur dire. Mais c'est rare »

Les médecins ressentent la nécessité **d'informer** et de **convaincre**:

M1 « il y a beaucoup d'interrogations quand même de la part des parents j'ai l'impression, fin j'ai pas beaucoup d'expérience, mais peut être de plus en plus l'hépatite B, voilà le méningocoque C, pourquoi ? C'est surtout ces deux-là. ROR je trouve qu'il est bien ancré maintenant. »

M6 « Alors des fois ils questionnent, pour dire qu'est-ce que vous en pensez sur les vaccins non obligatoires » « mais après globalement les gens sont confiants, demandent un conseil écoutent »

M3 « Méningite ça passe mieux maintenant, hépatite B ça passe bien »

Certains laissent **la possibilité de faire ou de ne pas faire** certaines vaccinations :

M6 « moi je leur parle toujours de l'hépatite B pour leur mettre dans les premiers ou pas... » « Je demande systématiquement. Bon après des fois ça a plutôt tendance à les inquiéter qu'autre chose (rire) mais voilà j'estime qu'après je peux laisser le choix et tout ça. donc voilà. »

D'autres **profitent du fait que le vaccin soit combiné** pour faire l'hépatite B « discrètement » :

M12 « *Disons qu'avec l'hépatite de moins en moins depuis que maintenant il est couplé, depuis qu'on est à l'hexa c'est quand même beaucoup plus simple* »

M9 « *heu on a la chance que l'hépatite B soit maintenant à 2-4 les gens savent même pas ce qu'il y a dans le vaccin, de toute façon ça passe très très bien alors que si je dois faire le vaccin au gamin de 10 ans qui ne l'a pas eu avant, les patients « mais l'hépatite B vous savez bien docteur » mais les deux petits l'ont déjà...* »

Concernant **les BCG** :

Tous **recherchent les indications** parmi leurs patients.

M1 « *si je ne relève pas d'indication, on n'en parle même pas* » « *BCG bah j'en parle dans les situations où c'est recommandé sinon c'est vrai que, les familles d'ici qui n'ont pas d'attache... fin voilà. On ne l'évoque même plus maintenant le BCG.* »

La moitié les font eux-mêmes quand il y a une indication et évoquent la nécessité de le faire **avant le 3ème mois pour un côté pratique.**

M4 « *Moi je les fais, si ça rentre dans le cadre, si c'est vraiment justifié si c'est des migrants, si c'est des grandes familles, si on sait d'emblée dès le départ ils vont se ramener à la crèche ou dans des lieux publics. Ça ne me dérange absolument pas de les faire. Si je vois qu'entre guillemets on ne les agrippe pas suffisamment tôt, c'est le principe, on arrive à gérer ces patients si on les voit. Si on les voit pas j'essaie de faire ça le plus rapidement possible avant le 6ème mois parce que si c'est après c'est toujours un peu galère. Faut faire une IDR... Pour le moment je le fais, ça a quand même du sens.* »

Les autres les **adressent à un confrère.** Le manque d'**expérience** est rapporté ainsi **que la peur de faire des BCGite et la perte des doses de BCG.**

Lorsqu'ils adressent les patients c'est le plus souvent vers la PMI.

M2 « *alors le BCG ça m'embête de les faire parce qu'on perd trop de doses, donc pour le BCG ça m'est arrivé 2 fois d'adresser à la PMI où j'ai eu l'impression qu'ils perdaient moins les doses. Donc quand il y a une indication là j'ai adressé 2 fois en 2 ans à la Pmi* »

M3 « *Ah moi j'envoie à la PMI quand il y a une indication parce que je n'ai pas une grande habitude des vaccinations pour le BCG du coup j'ai peur de faire des BCGite donc je préfère envoyer à des personnes plus habituées, plus compétentes. Je cherche les indications et s'il y en a un, j'adresse à la PMI.* »

M6 « *Parce qu'il n'y a pas d'indication et surtout parce qu'il y a des grosses réactions avec le BCG. Sinon c'est vraiment le pédiatre ou la PMI s'il y a vraiment un cas s'il faut absolument le faire.* »

Les ruptures de stock de vaccins en pharmacie sont aussi évoquées :

M8 « bah du coup plus depuis 2-3 mois parce qu'on est en rupture de stock en pharmacie de ville donc on est obligés de les envoyer à la PMI »

Et les **retards vaccinaux** sont parfois expliqués par la difficulté de faire revenir les parents en dehors des épisodes infectieux :

M12 « oui oui ça c'est ce qu'on a le plus de mal à faire faire aux parents, souvent ils ont du mal, je dirais même certains, ils sont un peu plus compliqués sur les vaccins, parce qu'on les voit que quand ils sont malades, et heu « ah bah on est en retard dans les vaccins » Bah oui forcément, je vous avais dit de revenir avant. »

Ce même médecin explique que pour limiter ce phénomène **il note sur le carnet** et il explique **le schéma aux parents dès les premières consultations** :

M12 « Je note à la naissance notamment pour les vaccins sur le carnet de santé au crayon de bois. Je leur dis voilà à deux mois y a ça etc... avec les dates. »

2. L'allaitement

Nous avons interrogé brièvement les médecins concernant l'allaitement maternel.

A la question « nombre de semaines d'allaitement maternel » sur le certificat du 24ème mois ils déclarent globalement y répondre.

Certains y sont **sensibilisés** et disent **donner des conseils aux parents**.

M4 « je suis assez sensibilisé bon, donc ça je le remplis vraiment bien. »

M2 « oui précisément à chaque fois, je demande à la maman, je calcule en nombre de semaines. Je suis peut-être pas très précis pour dire exclusif, pas exclusif. Mais j'essaie d'être toujours dans les clous par rapport à ça. »

M6 « oui ça je le remplis, donc je leur demande en général »

M5 « Et donc on a besoin de cet allaitement maternel car le lait maternel est cosmique. C'est vraiment une nourriture parfaite pour le nourrisson et donc effectivement premier point il faut un allaitement maternel c'est fondamental »

Les conseils donnés portent sur les **positions d'allaitement**, le **risque de muguet**, la surveillance du **poids** du bébé. Un médecin conseille des **associations** qui militent pour l'allaitement maternel et conseille les mamans.

M6 « "oui oui oui puis ma thèse c'était l'allaitement maternel donc je suis assez sensibilisée" »

M4 « oui, absolument, si elles sont un peu pudiques, un peu intimidées, j'ne hésite pas à les orienter vers les associations qui marchent bien, après en PMA, il y en a aussi qui s'en occupent très bien. Et puis moi je suis à fond pour l'allaitement donc tout ce qui est relais et compagnie j'évite au maximum. La réassurance des gestes simples à prodiguer, ça se passe généralement bien. »

M2 « parfois par rapport à la position pour l'allaitement oh et puis pour elle non. Si s'il y a un muguet aussi, par rapport aux mamelons. Si par rapport aux tétées, aussi, pas hésiter à utiliser un tire-lait pour vider leur lait pour éviter l'engorgement. »

Un des médecins parle du fait qu'il parle de l'allaitement **dès la grossesse** avec les femmes qu'il suit. Il évoque le fait **qu'il faut convaincre les femmes**, combattre la peur de l'allaitement et **les préjugés**.

M9 « On motive déjà pendant la grossesse, ce n'est pas toujours évident et parfois ça marche. Voilà souvent on parle de l'allaitement, parce qu'on suit aussi les grossesses hein. On parle très très tôt de l'allaitement. Une fois sur deux on a un petit refus et deux fois sur trois ils acceptent. Ça veut dire qu'il y en a quand même un tiers qu'on arrive à convaincre, donc c'est pas mal. C'est vrai que des fois on est surpris « non bah ça s'est bien passé, voilà » y a une peur de l'allaitement. Mais j'en discutais avec ma belle-fille(...) qui n'est pas du tout dans le milieu médical, c'est non, non moi je n'allaiterai pas. Il y a des préjugés. »

M11 « Alors en général de toute façon, quand on suit les enfants c'est qu'on a souvent suivi la femme enceinte. C'est souvent des femmes qu'on connaissait avant, on suit la grossesse, après on suit l'allaitement, on suit le bébé(...)il y a quand même vraiment le côté médecin de famille. »

Un suivi de toute la famille sur du long terme qui permet d'avoir **une vision globale et une relation de confiance**. Ce médecin dit aussi répondre à des **questions pratiques par téléphone**.

M11 « on a la vision globale des choses et c'est vrai que souvent on a suivi les femmes enceintes, c'est vrai que souvent on commence à aborder le côté allaitement quand elles n'ont pas encore accouché. Même celles qui sont pas trop tentées en leur disant bah à la mater vous avez que ça a faire donc essayez et puis on verra quoi et puis souvent ça marche et elles continuent. Donc oui oui elles nous posent beaucoup de questions, là-dessus on a aussi beaucoup de coups de téléphone. Sur l'alimentation du bébé que ça soit au sein ou pas au sein en dehors de consults. »

D'autres trouvent la question du certificat de santé **ridicule**, la passe volontairement ou la trouve même **culpabilisante** pour les mamans.

M3 « pff j'imagine que c'est un intérêt statistique tout ça hein ! Après un intérêt pour le suivi même de l'enfant non ça m'apporte pas grand-chose. »

M7 « Je n'y réponds pas »

M7 « bah à part culpabiliser la mère, je sais pas si ça sert à quelque chose »

Un des médecins pense que le fait d'être un homme limite un peu sa possibilité d'accompagner les mères dans les conseils d'allaitement.

M12 « un petit peu mais je suis un homme, et j'ai peu de gynéco, donc j'en vois un petit peu, mais peu »

3. La diversification

Les examens de suivi de l'enfant sont aussi pour certains médecins l'occasion de donner des conseils concernant la diversification alimentaire :

Pour dire de **ne pas diversifier trop prématurément**

M1 « *Alors, j'aborde déjà le sujet à trois mois en disant pour l'instant c'est encore le lait infantile ou l'allaitement au sein et puis à l'examen des 4 mois, je dis bah voilà, le système digestif de votre bébé est mature pour commencer donc après je donne des conseils, parfois accompagnés d'une fiche conseil que j'imprime* »

Utilisation des fiches **imprimées** pour gagner du temps et pour un côté pratique pour les parents est évoquée.

Des conseils plus à **la demande des parents.**

M2 « *j'en donne souvent de ça ! ouais ! Les mamans sont très demandeuses donc oui on en donne* »

M3 « *oui c'est à la demande des parents plus. Ou vraiment s'il y a une erreur, que je vois que...je conseille.*

M6 « *oui donc ça je leur en parle et je leur donne aussi les fiches d'informations du plan nutrition santé par âge. Voilà aussi pour gagner un petit peu de temps. Après on en parle et puis heu voilà en plus je leur donne des petites fiches informatives un petit peu comme guide. Alors sachant que le problème. L'alimentation c'est plutôt entre un et deux ans. En fait avant les gens sont plutôt vigilants mais après entre un et deux ils commencent à les faire manger comme eux à les faire grignoter. Avant ils écoutent les conseils et après quand les enfants grandissent ils sont moins vigilants. Je suis particulièrement vigilante entre un et deux ans quand heu... hein voilà, pour le lait de vache, lait de croissance..."*

Un des médecins est plus vigilant après un an, au moment où il commence à observer des **erreurs alimentaires.**

4. La prévention des accidents domestiques

La question sur les accidents domestiques du certificat du 24^{ème} mois n'est pas posée de façon égale en fonction des généralistes et en fonction des patients.

Certains la posent comme mentionnée sur le certificat de façon systématique :

M1 « *ah oui ! En remplissant le certificat par contre je demande est ce qu'il y a eu des accidents, brûlures intoxications chûtes. Oui oui ça je pose la question. Donc je coche oui quand il y a eu. Après c'est vrai que je ne détaille pas les circonstances de l'accident* »

D'autres la passent ou répondent en fonction **du fait qu'ils aient vu ou non l'enfant pour un accident domestique.**

M2 « Pour le moment je n'ai jamais été confrontée à la situation dans ma pratique de médecin généraliste mais... c'est souvent des enfants que je connais, c'est très rare des enfants que je ne vois pas régulièrement donc non, je ne pose pas systématiquement la question, ça c'est une grande carence d'ailleurs ouais, faudrait que je le fasse ! »

M3 « je réponds non. J'en vois pas beaucoup, je réponds quand même...intoxications, brûlures, traumatismes est ce que je pose la question à chaque fois ? C'est pas sûr. »

M7 « Bah, je pars du principe que si je ne l'ai pas vu non. Bah je mets non. Mais c'est vrai que je ne demande pas en détail s'il a renversé une casserole d'eau bouillante sur la tête ou il a mis la main dans le four »

La plupart avoue ne pas **avoir le temps de faire de la prévention contre les accidents domestiques** mais reconnaissent **l'intérêt de le faire et regrettent** parfois le manque de temps pour faire cela.

M2 « La seule prévention que je fais c'est d'avoir des brochures sur les accidents domestiques sur mon bureau et les parents regardent de temps en temps en consultation. En effet je n'en parle pas sinon. J'ai 3-4 brochures sur les accidents domestiques des enfants que les gens regardent mais oui c'est tout. »

M3 « Et malheureusement on en a, donc on fait de la prévention secondaire malheureusement, si si on en fait ! » « Quant aux chutes, aux accidents domestiques, aux problèmes de cuisine etc, les balcons tragiquement, on a eu ça récemment, on essaye de récupérer, des fois c'est pas simple. »

M6 « alors, je pose la question mais j'ai pas trop le temps de débrouiller tout le... » « près je trouve que les accidents domestiques c'est assez large notamment chutes, traumatismes ça peut être voilà la table basse, des choses comme ça, donc en dehors d'un gros truc voilà qui a nécessité une consultation j'ai pas trop le temps de le détailler. Je leur demande mais à moins que je ne l'ai vu pour la brûlure sur le poêle ou le fer ou que sais-je, en dehors des grosses choses... c'est souvent coché non »

M6 « non, non je fais de la prévention quand je les vois sur la chute de la table à langer, quand les parents s'en vont et ne tiennent pas leur enfant, heu pff voilà. Mais c'est vrai qu'on n'a pas trop le temps pour ça. Je leur en parle quand ils sont à l'âge où ils mettent les doigts dans les prises, voilà plus par rapport à ça, on a l'occasion »

Les conseils qui peuvent être donnés concernent **surtout les chûtes** : table à langer, youpala, lits.

M7 « Pas grand-chose. A part pour changer les gamins. De toujours avoir une main dessus »

M1 « je donne des conseils souvent en prévention des chutes, notamment quand les enfants arrivent à se retourner vers 6 mois. Toujours faire attention à la table à langer ça arrive quand même assez souvent de voir un enfant qui tombe de la table à langer, ou de bien baisser le matelas du lit à barreaux, il reste souvent en position à mi-hauteur un peu

trop longtemps » « je donne souvent les conseils. Je pense même pour chaque famille. Après intoxication j'aborde rarement le sujet, à tort sûrement, brûlure aussi »

M9 « Certains conseils oui. Alors c'est vrai que en y réfléchissant, j'y pense pas. Je fais pas un chapitre exhaustif dessus mais je sais pas moi quand il commence à se retourner ou quand je mets la main systématiquement dessus quand j'attrape un truc en disant faites gaffe, parce que c'est pas la peine d'attendre qu'il soit tombé pour voir qu'il peut tourner. Ça peut vous paraître ridicule que je mette la main dessus tout de suite mais comme ça on fait... fin tu vois des trucs comme ça fin leur dire comment est-ce qu'il faut qu'il fasse attention. Et puis ça le fait de façon plus ou moins spontanée de leur part où ils posent des questions sur beaucoup de choses. »

Un des médecins explique que **les visites à domicile** sont l'occasion de pointer les risques d'accident avec les parents :

M11 « oui, tout à fait ! Surtout si je vais à domicile ! Si je les vois au cabinet, c'est différent parce qu'on ne voit pas comment est l'habitat, mais des fois à domicile, on dit oulà ! On relève du style tout simplement, en se lavant les mains dans l'évier, on ouvre le placard sous d'évier, ou même sans rien du tout, les produits qui sont directement sur la table. Ou tout simplement les cacahuètes qui sont restées sur la table. Les gamins qui dorment partout... »

Et un autre affirme en voir beaucoup lors de régulation SAMU mais ne pas insister dessus en consultation. Elle évoque **la page du carnet de santé sur les accidents domestiques** :

M8 « non j'avoue que non, fin d'ailleurs c'est curieux parce qu'au SAMU on en a régulièrement donc je pourrais les aborder mais non. Après c'est vrai que le carnet de santé est vraiment super bien fait par rapport à ça donc je réfère sur le carnet de santé quand même. »

F. Les représentations et les méthodes des médecins généralistes en matière de dépistage en pédiatrie

1. Les anomalies statur pondérales

Nous avons interrogé les médecins sur ce qu'ils remplissaient lors des examens des enfants concernant les mensurations.

Si la plupart remplissent régulièrement la taille, le poids et le PC, l'IMC n'est pas rempli par tous les médecins.

D'autres disent le remplir plus facilement grâce au **logiciel qui le calcule automatiquement**.

Quand on leur demande, concernant les mensurations ce sur quoi ils sont vigilants, ils répondent :

M1 « Périmètre crânien, une courbe harmonieuse, ni trop vers le haut ni trop vers le bas. Le poids et la taille c'est des valeurs brutes donc on fait la courbe et l'IMC surtout vérifier qu'il y ait pas un début de surpoids ou au contraire de malnutrition, de cassure de la ...fin non l'IMC qu'il y ait pas une évolution vers un surpoids et par contre pour le poids et la taille qu'il n'y ait pas de cassure de la courbe staturale ou pondérale »

M3 « S'ils sont obèses (rire). S'ils sont maigres ou pas maigres. Et surtout je regarde la courbe. Si j'ai les anciens points c'est facile, s'il n'y a pas de cassure de courbe. »

M4 « Je les pèse toujours. Voilà. Sinon pour ces examens-là, le poids c'est indispensable, le PC c'est hyper important : des fois on se rend pas compte visuellement qu'il y a une augmentation dysharmonieuse du PC, il peut y avoir une hydrocéphalie, ou quelque chose comme ça et ça nous est déjà arrivé. Donc oui ça c'est très important. »

Ils semblent donc **vigilants concernant les courbes** poids, taille, PC de façon globale et une anomalie de celles-ci les interpelle.

L'IMC est moins **représentatif** :

M8 « Oui, alors, chez les tous petits j'utilise pas beaucoup l'IMC, je préfère les courbes. Je l'utilise sur le carnet de santé ou sur mon ordinateur, c'est vrai que cliniquement représente moins quelque chose que pour moi chez les tous petits, la courbe elle est en plus hyper resserrée, t'as le pic là qui te perturbe un peu ton évaluation je trouve, la courbe est quand même plus facile à, voilà. Mais je le fais quand même. »

2. Les troubles sensoriels

a. Le dépistage visuel

C'est la partie de l'examen qui pose beaucoup de problème pour la plupart des médecins interrogés. Ils avouent faire la plupart du temps un bref examen.

Beaucoup recherchent une **symétrie des lueurs pupillaires, un réflexe pupillaire, l'amblyopie.**

M2 « moi pas grand-chose, j'ai pas ce qu'il faut pour. J'adresse si je remarque tout ce qui est nystagmus, tout ce qui est comme ça, euh non pas nystagmus, strabisme" »

M3 « Surtout les reflets, et je cache un œil pour voir s'il n'y a pas une amblyopie, un strabisme. Et puis c'est tout." »

M6 « Alors vision heu bah je vérifie avec la poursuite oculaire, le strabisme, je fais quand même la lueur pupillaire. »

M7 « ah bah rien, à part regarder si les pupilles sont réactives et s'il est symétrique, si l'oculomotricité paraît normale. Fin voilà »

Trois médecins parlent de **l'œil de bœuf.**

Et un des deux médecins semble plus à l'aise avec cet examen en médecine générale, **tout en reconnaissant sa difficulté** :

M4 « L'œil de bœuf évidemment, l'œil de bœuf j'en ai deux, c'est obligatoire, fin si on n'a pas ça, on peut pas capter on peut pas voir si déjà l'enfant voit répond aux stimuli, c'est

pareil si on n'a pas ça on ne peut pas faire un examen clinique. C'est gravissime de passer à côté de quelque chose. Voilà premièrement. La lueur pupillaire, hyper important pour certaines choses : y a les cataractes, les néoplasies fin bref et puis heu les rétinoblastomes un peu plus tard mais ça, ça arrive j'en ai déjà eu un, j'ai déjà fait ce diagnostic là, heu...ça fait flipper,(...) Donc c'est à chaque fois, il fixe au départ, il suit après, il faut qu'il fixe le regard d'un individu à partir de 5-6 mois, il faut pas qu'il y ai de phénomène d'évitement. Ça doit nous faire penser plus tard à des troubles dissociatifs ou à des troubles autistiques. Très jeune il faut faire le diagnostic là-dessus. La lueur de la pupille jusqu'à deux ans 2 ans ½ je regarde quoi ! »

M8 « J'utilise ma lumière ou mon œil de bœuf pour tout ce qui est poursuite oculaire, je regarde bien la lueur pupillaire, voilà le déplacement voir s'il est bien symétrique, je demande aux parents tout ce qui est strabisme, voir si l'enfant a un strabisme occasionnel ou quelque chose comme ça, la symétrie, la taille du globe oculaire, la vision des couleurs mais un peu plus tardivement quand même, voilà. On arrive à faire pas mal de chose en visuel, plus que pour l'audition. »

Un des médecins attend **l'entrée en maternelle pour tester l'acuité visuelle** sur des échelles d'image, pour obtenir une meilleure attention et un meilleur langage.

M8 « A partir de trois ans, tu vois j'utilise ma plaquette là-bas (me montre une échelle visuelle de dessins), c'est pour ça que je le fais quand ils ont un trimestre d'école parce que du coup la plaquette elle permet de bien... Alors je fais pas 2-4-6 je vais directement au 1 tout en bas et tu arrives quand même à avoir 2-3 bonnes descriptions. Voilà. »

La plupart des médecins avouent faire un **examen sommaire du fait du manque de matériel.**

Ils adressent facilement à l'ophtalmologue.

M5 « Alors, Je suis nul, par contre il faut faire tous les ans absolument. Je suis, je suis...C'est-à-dire que j'ai été opéré de la cataracte. Donc chez le nourrisson, il faut s'en inquiéter tous les ans. Voilà il faut vraiment faire une visite à l'ophtalmo à un an, deux ans, trois ans. Et ça, je ne sais pas si c'est faisable mais il faut le faire ! »

b. Le dépistage auditif

Il en est de même pour l'audition, les réponses sont assez variées. L'avis quant **au test à la voix chuchotée** est très différent d'un médecin à l'autre. Certains le font avec conviction, d'autres le font par défaut et d'autres encore ne le font pas car disent qu'il manque de sensibilité.

M9 « ouai un petit peu le test à la voix chuchotée, les bruits et s'il tourne la tête du bon côté fin des trucs comme ça quoi mais c'est pas fait de façon scientifique quoi »

Les médecins **adressent facilement** en cas de doute sur l'audition à l'ORL.

M1 « fin je fais le test à la voix chuchotée à deux ans quand même. Je fais juste le test à la voix chuchotée mais j'ai pas les jeux de ... heu non, oui les jeux c'est à 9 mois » « je

sais pas si c'est très sensible quoi. Je le fais mais c'est vrai que bon... si j'ai un doute j'adresse à l'orl." »

M3 « oui, alors par contre quand on parle tout bas, ou ce que je fais, j'ai une petite vache, d'ailleurs je ne sais pas où elle est, elle a disparue. Ah si elle est au fond de mon tiroir. Donc je fais avec une petite vache. »

M2 « Non je ne le fais pas. Je pense que ça dépend beaucoup du chuchoté, moi j'ai une voix qui porte donc même chuchoté je pense que ça sera très fort. »

M3 « Test à la voix chuchotée c'est très intéressant, parce que ça ne coûte absolument rien et que c'est très facile à faire. Et que c'est normé. Donc je n'ai rien de plus par rapport aux troubles auditifs pour le moment. Parce qu'on sait que si la voix chuchotée ne marche pas c'est - 30 dB. Donc c'est avis ORL. Donc ça, ça me plaît bien, c'est carré. »

M7 « rien »

Un seul des médecins interrogé se sert d'un **audiomètre**.

M6 « j'ai un baby sensori-test un truc pour tester. Donc voilà plus l'examen des tympans. »

Un des médecins pense être moins attentive car elle s'en remet d'avantage aux potentiels évoqués auditifs faits à la maternité.

M8 « Alors il y a un truc par exemple sur l'audition, je trouve qu'on est peut-être moins attentifs maintenant qu'on a les PEA fait à la maternité donc du coup on est moins, comme on les dépiste très tôt, moi j'en ai deux patients qu'ont été dépistés super tôt donc finalement, tu vois, les dépistages auditifs, je trouve que ça passe en second, par rapport au dépistage visuel.»

3. Les troubles du développement

Les médecins interrogés sur l'examen du développement psychomoteur de l'enfant sont assez embêtés par cette question qui leur paraît « fourre-tout ».

A la question « quels diagnostics recherchez-vous quand vous évaluez le développement psychomoteur de l'enfant ? », les réponses sont les suivantes :

-audition, troubles neurologiques

M1 « pff bah c'est le développement de l'enfant donc après ça nous oriente vers des problèmes d'audition de hum, des problèmes neurologiques. C'est vrai qu'on peut voir, même si souvent on a vu l'enfant aussi évoluer de 0 à 2 ans donc on a parfois eu la puce à l'oreille avant ça mais oui pour un souci de mots...Il m'est arrivé de voir une enfant qui ne pouvait vraiment prononcer aucun mot bon bah là elle est allée chez l'orl direct derrière. J'estimais qu'il fallait contrôler son audition. Ça a été aussi l'occasion de

montrer aux parents, bon bah vous voyez à cet âge là l'enfant doit au moins dire un mot pour en associer deux, et là en l'occurrence ça n'était pas le cas. »

-propreté, sociabilité, comportement

M2 « peut-être la propreté, le comportement avec les autres enfants aussi je demande, au niveau de la sociabilité. »

-audition, sommeil, comportement, alimentation

M3 « Qu'est-ce que... l'audition c'est autre part ? Psychomoteur ? Les troubles du sommeil ? Mais ça c'est autre part, c'est pas évoqué ça. Oui s'il dort bien si le sommeil, trouble du comportement mais ça c'est plutôt dans l'alimentation. C'est autre chose, s'il fait des crises. Psychomoteur y a pas clonies ? Stridor, je pose la question parce que j'ai eu un cas l'autre fois. »

-retard de développement

M3 « C'est surtout s'il commence à avoir un retard. Les signes de retards psychomoteurs. S'il ne parle pas. Trouble du comportement aussi. J'adresserai en pédiatrie pour avoir un avis. »

-retard des acquisitions, asymétrie motrice

M4 « oui, oui tout à fait. Le retard des acquisitions. Ca nous arrive. Des asymétries motrices qui nécessitent la prise en charge avec un kiné spécifique. Donc on récupère finalement des micro déficits peut être liés à une souffrance au cours de l'accouchement. Et donc on arrive par le seul biais du diagnostic assez précoce et de la prise en charge pluridisciplinaire de récupérer la motricité à peu près symétrique normale et de passer, voilà chez des enfants qui ne sont pas forcément prédisposés. Ou chez des enfants prédisposés et là du coup les pédiatres nous aident bien car leurs services sont très accessibles. Donc on je pense qu'on est assez... on fait pas tout le temps rapidement le diagnostic parfois c'est très subtil mais au fil des consultations... Et puis on fait attention parce que l'examen du nourrisson n'est pas comme celui de l'enfant ou de l'adulte. La part d'interrogatoire des parents fait partie intégrante de la prise en charge du nouveau-né. Et souvent on récupère plein de trucs qui ne sont pas forcément étiquetés comme anomalie clinique mais que nous on va récupérer. Et ça oriente. »

-trouble du langage, audition, troubles envahissant du développement

M6 « bah je regarde surtout le langage, je vérifie souvent l'audition, donc par rapport à ça. Heu je les teste souvent pour l'audition. Et puis je me méfie des troubles envahissants du développement, par rapport au contact, langage, compréhension et attitude aussi des enfants, voilà. Je ne suis pas très tranquille des enfants un peu trop calmes. Mais bon. (Rire) »

-motricité fine

M7 « on regarde aussi souvent la motricité fine, comment il joue avec les mains, on regarde comment il évolue, comment il... »

Certains médecins ont des objets ou des jouets dans leur cabinet pour tester les enfants.

M8 « nomme au moins une image, en général, j'utilise les bouquins avec les animaux les choses de base. »

M11 « *non pas spécialement, bah je dirais c'est au cours de l'examen. En posant des questions à l'enfant, par le jeu etc... parce qu'on a des jouets en plus dans notre cabinet où justement les enfants vont spontanément et on voit un peu, on observe justement comment ils agissent à ce moment-là quoi !* »

L'examen clinique dépend aussi beaucoup du comportement de l'enfant en consultation.

M8 « *ça c'est pas toujours évident parce que soit l'enfant est coopératif et joue avec toi, communique bien avec toi, il a pas peur, parce que il y en a qui hurlent à peine le moment où tu les mets sur la table ça c'est clair, donc ça c'est forcément plus de la redite des parents* » « *le problème c'est plutôt pour ceux qui sont pas bien chez toi* »

L'interaction avec les frères et sœurs dans le cabinet peut aussi être un bon moyen d'évaluation.

M8 « *j'essaie de voir un petit peu comment ils se comportent des fois quand il y a des frères et sœurs. Des fois c'est quand même beaucoup plus simple de voir comment ils discutent etc, comment ils interagissent, savoir si effectivement il y a des associations de mots* »

Un des médecins évoque le fait que c'est plus **d'après elle un dépistage** sur « l'impression » en **fonction d'une certaine habitude de la normalité** que d'un véritable diagnostic qui se fait ensuite lorsqu'elle adresse au spécialiste :

M8 « *Pas vraiment mais j'ai toujours l'impression qu'on est plus sûr..., c'est pourtant difficile de l'objectiver mais plus sur une impression clinique, que sur de l'objectif* »

Et pour elle, **la plus grande difficulté est d'aborder ces anomalies de dépistage avec les parents** afin de mettre un suivi en place au plus vite.

M8 « *dire aux parents, voilà l'enfant, il a un problème, faut qu'on fasse des examens. Voilà je trouve que ça c'est une difficulté. Mais c'est général, c'est lié au fait que ce soit une annonce à faire pour un enfant. C'est toujours une difficulté et il y a des parents qui ne réagissent pas toujours très très bien. Il faut parfois un an ou deux ans pour obtenir des compléments d'information ou des compléments parce qu'ils n'intègrent pas ça.* »

4. Le saturnisme

Concernant la question sur le saturnisme, tous les **médecins répondent « non » de façon quasi systématique.**

M3 « *Je mets non, concernant le saturnisme, je ne pense pas qu'on soit dans un milieu défavorisé* »

M3 « *Oh je suis très embêtée la dessus, c'est très difficile parce qu'il faut savoir comment c'est chez eux, donc ce n'est pas facile de savoir l'état de leur tuyauterie on va dire (rires). Parce que bon les maisons neuves et tout, le plomb de toute façon y en a plus. Les gens qui ont acheté récemment de toute façon y en a plus parce que il y un diagnostic qualité à faire donc, il n'y a plus de plomb et tout mais les autres bein ... Ici il y a aussi*

des vieux immeubles, savoir s'il y a du plomb ou pas ça j'en suis incapable, et je pense que la commune ne saurait pas nous répondre non plus ! Donc quand on a ça à remplir on se dit bah, « présence d'un risque de saturnisme ? » on se dit bon ! On ne sait pas trop quoi. »

Certains parlent de question **désuète**, ou qui n'a plus lieu d'être posée.

M2 « bah je réponds souvent non ! (rire) selon les familles. Des fois je leur demande mais les parents ils... ont ne peut pas leur demander s'ils mangent de la peinture quoi ! voilà Je trouve que c'est un petit peu désuet. Je sais pas le saturnisme de nos jours c'est difficile hein heureusement aujourd'hui ils ne mangent plus les peintures maintenant. Les jouets sont adaptés. Pour les maisons c'est plus par rapport à l'humidité ! ça c'est pas le saturnisme mais l'humidité par rapport aux pathologies heu pulmonaires ouai. »

Un des médecins se rappelle avoir rempli, il y a quelques années, des certificats où n'était pas mentionnée cette question et se demande donc **quel est actuellement le risque de saturnisme en France**.

M6 « c'est récent parce qu'il n'y était pas avant le saturnisme, mais ceux que je remplaçais avant il n'y avait pas cette case à cocher. »

Les **facteurs de risque de saturnisme** semblent globalement **mal connus** par les médecins interrogés.

Un seul **des médecins interrogé a déjà dosé une plombémie au cours de sa carrière**. Un est au courant qu'il s'agit d'un formulaire spécial.

M1 « non, je sais qu'il y a un formulaire spécifique. Donc je pense que j'irai par internet, ouai regarder mais je sais qu'il y a un protocole spécifique pour ça. »

Un des médecins évoque aussi la quasi **disparition des visites à domicile** en pédiatrie pour voir les conditions de vie des enfants.

M4 « Après non je pense que je ne suis pas le mieux placé pour poser ce genre de question sachant qu'on ne voit pas les gens où est-ce qu'ils habitent. Donc du coup on peut pécher par défaut là. Faudrait vraiment aller chez eux, au domicile, voir comment ils vivent, l'état du domicile. Voilà c'est surtout ça. Et ça en pédiatrie, on ne le fait plus, on ne fait plus de visite à domicile c'est terminé en pédiatrie. »

Concernant les conditions de vie des enfants, plus que le saturnisme, c'est la pollution de l'air par les moisissures liées à l'humidité et le tabagisme passif qui semble les préoccuper.

M1 « je demande est-ce que votre logement est récent ou ancien ? En sachant que...bah... voilà je demande juste ça, je ne les interroge pas sur l'eau qu'ils consomment, des choses comme ça. Voilà l'ancienneté du logement et surtout des peintures, est-ce que c'est des vieilles peintures qui s'écaillent et que l'enfant pourrait mettre à la bouche par inadvertance. Mais quand c'est un logement récent, j'ai tendance à cocher non. »

D'autres sont plus catégoriques :

M7 « ça sert à rien ! Je mets non. Avez-vous regardé dans les tuyaux ce qu'il se passe ? »

Mais un des médecins a déjà été confronté à un cas de saturnisme.

M4 « Alors j'en ai eu quelques cas dans mes patients, sur justement une déclaration à faire en mairie etc » « Alors, en fait, c'était sur demande des parents et ils m'avaient ramené des photos de chez eux et ils avaient un doute sur...c'est des gens qui étaient locataires et ils avaient une peinture qui s'écaillait d'un peu partout et ils avaient un peu de stress par rapport à ça. Donc on a fait les dosages et ça a été signalé à l'hygiène de la ville etc. Du coup je suis attentive mais je demande plutôt aux gens : est-ce que vous avez un logement ancien ? Fin voilà des choses comme ça. Mais bon c'est pas tous les jours hein. On est quand même dans un secteur privilégié. »

G. Atouts du suivi pédiatrique en médecine générale

La connaissance du milieu permet de gérer les problèmes de façon plus globale.

M8 « Euh bah les points intéressants c'est qu'on connaît les parents, on connaît la famille, donc de tout façon tu arrives à plus gérer les problèmes d'ordre psychosociaux, ou voilà à mon avis, parce que tu connais tout l'entourage. »

Une continuité des soins entre la mère et l'enfant :

M9 « tout à fait, tout à fait, je veux dire, oui quand tu suis les grossesses tu parles déjà « qu'est-ce que vous allez faire ? Vous allez l'allaiter ? » Bein il faut y penser ! Voilà. »

Et tout au long de la croissance :

M9 « Sinon je pense que le suivi est mieux assuré par un médecin qui va te voir aussi bien quand tout va bien que quand tout va mal. C'est en permanence qu'on dépiste. »

Des médecins généralistes qui sont **conscients de leurs limites de compétences** et dont la priorité est le **dépistage** :

M9 « Bah de toute façon je pense qu'il faut savoir ce qu'on sait faire. C'est-à-dire qu'on n'est pas pédiatres. Dès que tu sors d'une pathologie. Moi j'ai quelques patients avec des pathologies un peu rares, ouai quand même, je pense que c'est plus de mon domaine mais l'important, c'est de dépister. »

Des pratiques de pédiatrie **en fonction des formations de chacun**, de leurs **goûts**, et parfois **du fait d'être un homme ou une femme** ou **de leur histoire personnelle**.

M9 « il y a une de mes patientes, son ancien médecin ne faisait pas les bébés, donc c'est plus la formation et puis ça dépend des médecins aussi après ! Chacun son truc. Moi je suis de formation très pédiatre, gynéco, donc peut-être du fait qu'à une époque

mon père avait gardé ses patients plus âgés et moi j'ai pris les enfants et les petits enfants. Donc j'ai une clientèle plutôt jeune pour mon âge. »

M11 « par le biais de la gynéco, comme on suit la grossesse, par ce biais là je pense que ... mais c'est vrai que mon associé précédent était un homme et il voyait aussi pas mal d'enfants...je pense que ça dépend plus aussi de ce que nous on préfère aussi en médecine générale, parce que même en médecine gé, il y a des choses qu'on aime et des choses qu'on n'aime pas quoi donc, je pense qu'on a plus à faire ça ou ça. C'est vrai que pédiatrie gynéco moi j'y vais spontanément. Quelqu'un qui vient pour de la dermato, je le fais, mais bon c'est pas ce que je préfère quoi ! »

Et la proximité géographique et des facilités d'horaires :

M12 « bein, c'est la proximité surtout ! C'est le fait que souvent, on suit les parents, voir souvent les grands parents, ça a un côté assez sympathique, globalement heu, ça a un côté sympa aussi de voir l'enfant se développer et voilà et puis c'est surtout qu'on est quand même en première ligne et l'avantage c'est que c'est plus facile de taper à la porte de son médecin généraliste à 19h ou à 19h30 »

H. Entretien avec la responsable statistique du département santé de Seine Maritime

Nous nous sommes enfin rendus au service départemental de PMI pour rencontrer la personne responsable de la réception et de l'analyse statistique des certificats médicaux de l'enfant. Nous l'avons notamment interrogée sur le nombre de reçus, et le nombre de certificats analysés, sur les erreurs fréquentes de remplissage et sur la destination de ces informations. Nous avons aussi fait remonter la remarque faite par certains médecins rencontrés concernant le manque de retour vis-à-vis des résultats compilés.

La responsable des statistiques « santé » nous explique que les certificats des 9^{ème} et 24^{ème} mois arrivent par lettre T, adressée au médecin départemental de PMI directement au service statistique du département de Seine Maritime, où les données sont saisies sur informatique par 4 opératrices puis lui sont transmises pour analyse.

« Ils nous sont envoyés après directement. Ce sont des enveloppes au nom du médecin départemental de PMI donc ça nous arrive directement. Ce sont des enveloppes T. Nous ensuite, mes collègues les saisissent. »

Elle nous confirme que la mission de l'envoi du certificat de santé est une tâche qui incombe au médecin qui le remplit. Mesure-t-elle la quantité de certificats en réalité confiés aux parents pour l'envoi ?

« Ils nous sont envoyés normalement par les médecins. Bon ça arrive par contre, qu'il y ait certains médecins qui donnent aux parents pour qu'ils l'envoient mais normalement c'est bien écrit au dos ça devrait être le médecin qui devrait nous les envoyer »

Pour les certificats du 8^{ème} jour, le département de Seine-Maritime est le premier à tester une transmission directe par informatique. C'est le cas dans 3 maternités via le réseau périnatalité. Ce mode de transmission devrait être généralisé dans toutes les maternités françaises mais les difficultés de mise en place de plateforme informatique commune laisse présager une mise en route sur de longues échéances.

« Ceux du CHU, ceux de la maternité de Lillebonne et les enfants qui sont transférés en Néonatal' ou réa à l'hôpital de Montivilliers nous sont transmis par transfert informatique »

« Par rapport au réseau périnatalité. Ça passe par la plateforme du ministère et moi je vais les chercher ça me revient ensuite et il faut que je les intègre. »

Les pourcentages de réception des certificats de santé par département sont relativement faibles : 95% pour les maternités, chiffre légèrement en baisse d'après Mme M, et seulement 45-50% pour les 9^{ème} et 24^{ème} mois.

« Pour les 8^{ème} jours on est, on a baissé un petit peu là pour le 8^{ème} jour on est à 95% et 9^{ème} mois et 24^{ème} mois, on est bien en dessous des 50%. Je dirais qu'on est entre 45 et 50%. »

La disparition de la menace de retrait des allocations familiales en cas de non envoi des certificats a beaucoup fait baisser le taux de réception.

« Avant, quand il y avait un carton CAF, vous savez qui était envoyé à la CAF et une partie qui était pour nous. Là quand il y avait ça, les parents envoyaient parce que je pense qu'ils savaient que de toute façon ça pouvait déclencher aussi... s'ils ne l'envoyaient pas ça pouvait déclencher un retrait de leurs allocations. Donc ils nous l'envoyaient bien, et puis depuis ça fait bien 5-6 ans, qu'il n'y a plus ce carton CAF à envoyer et c'est vrai que les certificats... »

Le système d'enveloppe T a été mis en place dans le carnet de santé à ce moment là pour tenter de remédier à cette diminution des envois mais sans grand succès.

« On avait mis en place les enveloppes T qui sont dans le carnet de santé. Le carnet de santé c'est le département qui gère et paie le carnet de santé. Dedans il y a les 3 certificats de santé avec les enveloppes T. On s'était dit : comme ça ils n'ont pas besoin de payer le timbre, etc, on pensait que ça allait améliorer, ça a un peu amélioré mais pas tant que ça. »

Le plus étonnant peut-être c'est qu'elle nous fait part du fait que beaucoup de certificats de santé ne sont même pas saisis et analysés et ce depuis quelques temps. Cette année, pour des raisons de modification de logiciels et de manque de personnel qualifié ou adapté à ces nouveaux outils, seuls 7 mois sur 12 des certificats du 9^{ème} mois ont été saisis et aucun des certificats du 24^{ème} mois de l'année 2014. Pourtant c'est bien une obligation ministérielle pour les départements.

*« Là on est un petit peu en retard parce qu'on est en train de changer de logiciel »
« C'est vrai que là depuis quelques temps, comme on est un petit peu en sous effectif, ce qui se passe c'est qu'on n'a pas... euh les certificats de santé ne sont pas saisis entièrement. »*

« L'année dernière on en a saisi 7 mois ce qui est déjà pas mal et puis même 24^{ème} mois l'année dernière on en a pas saisi. Par contre les autres années on en saisit toujours un peu quand même mais l'année dernière, pour l'année 2014, c'est-à-dire que les enfants qui sont nés deux ans avant donc en 2012, ceux-ci n'ont pas été du tout saisis. »

« oui, donc là on a fait le choix de saisir les déclarations de grossesses. Parce qu'on en a besoin sur les secteurs, parce que ça déclenche des fois des visites à domicile. »

Ce n'est pas à priori une situation propre au département de Seine Maritime.

« C'est vrai qu'il y a certains départements qui font le choix d'en saisir que quelques mois, d'autres en saisissent un sur 10. Quelque part on n'a pas vraiment une vue d'ensemble. Moi je trouve que pour voir vraiment tout, il faut avoir tout saisi. Quand on était tous sous l'Etat, tout était saisi, donc il faudrait que tout soit saisi. Moi je milite pour ça. »

Elle nous explique que lors de la réception, les certificats de santé avec la mention « souhaite être contacté par le médecin de PMI » sont directement retransmis aux médecins de PMI des Centres médicaux sociaux.

« Mais on envoyait sur les secteurs ceux où il y a marqué : le médecin souhaite être contacté par le médecin de PMI. Bah c'était uniquement dans ce cas là, on retransmettait le certificat »

Les informations analysées par la statisticienne sont transmises :

- En intégralité au ministère de la Santé :

« Ah bah par contre le ministère lui il demande sur tout »

« Ils récupèrent tout, de tout ce qu'on a, sauf que cette année ils vont pas avoir les 2014 pour les 16-24. Mais sinon on envoie un fichier tous les ans. C'est un fichier, une ligne par enfant mais bon tout ce qui concerne l'enfant nom, prénom, date de naissance, tout ce qui permet de le retrouver est anonymisé »

- Une partie est utilisée pour des statistiques départementales :

« Je fais aussi des statistiques, c'est normal, pour le département de Seine Maritime. Pour aussi tous ceux qui sont sur les centres, on est aussi découpés en UTAS (unités territoriales d'action sociales)»

- Récupérées par les maternités pour leurs statistiques :

« Normalement, je fais aussi les statistiques pour les maternités. Et ça nous est arrivé qu'on leur retransmette leurs données »

- Récupérées par des organismes ou personnes qui en font la demande pour des études particulières.

« On peut très bien faire une étude, je vois on a fait une étude sur Le Havre pour la CODAH qui concernait le certificat de santé du 8^{ème} jour. Donc ça dépend ce qui nous est demandé. On peut très bien sur les vaccinations, l'IMC aussi »

« Oui l'allaitement ça m'est arrivé ou aussi la vaccination »

« Par rapport à la mort subite du nourrisson. Parce que nous on était quand même le département au niveau pourcentage où il y en avait le plus. Donc les études sont parties de chez nous de Seine Maritime. En relation avec des professeurs du CHU. A cette époque là, et même l'association naître et vivre en seine maritime est partie de chez nous. Donc on avait fait des études par rapport aux enfants qui naissaient et on envoyait aussi dans les centres pour voir s'ils étaient bien couchés sur le dos. Sur les mères mineures aussi on a fait des études. Mais sinon sur les certificats de santé par eux même non. C'est plus des choses qu'on nous a demandé »

- Et prochainement les médecins de PMI pourront avoir accès aux certificats de santé des enfants en version informatique à titre indicatif :

« Le secteur aura accès à tout, tout de suite. Le médecin, pour les certificats de santé, y aura accès. Le certificat sera envoyé en informatique au médecin. Donc il n'y aura que le médecin de PMI du secteur qui y verra le certificat de santé. Au moins il pourra voir et il dira bon bah il y a peut être quelque chose à faire »

Les certificats de santé les plus exploités pour l'instant semblent ceux du 8^{ème} jour.

« C'est plus souvent sur les 8èmes jours. Les autres ça peut nous arriver. Quand ça nous arrive c'est vrai que c'est souvent sur l'allaitement maternel. Mais sinon le plus c'est quand même les 8^{èmes} jours où on fait beaucoup de statistiques dessus. »

Elle nous informe aussi que les certificats des 9^{ème} et 24^{ème} mois sont souvent moins bien remplis que ceux du 8^{ème} jour. Parfois ils reçoivent des certificats sur lesquels une seule des deux parties administrative ou médicale est remplie et dans cas là ils ne peuvent pas les inclure dans les statistiques.

« C'est vrai que 9^{ème} mois et 24ème mois sont quand même moins bien remplis. Je reconnais il y a des médecins qui remplissent que le poids, la taille, le PC. Il y en a d'autres pour la vaccination, il faut déchiffrer parce que c'est pas évident. Mais non c'est vrai qu'ils sont un peu moins bien remplis »

« C'est quand même important qu'ils remplissent bien les certificats parce que des fois ils nous envoient aussi que la partie médicale, sans la partie administrative nous on peut rien en faire donc il faut que tout soit bien rempli. Quitte à ce qu'ils demandent aux parents qu'ils remplissent bien la partie administrative mais il nous faut vraiment les deux. Des fois on a que la partie administrative sans la partie médicale mais le médecin a signé...et puis s'ils peuvent écrire à peu près bien. »

Concernant le saturnisme elle nous confirme qu'il est important de rester vigilant car il a eu des cas de saturnisme découverts ces dernières années dans la région même si les statistiques sont à priori en baisse.

« Ah bah si si c'est à demander. Parce que nous en plus, on a eu des dossiers de Saturnisme parce qu'il y avait quand même encore des vieux immeubles dans Rouen. Il fallait voir. »

« là je pense qu'on en a de moins en moins »

Concernant la nécessité d'envoyer tous les certificats médicaux, Mme M est formelle, il est important de continuer cet effort car les moyens pourraient être mis en place prochainement pour mieux les analyser. De plus cette mission reste une obligation.

« C'est-à-dire que si tout était envoyé on aurait peut être un peu plus de personnel, ou peut-être qu'on trouverait aussi une autre manière »

« C'est important ! On espère bien qu'avec les nouveaux logiciels, si on pouvait avoir le transfert automatique de certaines données ça serait beaucoup mieux et mes collègues pourraient avoir plus de temps pour se mettre sur les 9 et 24^{ème} mois. Parce que c'est vrai que pour le moment on fait plus souvent l'impasse sur ceux là mais bon, pas l'impasse totale sauf cette année parce qu'on vient de changer de logiciel et qu'il faut qu'on s'y mette. C'est vrai que 24^{ème} mois on n'en a pas fait du tout et c'est vrai qu'il y a quand même l'IMC qui est en plus. Même si on nous dit que c'est une obligation mais bon. »

Concernant la remarque que certains médecins généralistes nous ont faite sur le manque de retour de résultats de ces enquêtes épidémiologiques et donc la baisse de motivation pour y répondre, Mme M nous explique :

« Alors c'est vrai que le dernier retour ça concerne l'année 2007. Il devait y avoir un retour pour l'année 2010 et puis il y a eu des changements. Il était prêt hein, j'avais un petit fascicule qui était prêt et puis il a jamais été envoyé. Dommage... »

« Mais il était prêt. C'est vrai qu'en plus on comparait avec la France. Il y a une étude périnatale qui est faite tous les 5 ans et ça coïncidait. C'était l'année où il y avait tout, donc on était tranquille. Là elle va avoir lieu de nouveau en 2016. »

« Quand c'est comme ça on envoie à tous les médecins généralistes ou pédiatres et aux gynécos »

« On met quelque chose en général : les naissances, les décès, après tout ce qui concerne le CS8 puis le CS9, le CS24 et une partie école maternelle. »

IV. Discussion

I. Discussion de la méthode

1. Le choix de la question principale

Le thème que nous avons choisi d'étudier : le suivi de l'enfant de 0 à 6 ans en médecine générale est un sujet très vaste. Il peut-être l'objet de nombreuses questions. Le choix de la question principale de notre étude devait permettre à la fois d'aborder un maximum des aspects du dépistage individuel de l'enfant, qui doit être abordé dans sa globalité à chaque consultation, mais aussi suffisamment restrictif afin de rentrer dans le cadre d'un travail de thèse.

Aborder cette question par le biais des certificats médicaux de l'enfant nous a paru un bon compromis car le certificat représentait une trame suffisamment claire et connue par les médecins généralistes mais aussi complète en ce qui concerne les différents aspects du dépistage de l'enfant.

Ce choix a probablement influencé les personnes interrogées et limité les informations qu'ils nous ont transmises concernant leurs connaissances et leurs pratiques du dépistage de l'enfant de 0 à 6 ans, en se cantonnant à la simple notion de rédaction du certificat de santé.

Nous avons en revanche pu étudier à la fois les aspects pratiques et méthodologiques des médecins généralistes concernant l'examen de suivi de l'enfant, mais aussi les aspects sociologiques, démographiques, économiques et de santé publique en recueillant les points de vue, les opinions et les ressentis des médecins.

2. L'échantillonnage de la population étudiée

La sélection des médecins généralistes de notre échantillon s'est faite sur des critères d'inclusion relativement larges et un seul critère d'exclusion (ne pas avoir de pratique exclusivement pédiatrique) afin d'avoir les données les plus diverses possibles pour enrichir notre enquête.

Bien que notre échantillon soit globalement représentatif de la population générale des médecins généralistes de Seine Maritime en termes de sexe, d'âge et de lieu d'installation, la sélection aléatoire par effet boule de neige et par les réseaux de connaissance des personnes interrogées entraîne un biais de sélection.

En effet nous pouvons imaginer que ces personnes qui se connaissent ont pu suivre les mêmes formations ou échanger ensemble leurs points de vue et leurs méthodes de travail.

De plus le frein lié aux déplacements de l'enquêteur pour réaliser les entretiens entraîne une sélection sur l'étendue du territoire étudié (uniquement en Seine Maritime alors qu'initialement le projet portait sur la région Haute Normandie) et n'est donc pas

nécessairement transposable à la population française, bien que les proportions d'installation urbain/rural soient équilibrées.

Les refus ou non réponses des médecins contactés par le biais des pages jaunes, davantage que par le biais des réseaux de médecin, entraîne aussi une sélection de l'échantillon qui est moins liée au hasard.

Enfin, nous pouvons supposer que les médecins qui ont accepté l'entretien étaient plus familiarisés ou plus sensibilisés au sujet étudié.

3. Le choix des entretiens semi-dirigés

Le fait d'avoir réalisé des entretiens semi-dirigés avec enregistrement entraîne des biais d'enquête. D'abord parce que nous ne sommes pas des professionnels de l'entretien sociologique et que notre façon d'aborder les questions, bien que nous ayons veillé à garder un ton le plus neutre possible, avec le minimum d'intervention, a pu influencer les personnes interrogées dans leurs réponses.

De plus si les questions étaient pour la plupart ouvertes, le thème abordé sous l'angle du certificat était pour certains médecins déjà un parti pris qui a pu les rendre méfiants dans la façon d'aborder les choses. Nous pouvons nous demander si certains médecins n'ont pas été tentés de modifier légèrement leur discours afin de rendre leurs opinions plus acceptables sur un plan social. Nous avons toutefois un panel d'opinions relativement variées concernant les certificats et l'organisation du suivi de l'enfant, ce qui nous laisse penser que nous avons limité ce biais.

Ensuite, nous pouvons imaginer que le fait que les entretiens soient enregistrés et retranscrits, soit un frein au libre discours du médecin interviewé. Pour limiter cela, nous avons veillé à laisser l'enregistreur se mettre en veille pour le faire oublier. De plus nous avons bien précisé au début de l'entretien le but de l'étude et le fait que les entretiens seraient anonymisés.

Enfin, le fait que les entretiens aient été enregistrés et retranscrits mots pour mots permet de limiter au maximum la perte d'information lors de l'analyse.

4. L'analyse thématique des informations

Nous avons réalisé une analyse thématique des informations retranscrites lors des entretiens.

Nous avons en revanche peu étudié les informations sur le plan syntaxique et lexical.

Nous n'avons volontairement pas analysé les informations non verbales ce qui réduit les informations réellement apportées par les entretiens.

Le travail d'analyse d'information a été fait manuellement sans logiciel de classement comme N'vivo ce qui a probablement limité l'analyse par exemple du vocabulaire utilisé. Nous nous sommes davantage étendus sur les opinions et les points de vues convergents ou divergents des différents médecins, plus sur le fond de leurs idées que sur la forme.

La grille d'analyse que nous avons choisie, par thème, en lien avec la consultation préventive de l'enfant, est un parti pris qui de la même manière nous a poussé à sélectionner les informations que nous avons choisi de mettre en avant, au détriment d'autres qui nous ont alors parues moins répondre à la question.

En revanche, nous avons fait en sorte que tous les points de vue exposés lors des entretiens dans les différents domaines soient retranscrits dans nos résultats.

J. Discussion des principaux résultats

Cette étude nous apporte des données inédites car si nous avons trouvé dans la littérature des études quantitatives concernant la prévention pédiatrique en médecine générale et concernant les certificats médicaux de l'enfant, nous avons trouvé peu d'études qui analysent le point de vue des médecins généralistes concernant leur mission de prévention et de suivi de l'enfant.

C'est cette approche sociologique, démographique et pratique, qui nous a intéressés et qui nous a permis de nous interroger sur l'efficacité de nos pratiques.

1. Perception des examens obligatoires de l'enfant avec certificat de santé par les médecins généralistes de Seine Maritime.

Nous avons vu dans l'introduction que les certificats de santé ont été mis en place pour remplir trois missions principales : garder un œil attentif sur le suivi individuel de l'enfant, collecter des données épidémiologiques et servir d'outil de communication entre les différents acteurs en santé de l'enfant.

Notre étude nous a permis d'obtenir le point de vue des médecins généralistes de Seine-Maritime sur ces trois axes.

Tous sont globalement d'accord avec le fait que les examens de l'enfant doivent être prévus de manière systématique et organisée. Ils notent l'intérêt d'un temps dédié à la prévention.

Cependant leurs opinions divergent concernant le bénéfice individuel des examens obligatoires avec certificats de santé. La moitié des médecins interrogés considèrent que l'existence ou non de ces examens obligatoires ne changent en rien leur façon de suivre un enfant. L'autre moitié trouve en revanche que ces examens ont un intérêt en matière de dépistage individuel de l'enfant. Dans ce sens, nous avons relevé à plusieurs reprises la notion de « contrainte nécessaire ». Ces médecins pensent en effet que ces examens seraient peut-être plus fréquemment oubliés s'ils n'avaient pas une dimension obligatoire. Ces oublis viendraient à la fois des parents peu éduqués à un suivi médical préventif pour leur enfant et donc parfois aussi moins attentifs à certains troubles, mais aussi des médecins, pris dans leur routine quotidienne et leur agenda surchargé, qui feraient passer la prévention au deuxième plan, car moins urgente.

Cet intérêt est aussi argumenté par les notions de « temps dédié à la prévention » en dehors des pathologies aiguës, d'« étapes fixées à des âges clefs » du développement comme référence pour les parents et les professionnels, d'« une aide à la consultation » qui laisse une « trace écrite » dans le dossier.

L'intérêt majeur rapporté reste avant tout la possibilité d'un dépistage précoce de certaines pathologies pour une prise en charge optimale.

Concernant l'intérêt épidémiologique, si tous les médecins l'ont évoqué rapidement durant les entretiens, cette notion semble floue et peu investie. En effet les termes utilisés par les médecins ne sont pas toujours adaptés : « intérêt statistique », « épidémiologique », « administratif ». S'ils admettent la dimension obligatoire de ce rendu statistique, ils doutent de son intérêt notamment parce qu'ils le jugent incomplet (par le peu d'envois ou par les certificats mal remplis) et désuet (remise en question du saturnisme). Toutefois, ils regrettent le manque de retour de ces enquêtes épidémiologiques.

Enfin, concernant la notion d' « outil de communication » entre les médecins remplissant le certificat et les services de PMI, les médecins sont unanimes. S'ils ont ponctuellement « demandé à être contacté par les services de PMI » grâce à la case du certificat, ils ne se sont jamais contentés de cette méthode qu'ils jugent inefficace. Ils ont toujours contacté leurs correspondants de façon directe.

Concernant le format des certificats médicaux, les médecins rencontrés n'ont pas relevé de difficulté pour les remplir, tous laissent les parents remplir la partie administrative et envoyer l'enveloppe T. Malgré le fait que nous leur ayons fait remarquer que l'envoi devait être effectué par le médecin qui remplit le certificat, ils ne sont pas prêts à modifier leurs habitudes.

A plusieurs reprises les médecins se sont plaints de la multiplication des documents à remplir : carnet de santé, certificat, dossier papier. Un des médecins évoque la possibilité d'un certificat informatisé pour limiter les documents et faciliter l'envoi.

2. Organisation pratique du suivi des enfants par les médecins généralistes .

20 consultations de 0 à 6 ans, prises en charges à 100%, avec des objectifs bien définis sont recommandées. En pratique, qu'en est-il de leur réalisation ?

Nous retrouvons dans l'organisation des médecins généralistes des différences mais aussi des points communs.

Les principaux points communs sont les suivants :

-les médecins qui suivent habituellement les enfants les voient souvent de façon rapprochée le premier mois, à la sortie de la maternité afin de surveiller le poids et de donner des conseils alimentaires.

-les premiers mois font souvent l'objet d'une surveillance mensuelle que l'on peut décrire comme régulière jusqu'au 6 mois de l'enfant.

-les consultations de prévention ont tendance à s'espacer ensuite surtout après la première année.

-les vaccins font l'objet la plupart du temps de consultations programmées, inscrites dans un calendrier intégré par tous les médecins. On note d'ailleurs que beaucoup de médecins programment une consultation non recommandée dans le schéma de suivi, à 11 mois, pour réaliser les vaccins recommandés par le calendrier vaccinal actuel.

En revanche :

-les examens réalisés ne sont souvent ni homogènes ni reproductibles en fonction des médecins et des patients.

-un seul des médecins réalise des examens du 8^{ème} jour avec certificat

-la moitié des médecins rencontrés dédie des consultations, aux examens avec certificats médicaux des 9^{ème} et 24^{ème} mois. Celles-ci sont programmées à l'avance avec les parents, l'autre moitié remplit le certificat au détour d'une consultation non planifiée.

-certains médecins ont plus de difficultés à convoquer les enfants d'une fois sur l'autre de manière programmée et ont davantage tendance à laisser les parents prendre cette initiative.

-certains médecins disent avoir du mal à faire des consultations dédiées à la prévention hors pathologies aiguës, ce qui n'est pas relevé par tous

Une notion évoquée à multiples reprises nous semble importante à développer : la notion de temps. Sur cette notion, tous les médecins ne s'accordent pas.

En effet, certains regrettent le manque de temps pour réaliser des examens exhaustifs, ont du mal à y accorder plus d'un quart d'heure. Alors que d'autres ne relèvent pas cette notion de temps comme un frein au suivi des enfants.

Un article d'Août 2007 (36) sur le type de consultations et visites pédiatriques en médecine générale nous donne quelques pistes de réflexion en lien avec notre étude :

-88% des enfants qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier

C'est en effet ce que nous ont laissé entendre la majorité des médecins rencontrés. Ils nous ont bien expliqué favoriser les consultations avec les enfants qu'ils connaissent et suivent depuis la naissance, leurs principaux arguments étant l'établissement d'une confiance mutuelle entre le médecin, l'enfant et ses parents, une facilité pour l'examen clinique, un meilleur intérêt personnel au niveau relationnel et un diagnostic clinique facilité.

- ces consultations sont en moyenne plus courtes que celle des adultes : en moyenne, les consultations de l'enfant de moins de 16 ans durent moins de 14 min soit 2 min de moins que pour un adulte. Et plus d'un tiers ne durent pas plus de 10 min.

Ce sont en effet des chiffres qui sont étonnants au vu des résultats de notre étude.

En effet, si le ressenti des médecins généralistes concernant le suivi de l'enfant va dans le sens d'un manque de temps, de consultations très chronophages, de parents lents, ces résultats montrent bien que leur ressenti ne correspond pas forcément à la réalité.

Nous pouvons cependant nuancer notre analyse dans la mesure où les 14 minutes sont une moyenne pour toutes les consultations confondues (pathologies aiguës et prévention).

Nous pouvons nous demander si les consultations dédiées à la prévention sont plus longues que celles pour une pathologie aiguë.

Ce qui nous interpelle cependant, c'est que de nombreux généralistes nous ont confirmé qu'au cours d'une même consultation, ils pouvaient traiter à la fois un motif aigu et un motif de

prévention. La moyenne de 14 minutes peut alors paraître très courte, au vu de la quantité de choses à rechercher au cours d'un examen pédiatrique.

De plus nous pouvons nous interroger alors sur le bien fondé de la majoration forfaitaire de 3 à 5 euros pour les consultations pédiatriques qui a été mise en place pour permettre au médecins d'accorder plus de temps à ces examens. Elle n'est pas utilisée par tous les médecins rencontrés et ce ne sont pas forcément les médecins qui dédient une consultation à la prévention qui l'utilisent. Les médecins qui n'utilisent pas le forfait le font par habitude ou pour ne pas alourdir les frais de consultation de familles qui consultent déjà régulièrement. Quand à l'utilisation du tiers payant, pour ces consultations prises en charge à 100%, il n'est pratiqué que dans certains cas ponctuels (tests spécifiques, famille jugée démunie). Un des médecins juge que cette manœuvre complique sa comptabilité et que l'avance de frais ne facilite pas la venue des parents à ces consultations programmées.

-la prévention et le dépistage ne représentent que 1 consultation sur 8 et concernent moins souvent les enfants de milieu défavorisé, et sont en majorité des séances courtes.

Ces affirmations confirment que toutes les consultations de prévention prévues par le cadre législatif ne sont pas réalisées.

En effet nous avons vu au cours de notre étude que les médecins ne réalisaient en pratique pas l'ensemble des 20 consultations recommandées pour le suivi de l'enfant. Certains n'en connaissaient d'ailleurs pas l'existence.

De plus le fait que les enfants de milieux défavorisés bénéficient moins des consultations de prévention confirme probablement une des hypothèses de notre étude : les médecins généralistes ont parfois des difficultés à re-convoquer les enfants pour des consultations de suivi organisé et laissent les parents en prendre l'initiative. Or ce sont souvent les parents les plus informés et sensibilisés aux différentes pathologies qui consultent par eux-mêmes pour une simple consultation de suivi. Les enfants les plus vulnérables ne sont alors pas ceux pour lesquels le suivi est le plus régulier.

Une étude de 2015 sur les disparités sociales des enfants de grande section de maternelle doit nous alerter (37) :

« Les inégalités sociales sont visibles dès le plus jeune âge sur la santé des enfants. Les enfants de cadres ont en effet de meilleurs indicateurs de santé que les enfants d'ouvriers. Cela est notamment flagrant concernant les chiffres de l'obésité et de la santé dentaire. On observe des dents cariées chez 8 % des enfants de cadre contre 30% des enfants d'ouvriers en grande section de maternelle.

Les enfants d'ouvriers boivent plus de boissons sucrées, se brossent moins les dents et passent plus de temps devant la télé. »

Ces chiffres doivent nous faire prendre conscience que nous avons en tant que médecin généraliste probablement un rôle de prévention, d'éducation et de sensibilisation à la santé plus important encore avec les familles que nous connaissons qui appartiennent aux catégories socioprofessionnelles défavorisées et pour lesquelles nous sommes souvent l'unique premier recours. Nous devons être encore plus vigilants au parcours de soin de ces enfants.

- les médecins généralistes ne suivent que 10% des enfants atteints de maladies chroniques contre beaucoup plus chez les adultes.

Lors de nos entretiens, les médecins nous ont en effet confirmé être moins à l'aise avec les pathologies rares ou chroniques de l'enfant. Dans ces situations, les généralistes passent souvent la main aux spécialistes et voient ces enfants de manière très ponctuelle pour des évènements intercurrents.

En effet, nous pouvons remarquer que bien souvent les médecins généralistes ne se sentent pas assez formés pour le suivi des enfants atteints de maladie chronique comme cela peut être le cas pour les enfants autistes.

Les médecins ont du mal à intégrer le diagnostic mais aussi à conseiller les familles sur un réseau de soins et à les soutenir dans leurs démarches.

L'étude que nous avons évoquée plus haut sur le témoignage des parents d'enfants autistes sur le parcours de leur enfant résonne bien avec cette notion. Peu de médecins nous ont d'ailleurs évoqué la recherche de ces diagnostics. Enfin, les médecins que nous avons rencontrés n'appartiennent pour la plupart pas à des réseaux pédiatriques spécifiques. Probablement que cela leur permettrait de lier contact avec des spécialistes afin d'étendre leurs réseaux de prise en charge, et leur permettrait de se former dans des domaines spécifiques souvent absents de la formation initiale des généralistes (dépistage des troubles du développement, accompagnement des familles...).

-Les enfants sont plus souvent pris en charge par les jeunes femmes dans le cadre d'un suivi régulier.

Là encore, c'est une notion qui nous a interpellés durant notre étude.

Elle est difficile à mesurer et tient plus de l'impression ressentie par l'examineur durant les entretiens.

Nous avons en effet eu l'impression que les femmes rencontrées étaient plus loquaces et plus à l'aise sur ce sujet que la majorité des hommes.

Elles ont la plupart du temps davantage planifié le suivi des enfants qui leur est confié. Elles passent aussi davantage de temps à donner des conseils de prévention, de puériculture.

C'est probablement parce que traditionnellement ce sont les femmes qui sont davantage compétentes dans ce domaine et donc que les parents sont aussi plus demandeurs en ce sens.

De plus certaines femmes rencontrées ont parfois volontairement ou non orienté leur pratique vers la gynécologie et donc naturellement vers la pédiatrie. Cela est important dans la mesure où il y a une continuité des soins entre la grossesse et le suivi de l'enfant. Le contexte est mieux connu, le médecin a pu établir une relation de confiance, commencé à parler de l'allaitement, des vaccinations...

Le pourcentage d'enfants suivis par les femmes est plus important que par les hommes.

-1/3 ne donne pas lieu à une prescription médicale.

Ce qui prouve le rôle essentiel du médecin généraliste en matière de prévention et d'éducation. Les parents viennent donc dans 1/3 des cas simplement pour avoir un conseil, une orientation, être rassurés sur l'état de santé de leur enfant.

-un enfant sur deux pour une consultation de prévention a moins de 4 ans.

Là encore cette donnée confirme les dires des généralistes que nous avons rencontrés qui voient davantage les petits pour des consultations de prévention que les plus grands.

Il serait intéressant de savoir quel est le pourcentage d'enfants de moins de 1 an étant donné que c'est l'âge que les généralistes nous ont souvent donné comme limite au suivi régulier et organisé. C'est intéressant dans la mesure où nous avons vu précédemment que beaucoup de diagnostics de troubles du développement, neurosensoriels ou de l'obésité se faisaient après cet âge clef.

3. Difficultés des médecins généralistes

Concernant les difficultés pratiques des examens de l'enfant, nous en avons relevés deux principales :

Le saturnisme qui pose beaucoup de problèmes aux médecins généralistes. Ils nous ont confié la plupart du temps ne pas savoir répondre à la question sur le risque de saturnisme, l'oublier volontairement ou la trouver désuète.

Nous allons donc tenter d'apporter des clarifications sur la prévalence actuelle de cette maladie et sur la démarche à adopter en pratique courante.

Selon une étude de l'InVS sur le saturnisme chez l'enfant en France entre 2008-2011(38) , nous pouvons observer une diminution du nombre de plombémie de 14% chaque année en France. Les principaux prescripteurs de plombémie sont les médecins généralistes et les médecins de PMI. Et nous observons une répartition hétérogène du nombre de plombémies prescrites en fonction des régions.

Le dépistage est majoritairement orienté sur le risque lié à l'habitat antérieur à 1949, dégradé ou lié à la présence de peinture au plomb.

La pollution industrielle ou sur le lieu de travail des parents sont des critères très peu utilisés alors qu'ils ont été des facteurs responsables fréquents dans certaines régions.

Entre 2008 et 2011 ont été recensés entre 200 et 300 cas par an de saturnisme chez l'enfant.

Cette diminution est en grande partie attribuable à l'efficacité des mesures environnementales.

En conclusion la vigilance doit toujours être de mise même si ces cas restent isolés. Les symptômes étant peu spécifiques, le dépistage doit s'appuyer sur la recherche de facteurs de risque notamment, l'habitat ancien ou délabré et cette évaluation trouve sa place lors des examens des 9ème et 24ème mois.

Le dépistage des troubles neuro-sensoriels est la deuxième difficulté de ces examens.

Nous avons vu lors des entretiens avec les médecins généralistes que ceux-ci n'étaient globalement pas très à l'aise avec les dépistages visuels et auditifs pour différentes raisons : manque de matériel, de formation, de temps et d'intérêt des tests de débrouillage pouvant être faits au cabinet. Aucun des médecins ne nous a dit rechercher les risques de surdité ou de trouble de la vue.

Une étude suisse, à Genève de 2015(39) , étudie l'intérêt du dépistage systématique de la surdité à l'école pour les enfants de 4-5ans 5-6ans et 10-11 ans.

En effet comme dans la majorité des maternités françaises, les enfants sont dépistés de façon systématique à la maternité.

Cette étude montre que ce dépistage scolaire permet de rattraper un certain nombre de cas de surdité plus ou moins profonde, dont les examens de dépistage étaient normaux à la naissance et dont les symptômes étaient passés inaperçus.

Ces examens sont réalisés grâce à des audiomètres difficilement accessibles à un médecin généraliste seul. Dans notre panel interrogé, seul un des médecins en possédait un. La plupart des médecins nous ont confié manquer de matériel adéquat. Ils adressent très souvent rapidement à l'ophtalmologue et à l'ORL.

Nous pouvons grâce à cette étude nous interroger sur la façon dont nous pourrions rendre les dépistages tardifs des surdités de l'enfant et des troubles des visions plus systématiques.

Peut-être serait-il intéressant d'envisager, dans le cadre d'installation en maison de santé, l'achat de matériel plus coûteux en commun.

En France, un dépistage obligatoire est organisé respectivement à 4 et 6 ans par les conseils généraux et l'Education Nationale mais la quantité de missions qui leur est confiée et le manque de personnel de médecine scolaire et de protection maternelle et infantile font que « le taux de couverture de ce dépistage n'est ni exhaustif ni généralisé à tous les enfants de la tranche d'âge. C'est donc probablement en renforçant l'implication des médecins généralistes et de pédiatres libéraux que l'on pourra espérer améliorer les taux de couverture et la précocité de ce repérage. »

C'est le postulat d'une étude qui a été présentée en conférence de presse en Janvier 2012 (40) menée par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) et l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France et de Rhône Alpes.

Celle-ci nous offre une ouverture à notre réflexion en proposant un protocole de consultation standardisée avec mallette de matériel adapté, permettant de réaliser en cabinet de ville, une consultation de dépistage de l'enfant de 4 ans, 5 ans et 6 ans.

L'étude consistait, après validation d'une mallette avec des outils de dépistage, un guide méthodologique et des fiches de recueils, à vérifier la faisabilité de ces consultations standardisées portant sur le repérage des troubles des apprentissages, sensoriels et psychoaffectifs, en cabinet de médecine libérale, pour une prise en charge précoce.

Il s'agissait de plus de tester l'usage de la mallette et le niveau d'acceptabilité de la méthode par le médecin et le patient.

Les résultats sont très intéressants dans la mesure où ils proposent des pistes concrètes permettant d'améliorer nos consultations de prévention et de dépistage chez l'enfant en médecine libérale.

En effet, l'utilisation du protocole de consultation standardisé et de la mallette est un succès auprès des médecins qui ont participé à l'étude :

« -78% ont indiqué que la démarche leur a permis de relever des troubles qu'ils n'auraient pas repérés sans cela.

-96% des médecins ont trouvé faisables et informatives ce type de consultation

-la mallette a été jugée globalement adaptée à 84%

- les consultations de prévention ont duré en moyenne 54.47 min avec pour conséquence que 67% des médecins ont eu des difficultés pour intégrer la consultation dans leur planning
- les parents ont perçu la consultation comme intéressante (90%) et comme un moment privilégié d'échange avec le médecin »

Les pistes d'améliorations et les propositions faites à l'issue de cette étude sont : une rémunération adaptée avec proposition d'un forfait santé publique de consultation à des âges clefs, une démarche de formation indispensable pour s'approprier les différents outils et une liaison renforcée avec les médecins de Pmi et de l'Education Nationale.

V. Conclusion

Les certificats de santé de l'enfant sont un bon outil mais qu'il faudrait revaloriser.

D'un point de vue épidémiologique, les certificats de santé sont des outils performants. Cependant, ils sont partiellement désinvestis par les professionnels de santé, probablement par manque de retour d'informations, mais aussi par les instances départementales et régionales par manque de moyens qui leur sont dédiés. Le traitement des données qu'ils pourraient fournir est incomplet.

Bien que ce ne soit pas leur rôle premier, à l'échelle du dépistage individuel de l'enfant, ils sont des outils intéressants dans la mesure où ils représentent un temps dédié à la prévention et au dépistage.

Ils constituent une trame essentielle à l'examen de l'enfant de 9 et 24 mois. En revanche, nous avons constaté qu'ils sont parfois remplis de manière automatique par les professionnels de santé.

Dans l'intérêt d'une consultation pédiatrique dédiée à la prévention et afin d'améliorer le dépistage précoce en médecine de ville, nous proposons des pistes pour repenser cette consultation.

Une meilleure information des médecins sur les techniques et les outils de dépistage, notamment concernant les troubles du développement, des troubles des apprentissages ou de l'examen neurosensoriel renforcerait l'intérêt de ces examens. L'idée d'une consultation standardisée avec une mallette d'outils, d'une formation, pour une homogénéisation des pratiques et d'une rémunération permettant d'y consacrer le temps nécessaire sont des idées qui méritent à notre sens d'être davantage explorées et qui répondraient aux attentes et aux difficultés exposées par les médecins que nous avons rencontrés.

Un autre point est à prendre en compte : une fois les diagnostics évoqués, les différentes études y compris la nôtre, indiquent que les médecins généralistes se retrouvent souvent confrontés à un écueil concernant l'orientation des enfants vers les spécialistes adaptés ou les réseaux de prise en charge.

Une meilleure inclusion au sein de réseaux, avec une redéfinition de leur rôle de coordination entre spécialistes, parents et jeunes patients, valoriserait leur travail et renforcerait leur implication et leurs connaissances dans ces diagnostics.

Enfin, il faudra probablement davantage encore informer les parents sur l'importance de ces rendez-vous consacrés aux examens de prévention de leurs enfants, en particulier dans les populations les plus vulnérables et les moins observantes.

VI. Bibliographie

1. C Franc, M Le Vaillant, S Rosman, N Pelletier-Fleury. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et des visites. DRESS; 2007 août.
2. Francis Rubel. La Lettre du Président. Etat des lieux de la pédiatrie. [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sn timer.fr/fr/la-lettre-du-president/la-lettre-du-president.html>
3. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinés aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Septembre 2005 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28__15_55_46_52.pdf
4. Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Suivi médical des enfants de la naissance à six ans, mythe ou réalité. [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/mip/groupe_27.pdf
5. Réglementation et organisation des examens de santé et dépistages [Internet]. [cité 22 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/90/?sequence=12>
6. Journal Officiel de la République Française. Loi n°70-633 du 15 juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19700717&numTexte=&pageDebut=06657&pageFin=
7. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004 p. légifrance.
8. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale | Legifrance [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=id>
9. Code de la santé publique - Article L1411-6 | Legifrance [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686921&dateTexte=&categorieLien=cid>
10. Ministère de la santé et de la protection sociale. Circulaire n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent. [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

11. Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal | Legifrance [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000540419>
12. INPES. Grossesse et accueil de l'enfant - Guide pour le professionnel de santé. 2010 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-1.pdf>
13. HAS. synthèse de la recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement. Mars 2014 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
14. O Kremp, M Roussey. Les modifications du carnet et des certificats de santé de l'enfant. [Internet]. les JTA. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1123
15. Le suivi des enfants de 0 à 2 ans | PEDIADOC [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://pediadoc.fr/>
16. M. Bismuth. L'enfant dans « Rôle du Médecin Généraliste en matière de Prévention individuelle et collective » [Internet]. Disponible sur: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/POLYCOPIE%20Role%20MG%20Prevention%202009.pdf>
17. Saturnisme. Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant ? Historique des recommandations en France [Internet]. [cité 22 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/106/?sequence=13>
18. HCSP. Détermination de nouveaux objectifs de gestion des expositions au plomb [Internet]. [cité 22 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=444>
19. Les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant. Guide à l'usage des professionnels de santé. [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-6.pdf>
20. Code de l'éducation - Article L541-1 | Legifrance [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006525143&cidTexte=LEGITEXT000006071191>
21. Examen de 6 ans : état des lieux et perspectives [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/90/?sequence=18>
22. F. Livinec et al. Dépistage des déficiences de l'enfant en médecine générale. mai 2004;
23. F Rubel. La Lettre aux Pédiatres 139 Avril - mai - juin 2011 Démographie, revenus et activités des Pédiatres libéraux en 2011 [Internet]. [cité 22 oct 2015]. Disponible sur: http://www.snpf.fr/files_upload/documentation/201112042309180.SNPFDemgraphieactivit%C3%A9etrevenusdespediatresen2011.pdf

24. MC. Bournot, MC. Goupil, F. Tuffreau. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. DRESS. Etudes et Résultats. août 2008;(649). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf>
25. N. Guignon, G. Badéyan. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. DRESS. Etudes et Résultats. janv 2002;(155). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er155.pdf>
26. HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Septembre 2011 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf
27. MF.Rolland-Cachera. Lait maternel et alimentation jusqu'à 2 ans: un moyen de prévenir le risque d'obésité de l'enfant [Internet]. [cité 22 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/lait-maternel-et-alimentation-jusqu-a-2-ans-un-moyen-de-prevenir-le-risque-d-obesite-de-l-enfant>
28. L Niesten, G Bruwie. Recommandations de bonne pratique. L'obésité chez l'enfant. Société Scientifique de médecine générale. Janvier 2007 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/rbp_obesiteenfant.pdf
29. Développement psychomoteur. Collège National des pédiatres universitaires. [Internet]. 2014 [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/developpement_psychomoteur/site/html/2.html
30. Société Française de Pédiatrie et Direction générale de la santé. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique. Mars 2007 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/evolution_guide_pratique.pdf
31. C. Huron, J. Ziegler. Troubles des apprentissages : les troubles « dys ». INSERM. Octobre 2014 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-des-apprentissages-les-troubles-dys>
32. HAS. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Décembre 2014 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_synthese.pdf
33. A Gaillard, R Charles, YC Blanchon, V Rousselon. Le médecin généraliste et les « patients experts » : le cas de l'autisme. Médecine. 1 oct 2013;9(8):375-9.
34. Société Française de Pédiatrie et Direction générale de la santé. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant. Guide pratique. Juin 2009 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_de_l_audition_chez_l_enfant.pdf

35. Société Française de Pédiatrie et Direction générale de la santé. Dépistage des troubles visuels chez l'enfant. Guide pratique. Juin 2009 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf
36. C. Franc, M Le Vaillant, S Rosman, N Pelletier-Fleury. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DRESS. Etudes et Résultats. Aout 2007 [Internet]. Report No.: 588. Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>
37. O. Chardon, N. Guignon, T. de Saint Pol. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. DRESS. Etudes et Résultats. juin 2015 [Internet]. Report No.: 920. Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>
38. C. Lecoffre, E. Ménard. Saturnisme chez l'enfant, France, 2008-2011. Synthèses. INVS. [Internet]. 2014 [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2014/Saturnisme-chez-l-enfant-France-2008-2011>
39. MH Cao-Nguyenet, JP Guyot, S Boucherie, L Pichon. Bénéfice d'un dépistage systématique de la surdité chez l'enfant en âge scolaire. Rev Med Suisse. 2013;400:1780-4.
40. B Silberman, D Girardon, P Popowski, JP Blanc, J Stagnara, R Mouriès. Repérage des troubles des apprentissages et troubles psychoaffectifs des enfants de 4 à 6 ans. Résultats et perspectives d'un examen standardisé aux âges clés de 4, 5 et 6 ans au cabinet du médecin chez les médecins généralistes et les pédiatres. Dossier de presse. Janvier 2012 [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/120112_DP_MOD_4_5_6.pdf

VII. Annexes

Annexe 1 : L'examen complet de l'enfant

1er mois :

L'examen devra dans un premier temps **étudier l'environnement de l'enfant** :

- Attachement des parents à l'enfant, précarité, capacité à rassurer l'enfant, possibilité de subvenir à ses besoins
- Recherche d'une pathologie psychiatrique du post-partum chez la mère : baby blues à accompagner
- Rechercher les facteurs de risques qui pourraient mener à de la maltraitance
- interroger sur les vaccinations notamment contre la coqueluche des adultes qui entourent l'enfant

Puis faire le point sur **les antécédents familiaux, le déroulement de l'accouchement, les complications périnatales**, les premiers jours de vie de l'enfant.

Vérifier la réalisation de la dernière sérologie toxoplasmose de la mère.

- Mesurer le poids, la taille, le périmètre crânien et **tracer les courbes**.
- Examiner la **fontanelle** antérieure (ouverte et plate).
- Vérifier la cicatrisation de l'**ombilic**.
- Examiner **les hanches** et s'interroger sur les antécédents familiaux au premier degré, naissance en siège, attitudes de contraintes (torticolis, plagiocéphalie...)

Une échographie de hanche sera prescrite avant la 6ème semaine de vie si :

-présence d'un facteur de risque précédemment cités : présentation du siège, antécédents familiaux directs confirmés, anomalies orthopédiques associées (torticolis, genu recurvatum, déformations des pieds) ou si il existe une anomalie de l'examen clinique.

- Examen **cardiovasculaire, respiratoire**
- Examen du **Tonus** : soulève la tête en vacillant en décubitus ventral, motricité symétrique des 4 membres
- Recherche des **réflexes archaïques** (succion, grasping, Moro...)
- Langage** : vocalise
- Examen des **yeux** : transparence des cornées, symétrie des globes oculaires, réaction aux stimuli lumineux, recherche réflexe photo-moteur, leur pupillaire.
- Fixation d'un objet, recherche de contact visuel avec sa mère
- Prévention** : de l'hypothermie, de la déshydratation, du syndrome des bébés secoués, de la mort subite du nourrisson.
- Conseils en allaitement** maternel ou artificiel.
- Prescription des vitamines K** : 3 prises en 15 jours (prescription à la maternité si allaitement exclusif) et Vitamine D. (Allaitement maternel : 1000-1200 UI par jour, allaitement artificiel : 600-800 UI par jour).

2ème mois :

Renouveler l'interrogatoire et l'examen complet comme au 1er mois en étant attentif au développement :

-**Motricité** : Bouge vigoureusement les 4 membres de manière symétrique à 2 mois, se retourne côté-dos, sur le ventre soulève la tête et les épaules

-**Préhension** : suit un objet du regard

-**Langage** : Vocalise, émet une réponse vocale à une sollicitation.

-**Sociabilité** : Sourire - réponse entre 1 et 2 mois.

-**Recherche de trouble de l'audition et de la vision**

-**Vaccinations** :

Recommandées dès 2 mois dans la face antérolatérale de la cuisse.

-Diphthérie Tétanos Poliomyélite dès 2 mois

Hépatite B, Coqueluche, Haemophilus, Influenza b, recommandés (existent en vaccin héxavalant)

-Pneumocoque conjugué 13

-**Alimentation** : allaitement exclusif (maternel à la demande ou artificiel de préparation pour nourrisson.)

3ème mois :

Refaire l'examen complet idem qu'à 2 mois avec attention particulière sur :

Développement :

-L'enfant doit savoir tenir sa tête, et commence à se retourner ventre-dos

-Préhension involontaire au contact

-Vocalise

-Sourire réponse et début du sourire sélectif

-Joue avec ses mains

-Ses deux yeux et la tête se dirigent de manière coordonnée vers un objet.

4 mois :

-Examen général

-Fontanelle (se ferme entre 4 et 26 mois)

-Examen cardiovasculaire et respiratoire

-**Tonus et motricité** : Bouge vigoureusement les 4 membres de manière symétrique

-Maintenu assis tient sa tête droite, sur le ventre soulève la tête et les épaules et s'appuie sur les avant-bras

-**Vaccins recommandés au 4ème mois :**

DTPCaHbHiB + pneumocoque

-Parler de **la diversification alimentaire** : à débiter vers 4 mois ½ avec introduction très progressive des légumes et fruits sur le premier mois en gardant une alimentation majoritairement à base de lait.

5 mois :

- Examen général : fontanelle, examen cardiovasculaire et respiratoire
- Tonus** : retard si pas de tenue de la tête
- **doublement du poids de naissance à 5 mois.**

Examen clinique complet

- Palpation des testicules** : un testicule non descendu ne migrera pas spontanément à surveiller et adresser à un spécialiste
- Apparition des premières dents** incisives centrales en premier
- Tient assis avec soutien**

Retard si persistance des réflexes archaïques avec disparition en dernier du grasping du pied.

- Porte à la bouche, passe un cube d'une main à l'autre.
- Babille** (consonnes), imite l'intonation
- Reconnait les visages familiers, sourit au miroir, demande les bras.

- Introduction du gluten** sous forme de céréales à 6 mois.
- Passage aux préparations de suite quand un repas diversifié complet par jour
- 4 repas par jour au-delà de 6 mois
- Lait ou produit laitier au moins 3 des 4 repas par jour
- Aliment œuf-viande-poisson à un seul des 4 repas par jour

9ème mois :

Examen général avec rédaction **du certificat du 9ème mois** avec évaluation du développement :

- Faire le point sur les antécédents des premiers mois de vie

Examen somatique complet :

- Cutané** : évolution des angiomes, eczéma
- Orl** : tympan (recherche d'otite séro-muqueuse)
- 4 incisives médianes, latérales en cours d'éruption
- Cardio : souffle cardiaque
- Respiratoire**
- Abdominal**
- OGE** : chirurgie vers 9-12 mois si cryptorchidie

-Motricité :

Rampe, tient assis sans appui, marche à 4 pattes à 8-9 mois.

Tient debout avec appui à 9-10 mois.

Retard si ne tient pas assis à 10 mois.

Signe du parachute : l'enfant en position assise étend le bras pour parer à la chute s'il est poussé latéralement par l'observateur.

Signe du plongeon : l'enfant tenu en l'air par le tronc, projeté brusquement en avant vers le plan d'examen par l'observateur, répond par un mouvement de défense associant extension des membres supérieurs et ouverture des mains pour parer à la chute.

-Préhension :

Pince inférieure (pouce-auriculaire) à 8 mois

Pince supérieure (opposition pouce-index) entre 9 et 12 mois

-Langage :

Mots monosyllabiques

-Sociabilité :

Répond à son prénom à 7-8 mois.

Peur de l'étranger, détresse au départ de la mère.

Fait les marionnettes, bravo et au revoir.

Va chercher un objet caché à 10 mois.

-Jeux, graphismes :

Retard si ne joue pas à regarder ses mains.

-Réévaluation de la vision : poursuite oculaire, lueur pupillaire, examen des globes, des cornées des paupières, réflexe photomoteur.

-Réévaluation de l'audition : réponse orientée du regard à la voix à un bruit

-Evaluation staturo-pondérale avec les courbes

-Prévention bucco-dentaire :

-Evaluer le risque carieux, inciter les parents à se faire suivre,

-Pas de biberon autre que d'eau si soif

-Pas de prise sucrée pour calmer les pleurs surtout le soir et la nuit

-Ne pas sucer la cuillère ou la sucette du bébé

-Prévention des accidents domestiques : à poursuivre à chaque examen et rappel surtout à l'âge de l'acquisition de la marche :

-Des chutes : ne jamais poser un nourrisson sur un élément en hauteur sans surveillance

-Etouffement : ne jamais laisser à portée de l'enfant des petits objets, des petits aliments (cacahuètes) ou sacs plastiques), dans le lit : coucher le nourrisson sur le dos, sans couverture, sans oreiller, sans peluche

-Noyade : ne jamais laisser un nourrisson ou jeune enfant seul dans le bain, attention aux sièges de bain qui rassurent faussement.

-Bébé secoué : ne jamais secouer un nourrisson sous peine de lésion irréversible par hémorragie intra crânienne

-Brûlures : vérifier la température de l'eau du bain, des aliments, ne pas laisser de bougies allumées à côté du nourrisson.

-Electrocution : mettre des dispositifs de sécurité sur les prises, vérifier les installations douteuses

- Intoxication : ne pas laisser de produit dangereux (ménager) ou de médicament à proximité des nourrissons
- Ingestion de corps étranger (danger si pile bouton ou aimant : risque de perforation intestinale)
- Etranglement, pendaison accidentelle : prévention contre les colliers de dentition, les stores avec des cordelettes.
- Mettre des bloque-portes pour éviter que l'enfant se coince les doigts, sécuriser les escaliers, les piscines, ne pas laisser seul un nourrisson avec un animal.
- En voiture toujours utiliser un siège homologué et prendre le temps d'attacher correctement l'enfant.

-Vaccinations :

Vérification du statut vaccinal

-Alimentation :

- Tient son biberon
- Une enquête alimentaire est à faire pour évaluer les apports et corriger d'éventuelles erreurs.
- Apport lait : maternel à la demande ou lait de suite 500ml/j minimum
- Poursuite de la diversification

11 mois :

Pas d'examen recommandé dans le schéma mais rappel vaccinal DTPCaHiHeb et Pn13

12mois :

Examen général :

Examen cardiovasculaire et respiratoire,

Tonus et motricité:

- Tient debout sans appui à 12 mois.
- Marche entre 12 et 18 mois.

Dents : apparition des premières molaires vers 12 mois (entre 10 et 16 mois), des canines vers 18 mois.

Préhension :

- Pince supérieure (pouce-index) à 9-12 mois.
- Lâcher volontaire, donne un objet sur ordre.

Langage :

- « Papa, maman », jargon de 3 à 5 mots compréhensibles par les parents.
- Comprend les ordres simples, réagit à son prénom

Retard si **ne trouve pas l'objet caché.**

Alimentation :

- Boit au verre.
- Mange avec ses doigts

Prévention bucco-dentaire

- Evaluer le risque carieux, inciter les parents à se faire suivre,
- Pas de grignotage solide ou liquide,
- Brosser les dents 2-3 fois par jour, dentifrice fluoré « moins de 2 ans »,

-Prendre le 1er RDV avec le dentiste.

Dépistage anomalies orthopédiques :

-Examen des pieds : plats (semelles à l'adolescence), creux (attention aux maladies neurologiques).

Vaccinations

Méningocoque C une dose unique à 12 mois.

ROR (Rougeole Oreillons Rubéole) une dose à 12 mois (rappel entre 16 et 18 mois).

Alimentation :

-Passage aux **préparations pour enfants en bas âge à partir de 1 an** (anciennement appelées « laits de croissance »), jusqu'à l'âge de 3 ans, leur prescription est conseillée car il existe un avantage théorique pour leur apport en fer. Cependant, si les parents passent au lait de vache (en particulier pour des raisons économiques), préférer le lait entier pour son apport en lipides.

16 mois :

Examen général

Développement psychomoteur :

-Marche entre 12 et 18 mois

-Montre du doigt ce qu'il veut à 15 mois

-Superpose 2 cubes

-Retard si jette tous les objets proposés à 15 mois.

Vitamine D :

A partir de 18 mois (et jusqu'à 5 ans) : supplémentation par ampoule de vitamine D : doses de charge sous forme d'ampoule de 100 000 UI deux fois dans l'hiver à 3 mois d'intervalle à boire.

Vaccination :

Rappel ROR entre 16 et 18 mois

20 mois :

-Nomme les 5 parties du corps à 18 mois.

Retard si ne distingue pas le contenu et le contenant à 18 mois.

-Accès à la notion de **symbolique**.

Sociabilité :

-Imite sa mère dans les tâches courantes à 18 mois.

-début propreté diurne à 18 mois.

24 mois :

Examen avec certificat médical obligatoire.

Faire le point sur les antécédents.

Examen somatique complet :

-Cutané

-ORL : tympan (recherche de signes d'otite séro-muqueuse), dentition (16 dents de lait présentes sur 20, apparition des deuxièmes molaires entre 20 et 30 mois).

-Cardiovasculaire.

-Respiratoire.

-Abdominal.

-Organes génitaux externes.

-Motricité

Court, monte les escaliers.

Retard si marche non acquise (avant 18 mois normalement)

-Préhension

Tourne les pages d'un livre.

-Langage

Obéit aux ordres simples, « oui, non ».

Vocabulaire de 50 mots, dit son prénom, associe 2 mots, « je, tu, moi ».

Reproduit son et rythme.

-Jeux, graphismes

Imite une ligne verticale.

Tour de 6 à 8 cubes.

-Évaluation staturo-pondérale et de corpulence : vérifier la cinétique des courbes qui doivent être régulières et sans cassure (brusque accélération ou ralentissement, changement de couloir) et l'absence **de rebond d'adiposité précoce sur la courbe d'IMC**.

-Réévaluer les troubles neurosensoriels : audition en lien avec le langage et vision.

-Vaccinations :

Vérification du statut vaccinal.

Alimentation :

Refaire une enquête alimentaire et corriger les erreurs.

Puis une consultation par semestre de 2 à 6 ans qui ne sera pas développée ici mais poursuite des examens systématiques avec développement des apprentissages en lien avec l'école.

Annexe 2 : L'indication du bilan orthophonique selon l'âge de l'enfant

Âge	Symptômes
De 3 à 4 ans	<p>Un bilan orthophonique doit être prescrit en cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'absence de langage compréhensible par les personnes non familières • d'absence de structure grammaticale (trois mots dont un verbe associé à 3 ans) • de troubles de la compréhension • de bégaiement.
De 4 à 5 ans	<p>Devant tout retard, le bilan orthophonique peut être indiqué pour faire une évaluation quantifiée des troubles de l'expression et des troubles de la compréhension.</p> <p>En cas de retard sur l'expression et en l'absence évidente de retard ou de trouble sur la compréhension, des conseils aux parents et une simple surveillance sont justifiés, avec un réexamen de l'enfant 3 à 6 mois plus tard.</p> <p>Le bilan orthophonique sera prescrit devant la persistance des troubles.</p>
À 5 ans	Le bilan orthophonique est justifié devant tout trouble du langage oral .
À 6 ans	Le médecin (traitant ou de santé scolaire) qui a dépisté, lors de l'examen systématique de la 6 ^e année, que l'enfant n'a pas les pré-requis à l'apprentissage, prescrit un examen d'aptitude à l'acquisition du langage écrit .
À 7 ans	Lors de la 2 ^e année d'apprentissage de la lecture et au-delà, le médecin doit prescrire un bilan orthophonique devant un retard ou des difficultés d'acquisition de lecture, et devant tout trouble du langage oral et de l'écriture.

7. Par arrêté en date du 8 juin 2006 est prévue, au titre des prestations de prévention, à compter du 1er juillet 2006, la prise en charge à 100% d'un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

Annexe 3 : CHAT, tableau de dépistage

Questionnaire pour les parents

1. Est-ce que votre enfant aime qu'on le balance ou qu'on le fasse rebondir sur les genoux ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2. Est-ce qu'il manifeste de l'intérêt pour les autres enfants ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3. Est-ce que votre enfant aime grimper sur les choses, comme par exemple les escaliers ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4. Est-ce que votre enfant aime jouer à faire coucou ou à cache-cache ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
5. Est-ce que votre enfant joue de temps en temps à « faire semblant » (par exemple : parler au téléphone, s'occuper de poupées ou d'autres choses) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6. Est-ce que votre enfant utilise parfois son index pour désigner ou demander quelque chose ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
7. Est-ce que votre enfant utilise parfois son index pour désigner ou indiquer son intérêt pour quelque chose ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
8. Est-ce que votre enfant joue de façon adéquate avec de petits jouets (ex. petites voitures, blocs...) sans limiter son comportement à les porter à sa bouche, chipoter avec ou les laisser tomber ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
9. Est-ce que votre enfant vous apporte régulièrement des objets pour vous montrer quelque chose ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Questionnaire pour les professionnels

i. Lors du rendez-vous, est-ce que l'enfant a établi un contact oculaire avec vous ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ii. Captez l'attention de l'enfant, ensuite pointez votre index vers un objet intéressant de l'autre côté de la pièce et dites : « Regarde là ! Il y a... (nommez l'objet). Observez l'enfant : est-ce qu'il regarde ce que vous avez indiqué ? *	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
iii. Captez l'attention de l'enfant, ensuite donnez-lui un jouet représentant une tasse de thé et une théière et demandez-lui s'il peut verser du thé dans la tasse. Est-ce que l'enfant fait semblant de verser le thé, de le boire,...? **	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
iv. Demandez à l'enfant : « Où est la lumière ? » ou « Montre-moi la lumière »***. Est-ce que l'enfant pointe son index vers la lumière ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
v. Est-ce que l'enfant est capable de construire une tour de blocs ? (Si oui, combien ?)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

* Pour répondre OUI, assurez-vous que l'enfant regarde l'objet et pas votre main.

** Vous pouvez bien entendu trouver un autre exemple de jeu de « faire semblant ».

*** Nommez un autre objet, si l'enfant ne comprend pas le mot lumière.

Comment interpréter le CHAT ?

5 items du CHAT s'avèrent critiques :

A5 : jeu de faire semblant.

A7 : pointage protodéclaratif (attirer l'attention de l'autre sur un objet par le pointage).

Bii : suivre le pointage - comportement d'attention conjointe.

Biii : jeu de faire semblant.

Biv : pointer en réponse à une demande - comportement d'attention conjointe.

Si l'enfant échoue ces 5 items, le risque de développer un syndrome autistique est très élevé.

Si l'enfant échoue les items A7 et Biv, le risque est moyen.

Annexe 4 : Certificats de santé de l'enfant

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 8 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE.
Article L 2132-3 du Code de la Santé Publique
Ne pas remplir les cases tranchées

cerfa
N°12596*02

Enfant Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____ jour _____ mois _____ an _____ Sexe: Fém. Masc. Commune _____
Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse complète) _____ N° FINESS _____ Commune _____
Code postal _____ Commune _____

Adresse du domicile:
M. Mme Mlle Nom _____
Prénom _____ Tél. _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____
Prénom _____ Date de naissance _____ jour _____ mois _____ an _____
Nombre d'enfants vivant au foyer avant la nouvelle naissance _____
Niveau d'études de la mère : 1 École primaire - 2 Secondaire - 3 Niveau bac - 4 Enseignement supérieur
(inscrivez 1, 2, 3 ou 4)

Profession : (inscrivez le numéro correspondant à votre réponse)
Mère 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire
Père 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé
 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier

Activité professionnelle : (pour la mère au cours de sa grossesse, pour le père au moment de la naissance)
Mère 1 Actif 5 Chômeur
Père 2 Retraité 6 Élève, étudiant ou en formation
 3 Au foyer 4 Congé parental 7 Autre inactif

Examen médical Examen effectué par: un omnipraticien un pédiatre un autre spécialiste
Médecin: cachet - téléphone _____
Conclusions, précisions et commentaires : _____
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non oui
Je demande une consultation médicale spécialisée non oui
Je souhaite être contacté par le médecin de PMI non oui
Je, soussigné(e) Dr : _____
_____ atteste avoir examiné l'enfant le _____ jour _____ mois _____ an _____
Nom et adresse du médecin qui suivra l'enfant : _____
Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Antécédents
Nombre d'enfants : _____
nés avant 37 semaines : _____
pesant moins de 2500 g : _____
mort-nés : _____
nés vivants puis décédés avant 28 jours : _____
Antécédents de césarienne : non oui

Grossesse
Gestité : _____
(nombre total grossesses y compris actuelle)
Parité : _____
(nombre total d'accouchements y compris actuel)
Date de la première consultation (déclaration de grossesse) :
1^{er} trimestre 2^e trimestre 3^e trimestre

Nombre total d'échographies : _____
Mesure de la clarté nucale : non oui
Échographie morphologique : non oui
Préparation à la naissance : non oui
Recherche antigène HBS : non oui
Si oui, résultat : positif négatif

Alcool consommé pendant grossesse (verres/semaine) : _____
Tabac consommé (cigarettes/jour) : _____
Pathologie en cours de grossesse : non oui
Si oui, Prééclampsie non oui
HTA traitée non oui
Diabète gestationnel non oui
Autre pathologie (préciser) : _____
Hospitalisation (y compris au domicile) en nb de jours _____
Motif de l'hospitalisation : HTA RCIU MAP

Autres motifs : _____
Transfert in utero : non oui

Accouchement
Nombre de fœtus : _____ si > 1, rang de naissance : _____
Age gestationnel : _____
(en semaines d'aménorrhée révolues)
Présentation : sommet siège autre
Début de travail : spontané déclenché césarienne avant travail
Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement : non oui

Analgésie : aucune péridurale générale
rachi-anesthésie autre
Naissance par : voie basse non instrumentale
extraction voie basse instrumentale
césarienne programmée césarienne en urgence
En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication ? Cause maternelle Cause fœtale

Etat de l'enfant à la naissance
Poids _____ grammes Taille _____ cm
Périmètre crânien _____ cm
Apgar à 1 min Apgar à 5 min
L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? non oui
précisez : _____
Transfert (ou mutation) non oui
Si oui : immédiat secondaire
Lieu de transfert (service et adresse) : _____

Pathologie de la première semaine

	Non	Oui
Cryogénéthérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie (de plus de 48 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgence chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres (préciser) : _____

Anomalies congénitales

	Non	Oui
Si oui préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome polymalformatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalies du tube neural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fente labio-palatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atrésie de l'œsophage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omphalocèle, gastroschisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduction de membres ou absence d'éléments osseux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Malformation rénale **Suspectée** **Certaine**
Hydrocéphalie
Malformation cardiaque
Trisomie 21

Autres (préciser) : _____

Autres informations

	Non	Oui
Allaitement au sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccination par le BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B: vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injection d'immunoglobulines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de l'audition pratiqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultat normal <input type="checkbox"/> à surveiller <input type="checkbox"/>		

Décès de l'enfant
Age au moment du décès en jours _____ ou heures _____
Cause du décès : _____

DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 9^e MOIS.
Article L 2132-3 du Code de la Santé Publique
Ne pas remplir les cases tranchées



N°12597*03

Enfant Nom _____
Prénom _____
Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____ Sexe : Fém. Masc.
Lieu de naissance : _____ Commune _____
Code postal _____ Commune _____
Adresse du domicile : _____
M. Mme Mlle Nom _____
Prénom _____ Tél. _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____
Prénom _____ Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____
Nombre d'enfants vivant au foyer _____
Si vous faites actuellement garder votre enfant :
 Crèche collective Crèche parentale Halte-garderie Structure multi-accueils Chez vous par un tiers
 Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale Assistante maternelle indépendante Autre
Garde à temps complet, (Jour ET nuit) : Assistant(e) familial(e) Pouponnière
Profession : (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)
Mère 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire 5 Employé
Père 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 3 Au foyer
3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier
Activité professionnelle :
Mère 1 Actif 5 Chômeur
2 Retraité 6 Élève, étudiant ou en formation
Père 3 Au foyer
4 Congé parental 7 Autre inactif

Examen médical
Effectué par :
 un omnipraticien
 un pédiatre
 un autre spécialiste
Réalisé dans :
 un cabinet médical privé
 une consultation de P.M.I.
 une consultation hospitalière
 autre
Conclusions, précisions et commentaires :
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non oui
Je demande une consultation médicale spécialisée non oui
Je souhaite être contacté par le médecin de PMI non oui
Je, soussigné(e) Dr : _____
atteste avoir examiné l'enfant le : jour _____ mois _____ an _____
Médecin : cachet - téléphone _____
Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. Virale B	Pneumo-coque
1 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG fait	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		

Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse Non Oui
Autres vaccins, (précisez) : _____

Antécédents

	Non	Oui
- Prématurité < 33 sem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otites à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affections broncho-pulmonaires à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident domestique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : Intoxication <input type="checkbox"/> Brûlures <input type="checkbox"/> Chute/traumatisme <input type="checkbox"/>		
Autres (précisez) : _____		
Nombre d'hospitalisations en période néonatale _____ Précisez les causes : _____		
Après la période néonatale : _____ (précisez) : _____		

Affections actuelles

	Non	Oui
Si oui : Anorexie et/ou troubles de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système nerveux Spina bifida Infirmitté motrice cérébrale Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil cardio-vasculaire Cardiopathie congénitale Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil respiratoire Mucoviscidose Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil digestif Reflux gastro-œsophagien Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie métabolique *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie endocrinienne *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Développement psychomoteur

	Non	Oui
Tient assis sans appui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réagit à son prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répète une syllabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisit un objet avec participation du pouce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pointe du doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joue à « coucou, le voilà »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mesures

Poids _____ Taille _____ Périmètre crânien _____

Examen de l'œil : Normal non oui
Exploration de l'audition : Normale non oui

Autres informations

Allaitement au sein non oui
Si oui :
durée de l'allaitement au sein en semaines _____
dont allaitement exclusif _____
Présence d'un risque de saturnisme non oui

Appareil génito-urinaire
Malformation urinaire
Malformation génitale
Autre *

Appareil ostéo-articulaire et musculaire
Luxation de la hanche
Autre *

Affections dermatologiques
Eczéma
Autre *

Maladies hématologiques
Maladie de l'hémoglobine
Autre *

Fente labio-palatine
Syndrome polymalformatif
Aberrations chromosomiques
Trisomie 21
Autre *
Autre pathologie décelée *
* Précisez : _____

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24^e MOIS.
Article L 2132-3 du Code de la Santé Publique
Ne pas remplir les cases tranchées



N°12598*03

Enfant Nom _____
Prénom _____
Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____ Sexe : Fém. Masc.
Lieu de naissance : _____ Commune _____
Code postal _____ Commune _____
Adresse du domicile : _____
M. Mme Mlle Nom _____
Prénom _____ Tél. _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____
Prénom _____ Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____
Nombre d'enfants vivant au foyer _____
Si vous faites actuellement garder votre enfant :
 Crèche collective Crèche parentale Halte-garderie Structure multi-accueils Chez vous par un tiers
 Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale Assistante maternelle indépendante Autre
Garde à temps complet, (Jour ET nuit) : Assistant(e) familial(e) Pouponnière
Profession : (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)
Mère 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire 5 Employé
Père 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 3 Au foyer
3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier
Activité professionnelle :
Mère 1 Actif 5 Chômeur
2 Retraité 6 Élève, étudiant ou en formation
Père 3 Au foyer
4 Congé parental 7 Autre inactif

Examen médical
Effectué par :
 un omnipraticien
 un pédiatre
 un autre spécialiste
Réalisé dans :
 un cabinet médical privé
 une consultation de P.M.I.
 une consultation hospitalière
 autre
Conclusions, précisions et commentaires :
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non oui
Je demande une consultation médicale spécialisée non oui
Je souhaite être contacté par le médecin de PMI non oui
Je, soussigné(e) Dr : _____
atteste avoir examiné l'enfant le : jour _____ mois _____ an _____
Médecin : cachet - téléphone _____
Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. Virale B	Pneumo-coque
1 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROR	1 dose <input type="checkbox"/>		2 doses <input type="checkbox"/>		
BCG fait	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		

Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse Non Oui
Autres vaccins, (précisez) : _____

Antécédents

	Non	Oui
- Prématurité < 33 sem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otites à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affections broncho-pulmonaires à répétition dont plus de 3 affections « siffantes »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident domestiques depuis le 9 ^e mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : Intoxication <input type="checkbox"/> brûlures <input type="checkbox"/> Chute/traumatisme <input type="checkbox"/>		
Autres (précisez) : _____		
Nombre d'hospitalisations depuis le 9 ^e mois _____ Précisez les causes : _____		

Affections actuelles

	Non	Oui
Si oui : Alimentation Anorexie et/ou troubles de l'alimentation Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système nerveux Spina bifida Infirmitté motrice cérébrale Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil cardio-vasculaire Cardiopathie congénitale Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil respiratoire Asthme Mucoviscidose Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil digestif Reflux gastro-œsophagien Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie métabolique *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie endocrinienne *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Développement psychomoteur

	Non	Oui
Comprend une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomme au moins une image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superpose des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associe deux mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche acquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui à quel âge ? _____ mois		

Mesures

Poids _____ Taille _____ IMC _____ Périmètre crânien _____

Examen de l'œil : Normal non oui
Exploration de l'audition : Normale non oui

Autres informations

Allaitement au sein non oui
Si oui :
durée de l'allaitement au sein en semaines _____
dont allaitement exclusif _____
Présence d'un risque de saturnisme non oui

Appareil génito-urinaire
Malformation urinaire
Malformation génitale
Autre *

Appareil ostéo-articulaire et musculaire
Luxation de la hanche
Autre *

Affections dermatologiques
Eczéma
Autre *

Maladies hématologiques
Maladie de l'hémoglobine
Autre *

Fente labio-palatine
Syndrome polymalformatif
Aberrations chromosomiques
Trisomie 21
Autre *
Autre pathologie décelée *
* Précisez : _____

Quand utiliser le troisième certificat de santé ?

Il doit être rempli lors de l'examen préventif obligatoire au cours du 24^e mois de l'enfant. Cet examen est particulièrement important, car réalisé à un âge-clé de l'enfant. Il est remboursé à 100 %.

Qui remplit le certificat de santé ?

La famille remplit la partie administrative avant la consultation et la remet au médecin. Le médecin remplit la partie médicale, appose son cachet et signe le document.

Comment remplir le certificat ?

Écrivez une seule lettre par case, en laissant une case blanche entre deux mots.

Exemple : si la date de naissance est le 1^{er} janvier 2006, inscrire 0, 1 | 0, 1 | 0, 6 |

Adresse : R, E, S, I, D, E, N, C, E, | D, E, S, | S, A, B, I, L, E, S, | B, A, T, | D, | E, S, C, | 2,

Qui l'expédie et où ?

Le médecin expédie le certificat de santé dans un délai de 8 jours au médecin responsable du service de Protection Maternelle et Infantile du département sous pli cacheté portant la mention « secret médical ».

A quoi sert le certificat de santé ?

Les certificats permettent, sous la responsabilité du médecin responsable du service de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) de votre département et dans le respect du secret médical, de s'assurer que toutes les familles sont en mesure de dispenser à leurs enfants les soins nécessaires et, le cas échéant, de leur proposer une aide (visite à domicile de puéricultrice de la PMI, information sur le suivi, soutien...). Les données issues de ces certificats sont également utilisées de façon ANONYME pour permettre un suivi épidémiologique de la santé des enfants.

Conformément aux dispositions de l'article L2132-3 du code de la santé publique, les renseignements rendus anonymes figurant sur les certificats de santé de votre enfant sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement à des fins de suivi statistique et épidémiologique de la santé des enfants, aux services statistiques du ministère chargé de la santé et des Agences Régionales de Santé (ARS) et à l'Institut de veille sanitaire et à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Dans chacun de ces organismes, le traitement est supervisé par un médecin et est placé sous la responsabilité de son directeur.

Quels sont vos droits d'accès à ces informations ?

Vous pouvez exercer vos droits d'accès aux informations nominatives issues de ce certificat, auprès du médecin responsable du service de la P.M.I. de votre département*. Votre centre de P.M.I. ou la mairie de votre commune pourront vous indiquer son adresse. Si vous constatez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées.

* conformément à :
 - la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 (informatique, fichiers et libertés) pour les services départementaux de P.M.I. utilisant l'informatique,
 - la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 (liberté d'accès aux documents administratifs).

Annexe 5 : Guide des entretiens semi-dirigés

L'objectif de cette étude est de nous interroger sur nos pratiques en médecine générale concernant le dépistage individuel des enfants en bas âge afin de nous améliorer.

En effet, si la réalisation d'examens obligatoires de l'enfant et la rédaction des certificats des 9^{ème} et 24^{ème} mois sont intégrés depuis longtemps par les soignants dans le suivi des enfants, tous les médecins ne leurs trouvent pas la même utilité et ne les remplissent pas de la même manière.

Je vais donc vous interroger sur la façon donc vous percevez ces différents examens et sur la manière dont vous les réalisez, sur les questions que cela soulèvent et sur les difficultés que vous pouvez rencontrer.

- 1- Sexe, année de thèse, lieu d'installation (rural/urbain)
- 2- Avez-vous des diplômes ou des formations complémentaires en pédiatrie ?
- 3- Comment vous organisez-vous de façon générale lorsque des parents vous confient le suivi de leur enfant en bas âge ?
 - consultations programmées régulièrement ?
 - notion de 20 consultations systématiques ?
 - réseaux ?
- 4- Vous arrive-il de remplir des certificats du 8^{ème} jour ? du 9^{ème} mois ? du 24^{ème} mois ?
 - pendant une consultation dédiée à la prévention ?
 - à la demande des parents ?
 - à l'occasion d'une consultation pour une pathologie ?

Nous allons, si vous le voulez bien, reprendre un certificat
Du 24^{ème} mois et discuter des différents items.

- 5- Concernant la première partie qui correspond aux questions administratives, qui la remplit ? Quand ?
- 6- Vous est-il déjà arrivé de cocher « oui » à la question l'enfant nécessite une surveillance médicale particulière ? Que vous inspire cette question ?
- 7- Avez-vous déjà coché « vouloir être contacté par le médecin de PMI » ? Que s'est il passé par la suite ? Travaillez-vous de façon plus globale avec les services de PMI ?
- 8- On vous demande d'attester que vous avez examiné l'enfant le jour de la rédaction du certificat. Est-ce votre pratique systématique ?

Partie médicale

Les vaccinations :

9- Ces certificats sont-ils pour vous l'occasion de vous pencher sur les vaccinations de l'enfant ? A 9 mois ? A 24 mois ?

10- On vous demande si l'enfant a reçu un BCG ? Et s'il présente des indications pour ce vaccin. Cette question vous pose-t-elle problème ?

11- On vous demande si l'enfant est né prématurément avant 33 semaines. Si vous cochez « oui » pensez-vous que cela va changer votre suivi ?

12- L'enfant a-t-il présenté des otites à répétition ? Comment interprétez-vous cet item ? Nombre d'otites nécessaires, prise ou non d'antibiotiques, conséquences sur le suivi ?

13- L'enfant a-t-il présenté des infections broncho-pulmonaires à répétition ? Comment interprétez-vous cet item ?

14- La question des accidents domestiques. Cette question vous pose-t-elle des problèmes ? Posez-vous la question aux parents ? Vous référez-vous au carnet de santé ? Cette question est-elle parfois éludée ?

Le développement psychomoteur

15- Vous sentez-vous à l'aise avec cette partie ?

16- Les questions vous servent-elles de trame pour votre examen clinique ?

17- Portez-vous la même attention à ces signes cliniques de développement à chaque fois que vous voyez l'enfant ? Ou plus particulièrement à cette occasion ?

18- Que vous évoque chacun de ces items ? Comment y répondez-vous ?

A 9 mois :

A-réagit à son prénom

B-répète une syllabe

C-se déplace

D-saisit un objet avec le pouce

E-pointe du doigt

F-joue à coucou

G-motricité des 4 membres

A 24 mois :

A-Répond à une consigne simple

B-Nomme au moins une image

C-Associe 2 mots

D-marche acquise

19- Que remplissez-vous dans les mensurations ? A quoi êtes-vous vigilant ?

20- Que faites-vous concernant l'examen des yeux ? Instruments ?

21- Que faites-vous pour l'examen de l'audition ?

22- Comment répondez-vous à la question sur le nombre de semaine d'allaitement maternel ?

23- Comment répondez-vous à la question sur le saturnisme ?

Avez-vous déjà dosé des plombémies ?

24- Quel est pour vous l'intérêt de ces examens obligatoires à 9 mois et 24 mois ?

25- De ces certificats ?

26- Y aurait-il des modifications à leur apporter ?

27- Comment vous faites-vous rémunérer pour leur réalisation ?

28- Avez-vous d'autres commentaires à apporter ?

Annexe 6 : Les entretiens

Résumé

En France, 88% des enfants qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier. La qualité de la prévention et du dépistage effectués lors de ces consultations est primordiale. En effet le pronostic de certaines pathologies découvertes dans l'enfance (obésité, troubles du développement, troubles neurosensoriels) dépend bien souvent de la précocité de leur prise en charge.

Le suivi de l'enfant, tel qu'il est recommandé en 20 consultations et 3 examens obligatoires avec certificats de santé est-il adapté du point de vue des généralistes à une prise en charge optimale ?

Nous avons réalisé une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes de Seine-Maritime. Nous nous sommes intéressés à leurs pratiques, leurs points de vue et leurs difficultés concernant l'examen du 24^{ème} mois avec certificat de santé et plus globalement à leurs actions de prévention et de dépistage en pédiatrie.

Trois idées principales ressortent de nos résultats. D'une part, l'intérêt épidémiologique des certificats est discuté par les médecins rencontrés. Le manque de retour les concernant et le caractère désuet et chronophage sont mis en avant. L'intérêt individuel d'un examen systématique dédié à la prévention est admis par tous mais le manque de temps, le manque de moyen, de formations et de réseaux de prise en charge sont les principaux freins relevés par les médecins à sa réalisation. Enfin, le certificat de santé de l'enfant n'est quasiment pas investi par les médecins en tant qu'outil de communication.

Nous concluons que la réalisation d'examens dédiés à la prévention et au dépistage à des âges clefs du développement reste indispensable. Certaines modifications déjà évoquées par la littérature comme une consultation dédiée, mieux valorisée, avec mallette de dépistage, formation adaptée à son utilisation, une meilleure intégration des médecins dans les réseaux de formation et de prise en charge semblent être des pistes adaptées afin d'améliorer nos pratiques.